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, May 5, 2004
Thursday, May 6, 2004

Issue No. 8

Seventh, eighth and ninth meetings on:

Mental health and mental illness

and

Third and final meeting on:

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

INCLUDING:
THE SIXTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-17)

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 5 mai 2004
Le jeudi 6 mai 2004

Fascicule n° 8

Septième, huitième et neuvième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale

et

Troisième et dernière réunion concernant:

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

Y COMPRIS:
LE SIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le projet de loi S-17)

TÉMOINS:
(*Voir à l'endos*)

40759-40761-40766

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

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

* *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 Kinsella was substituted for that of the Honourable Senator Keon (*May 5, 2004*).

The name of the Honourable Senator Forrestall was substituted for that of the Honourable Senator Robertson (*May 5, 2004*).

The name of the Honourable Senator Keon was substituted for that of the Honourable Senator Kinsella (*May 6, 2004*).

The name of the Honourable Senator Robertson was substituted for that of the Honourable Senator Forrestall (*May 6, 2004*).

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

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

* *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 Kinsella est substitué à celui de l'honorable sénateur Keon (*le 5 mai 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Forrestall est substitué à celui de l'honorable sénateure Robertson (*le 5 mai 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Keon est substitué à celui de l'honorable sénateur Kinsella (*le 6 mai 2004*).

Le nom de l'honorable sénateure Robertson est substitué à celui de l'honorable sénateur Forrestall (*le 6 mai 2004*).

Published by the Senate of Canada

Available from: Public Works and Government Services Canada
Publishing and Depository Services, Ottawa, Ontario K1A 0S5

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada

Disponible auprès des: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt, Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004
(16)

[*English*]

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

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Forrestall, Kinsella, Kirby, LeBreton, Léger and Morin (10).

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

Also present: The official reporters of the Senate.

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

The Honourable Senator LeBreton moved, that the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill S-17, to amend the Citizenship Act and report the bill to the Senate without amendment.

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

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 Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction:

David Kelly, Executive Director.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders;

Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program;

Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy.

David Kelly, Brian Rush, Wayne Skinner and Christine Bois each made a presentation and answered questions.

At 5:20 p.m., Senator LeBreton assumed the Chair.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004
(16)

[*Traduction*]

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

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Forrestall, Kinsella, Kirby, LeBreton, Léger et Morin (10).

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

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er 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 figure dans le fascicule nº 6 des délibérations du comité.*)

L'honorable sénateur LeBreton propose que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, et fasse rapport du projet de loi au Sénat, sans amendement.

La question, mise aux voix, est adoptée.

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 figure dans le fascicule nº 5 des délibérations du comité).*

TÉMOINS:

De la Fédération des programmes communautaires du santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario:

David Kelly, directeur exécutif.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants;

Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants;

Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé.

David Kelly, Brian Rush, Wayne Skinner et Christine Bois font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 17 h 20, le sénateur LeBreton occupe le fauteuil.

At 5:30 p.m., Senator Kirby resumed the Chair.

At 6:10 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

À 17 h 30, le sénateur Kirby occupe de nouveau le fauteuil.

À 18 h 10, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004
(17)

[*English*]

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

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Kinsella, Kirby, Léger and Morin (6).

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

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. *(For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5)*.

WITNESSES:

From the Government of New Zealand:

Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health (by videoconference);

David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health (by videoconference);

Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health (by videoconference);

Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health (by videoconference).

Janice Wilson made a presentation and answered questions with David Chaplow, Arawhetu Peretini and Phillipa Gaines.

At 8:39 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004
(17)

[*Traduction*]

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

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kinsella, Kirby, Léger et Morin (6).

Également présent: Du service de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

Du gouvernement de la Nouvelle-Zélande:

Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale (par vidéoconférence);

Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris (par vidéoconférence);

Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale (par vidéoconférence).

Janice Wilson fait un exposé et répond aux questions avec David Chaplow, Arawhetu Peretini et Phillipa Gaines.

À 20 h 39, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Thursday, May 6, 2004
(18)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:00 a.m. in room 160-S, Centre Block, the Deputy Chair, the Honourable Senator Marjory LeBreton, presiding.

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

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

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. *(For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5)*.

WITNESSES:

From the Government of the United Kingdom:

Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health (by videoconference);

Adrian Sieff, Health of the Mental Health Legislation Branch (by videoconference).

Anne Richardson made a presentation and answered questions with Adrian Sieff.

At 12:48 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 6 mai 2004
(18)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton, Léger et Morin (8).

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

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 figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

Du gouvernement du Royaume-Uni:

Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale (par vidéoconférence).

Anne Richardson fait un exposé et répond aux questions avec Adrian Sieff.

À 12 h 48, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, May 6, 2004

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

SIXTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill S-17, An Act to amend the Citizenship Act, has, in obedience to the Order of Reference of Thursday, April 1, 2004, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 6 mai 2004

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

SIXIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, a, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 1er avril 2004, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

La vice-présidente,

MARJORY LEBRETON

Deputy Chair

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 p.m. to give clause-by-clause consideration to Bill S-17 to amend the Citizenship Act and 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: Before we turn to our panel, we will proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-17, to amend the Citizenship Act, a private bill that Senator Kinsella has introduced.

We have heard witnesses in this committee. I know from talking to members on both sides that it is the inclination of the committee to pass the bill today without amendment. Senator Kinsella, do you wish to comment at this point? It is not necessary. I am happy to proceed directly to clause-by-clause study.

Senator Kinsella: I simply wish to say that I followed this very closely. Although I was not personally present, I did get the blues of all the meetings. I thank my colleagues for the careful study they have given to the bill.

Senator Callbeck: I have a question to declare. I know that we are dealing with the lost Canadians between 1947 and 1977, so that it would be on the same basis as others after 1977. What about the people before 1947, when Canadian citizenship came in? If someone had British status and went to the United States and became an American, then their children are American citizens. If that child wants to become a Canadian citizen, what would happen?

Senator Kinsella: In that instance, one would apply for citizenship under the current Citizenship Act, which is bringing forward the Paul Martin citizenship act of the mid-1940s and the amendment of 1977. They simply would apply.

Senator Callbeck: Would they have to go through security checks?

Senator Kinsella: Yes. On the issue of security, because I know that arose here, as you know, I was the deputy minister for a number of years when I was at Secretary of State, and Citizenship was then under the Secretary of State, and the registration centre was in Nova Scotia. Each of us has the opportunity to get a certificate of citizenship. A security provision has always been there, and it remains. It is section 20 of the Citizenship Act. If there were a security clearance problem, that section would deal with it.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 05 pour effectuer l'étude article par article du projet de loi S-17, Loi modifiant la loi sur la citoyenneté, et pour étudier les questions découlant du dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, en octobre 2002. En particulier, le comité est autorisé à examiner les questions concernant la santé mentale et les maladies mentales.

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

[*Traduction*]

Le président: Avant que nous cédions la parole à notre groupe d'experts, nous allons passer à l'étude article par article du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, qui est un projet de loi d'initiative privée déposé par le sénateur Kinsella.

Le comité a entendu des témoins à ce sujet. Pour m'être entretenu avec des membres des deux côtés de la table, je sais que le comité voudrait adopter ce projet de loi aujourd'hui sans y apporter d'amendement. Sénateur Kinsella, voulez-vous intervenir à ce stade? Ce n'est pas nécessaire. Je serais très heureux de passer tout de suite à l'étude article par article.

Le sénateur Kinsella: Je voulais simplement dire que j'ai suivi tout cela de très près. Je n'ai pas été présent à toutes les réunions, mais j'ai lu toutes les retranscriptions. Je remercie mes collègues d'avoir étudié aussi attentivement ce projet de loi.

Le sénateur Callbeck: J'ai une question à poser. Je sais que nous traitons des Canadiens entre 1947 et 1977 pour qu'ils soient considérés de la même façon que ceux qui sont venus après 1977. Qu'en est-il de ceux qui précédaient 1947, quand la citoyenneté canadienne a été adoptée? Les enfants des Britanniques qui ont immigré aux États-Unis et pris la nationalité américaine étaient considérés comme des citoyens américains. Si cet enfant voulait devenir citoyen canadien, que se passerait-il?

Le sénateur Kinsella: Dans ce cas, il lui faudrait faire une demande de citoyenneté en vertu de l'actuelle Loi sur la citoyenneté, qui part de la Loi sur la citoyenneté de Paul Martin, remontant au milieu des années 40, et qui a fait l'objet de l'amendement de 1977. Ce sont ces textes qui s'appliqueraient.

Le sénateur Callbeck: Devraient-ils se plier à des vérifications de sécurité?

Le sénateur Kinsella: Effectivement. Je sais qu'il en a été question ici. Comme vous le savez, j'ai été sous-ministre au Secrétariat d'État pendant plusieurs années, à l'époque où la citoyenneté relevait de ce ministère, quand le centre d'enregistrement était en Nouvelle-Écosse. Nous pouvions tous obtenir un certificat de citoyenneté. La disposition relative à la sécurité existe depuis toujours. Il s'agit de l'article 20 de la Loi et, en cas de problème découlant de la vérification de sécurité, c'est cet article qui s'applique.

Senator Callbeck: However, it is not there for people from 1947 on. The security check and the check on their criminal record are not there.

Senator Kinsella: Section 20 of the Citizenship Act does indeed apply to anyone seeking the certification of Canadian citizenship. The concern was raised here that someone might be a criminal or a security threat. If you turn to section 20 of our current Citizenship Act, it is very clear that if an applicant constitutes a threat to the security of Canada, that is examined, and there is no grant of citizenship.

Senator Callbeck: If it were before 1947, but now, with this new legislation, it would not be examined.

Senator Kinsella: All this section does is put those born in Canada on the same footing as those born after 1977. There is no change.

Senator Callbeck: My question concerns those before 1947. I cannot get it clear in my head whether we are discriminating against that group.

Senator Kinsella: We had no citizenship prior to 1946.

Senator Callbeck: No.

Senator Kinsella: We were British subjects.

The Chairman: I think I can clarify the problem. The bill does not deal with the issue being raised, which is what do you do if you were born a British subject. It deals with people who were born in Canada to parents who were not necessarily Canadian subjects and citizens and who may never become Canadian citizens. It takes the position that most other countries raise, which is that if you were born in the country, you are automatically a citizen of that country, regardless of what your parents do. That is where the gap has been.

To put it concretely, when I was working in the United States, my daughter, my oldest child, was born. She is automatically, by virtue of being born on American territory, an American citizenship. By virtue of being born to Canadian parents and because we registered her with the Canadian government, she is also a Canadian citizen. That equivalent never existed in Canada. Senator Kinsella's bill proposes to deal with that.

What do you do with people born before 1947 in Canada? There was no such thing as a Canadian citizen in those days. You were a British subject, as my parents were and I suspect your parents were. That is not actually covered by this bill, nor was it ever intended to be covered. This deals with the anomaly that it was possible for an individual to be born in this country and subsequently deported because their parents did not bother to become Canadians and thereby have them become Canadian citizens, whereas in any other industrialized country they would automatically be citizens independent of what their parents did.

Le sénateur Callbeck: Cependant, cela n'existait pas dans le cas des gens qui sont venus après 1947. On ne faisait alors ni vérification de sécurité ni vérification du casier judiciaire.

Le sénateur Kinsella: L'article 20 de la Loi sur la citoyenneté s'applique à toute personne qui demande un certificat de citoyenneté canadienne. Le problème tient au fait que le demandeur pourrait être un criminel ou représenter une menace à la sécurité. Si vous lisez l'article 20 de la loi actuelle, vous verrez qu'il y est dit très clairement que, si un demandeur représente une menace pour la sécurité du Canada, sa demande de citoyenneté peut être rejetée après examen.

Le sénateur Callbeck: Pour ceux et celles qui sont venus avant 1947, mais aujourd'hui, en vertu de la nouvelle loi, ils ne feraient pas l'objet d'un examen.

Le sénateur Kinsella: Cet article prévoit le même traitement pour ceux qui sont nés au Canada avant 1977 et pour ceux qui sont nés après cette date. Il n'y a pas de changement.

Le sénateur Callbeck: Ma question concerne ceux et celles qui sont arrivés avant 1947. Je me demande si nous ne sommes pas en train de faire de la discrimination contre ce groupe.

Le sénateur Kinsella: Avant 1946, il n'y avait pas de citoyenneté.

Le sénateur Callbeck: Non.

Le sénateur Kinsella: Nous étions tous des sujets britanniques.

Le président: Je pense pouvoir clarifier la chose. Le projet de loi ne concerne pas la question soulevée, c'est-à-dire ce qu'il advient d'une personne née britannique. Cela ne concerne que ceux et celles qui sont nés au Canada de parents qui n'étaient pas nécessairement citoyens canadiens et qui ne le sont jamais devenus. L'article reprend ce qui se fait dans la plupart des pays. Autrement dit que, dès que l'on est né dans un pays, on en est automatiquement citoyen sans égard à la citoyenneté des parents. C'est là où se situait le vide.

Je vais vous donner un exemple concret, celui de ma fille aînée qui a vu le jour aux États-Unis pendant que j'y travaillais. Comme elle est née en territoire américain, elle est devenue automatiquement citoyenne américaine. D'un autre côté, comme elle est née de parents canadiens et que nous l'avons enregistrée auprès du gouvernement canadien, elle est aussi automatiquement citoyenne canadienne. L'équivalent n'existait pas avant et c'est ce que se propose de corriger le projet de loi du sénateur Kinsella.

Qu'advient-il des gens nés avant 1947 au Canada? Eh bien, à cette époque, la citoyenneté canadienne n'existait pas encore. Tout le monde était sujet britannique, comme mes parents, et sans doute aussi comme les vôtres. Cette période n'est pas visée par le projet de loi, et il n'a jamais été question de le faire. Le projet de loi traite de cette anomalie où une personne née ici peut être déportée à un moment donné parce que ses parents n'ont pas demandé la citoyenneté canadienne et ne lui a donc pas conféré cette citoyenneté. Dans les autres pays industrialisés, une personne dans la même situation aurait automatiquement obtenu sa citoyenneté, peu importe la décision de ses parents.

Senator Morin: These parents did something special, though, just for the record. They renounced their Canadian citizenship. It was not just passive, like the example of the United States. It went up to the Supreme Court, and the Supreme Court acknowledged that the parents have the right to do that on behalf of their children.

The Chairman: Which most other countries would not do.

Senator Morin: I realize that, but it is not just a passive issue. The parents did something very special. They renounced their Canadian citizenship.

Senator Kinsella: Another way of looking at it is simply that the bill deals with the birth right of Canadians.

The Chairman: That is a better way to describe it.

Does any member of the committee want to propose any amendments? If not, I am happy to entertain a motion to dispense with proceeding through it clause by clause.

Senator LeBreton: I so move.

Senator Morin: I second that.

The Chairman: Is it agreed?

Hon. Members: Agreed.

The Chairman: Can I have a motion to report the bill back to the Senate without amendment?

Senator Fairbairn: I so move.

Senator LeBreton: I second that.

The Chairman: Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried. Thank you very much.

We will now turn to our panel on the subject of the mental health and addiction. We have before us today four witnesses: Mr. Kelly from the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction; and three representatives from the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, being Mr. Rush, Mr. Skinner and Ms. Bois. Our first presenter today is Mr. Kelly.

Mr. David Kelly, Executive Director, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction: Thank you for having us here today. We appreciate the opportunity to come forward and discuss these issues with you.

The federation represents 216 mental health and addiction providers in the province of Ontario — front-line service providers, consumer organizations, and hospital programs. These are all accountable to a volunteer board and provide a wide range of services — in a sense, a complete basket of mental health and addiction services in the province.

Le sénateur Morin: Je tiens à préciser pour mémoire que les parents en question ont fait quelque chose de spécial. Ils ont renoncé à leur citoyenneté canadienne. Ce n'est pas quelque chose de passif, comme l'exemple qui nous a été donné au sujet des États-Unis. La cause s'est retrouvée en Cour suprême qui a reconnu que les parents ont le droit d'agir ainsi au nom de leurs enfants.

Le président: Ce qui ne se fait pas dans la plupart des autres pays.

Le sénateur Morin: Je m'en rends compte, mais ce n'est pas quelque chose de passif. Les parents ont pris une décision très particulière. Ils ont renoncé à leur citoyenneté canadienne.

Le sénateur Kinsella: On pourrait plus simplement dire que ce projet de loi donne aux gens le droit d'être canadien par naissance.

Le président: Oui, c'est une meilleure façon de décrire la chose.

Les membres du comité veulent-ils proposer des amendements? Sinon, j'aimerais que quelqu'un propose une motion pour nous exempter de l'étude article par article.

Le sénateur LeBreton: Je propose.

Le sénateur Morin: J'appuie.

Le président: C'est d'accord?

Des voix: D'accord!

Le président: Quelqu'un peut-il proposer que nous représentions ce projet de loi au Sénat sans amendement?

Le sénateur Fairbairn: Je propose.

Le sénateur LeBreton: J'appuie.

Le président: D'accord?

Des voix: D'accord!

Le président: Adopté. Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre nos témoins experts sur les questions de la santé mentale et de la toxicomanie. Nous avons quatre témoins: M. Kelly de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, et trois représentants du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, soit MM. Rush et Skinner et Mme Bois. La première personne à parler sera M. Kelly.

M. David Kelly, directeur général, Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario: Merci de votre invitation. Nous apprécions l'occasion que vous nous donnez de parler de ces questions avec vous.

La Fédération représente 216 fournisseurs de soins en santé mentale et en toxicomanie en Ontario — cinq fournisseurs de service de première ligne, des organismes de consommateur et des programmes hospitaliers. Tous relèvent d'un conseil bénévole et offrent toute une gamme de services; en un sens, il s'agit de tout un ensemble de services liés à la santé mentale et à la toxicomanie.

The federation envisions a community mental health and addiction system which is accessible, flexible, comprehensive, responsive to the needs of individuals, families and communities, shaped by many partnerships, respectful of human dignity and rights and accountable to those it serves.

La Fédération est favorable à la création d'un système communautaire de santé mentale et de traitement des toxicomanies qui soit accessible, souple, complet, adapté aux besoins des particuliers, des familles et des collectivités, et qui soit constitué de plusieurs partenaires, respectueux de la dignité et des droits de la personne; il système serait responsable envers ceux et celles qu'il servirait.

We come before you at a time — and I do not use this term lightly — when a crisis exists within mental health and addiction services in the province of Ontario. To understand the crisis that the addiction mental health is facing it should be realized that the cause of mental health and addiction problems to the Ontario economy is enormous. Most of these stats can be applied right across the country.

À l'heure où nous vous parlons, en Ontario, nous sommes confrontés à une crise — et je n'emploie pas ce terme à la légère — dans les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Pour bien comprendre cette crise, il faut d'abord reconnaître que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie reviennent énormément cher à la province. D'ailleurs, la plupart des données statistiques de l'Ontario pourraient s'appliquer à l'ensemble du pays.

The number of people affected by mental health and substance abuse problems is on the rise. The cost of managing these problems in the community is significantly lower than the alternatives. Members of the federation are unable to offer enough services to the many people who come to us for help. Despite these obstacles, the community-based addiction and mental health sector can demonstrate the success and effectiveness of their services.

Le nombre de personnes souffrant de maladies mentales et de problèmes de toxicomanie ne cesse d'augmenter. Il coûte bien moins cher de s'attaquer à ce genre de problème au sein de la collectivité que d'appliquer d'autres solutions. Les organismes membres de la Fédération ne sont pas en mesure d'offrir suffisamment de services aux nombreuses personnes qui nous sollicitent. Malgré tous ces obstacles, le secteur communautaire de la santé mentale et du traitement des toxicomanies parvient à offrir des services efficaces.

To understand this crisis, we have to understand a bit about the background. Provincially funded mental health agencies have had no increase to their base budget since 1992. Operating budgets for addiction services have risen just 2 per cent in that time period. With inflation, using the federal government's inflation calculator, we conservatively estimate that the ability of organizations to respond to problems in the mental health and addiction field has declined by 20 per cent since 1992. We have some estimates that show the human resources within the sector of community-based mental health and addiction services has actually fallen by 28 per cent in the same time period. That means that there are 28 per cent fewer people providing those services in the community.

Pour comprendre cette crise, nous devons d'abord comprendre un peu d'où elle vient. Le budget de base des organismes de santé mentale qui sont financés par la province n'a pas augmenté depuis 1992. Les budgets de fonctionnement pour les services de toxicomanie n'ont augmenté que de 2 p. 100 durant la même période. En tenant compte de l'indice d'inflation du gouvernement fédéral, nous avons estimé que la capacité des organisations de répondre aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie avait, au bas mot, diminué de 20 p. 100 depuis 1992. Selon certaines estimations, les ressources humaines dans le secteur des services communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies auraient diminué de 28 p. 100 durant la même période. Cela veut dire que le personnel apte à offrir de genre de services au sein des collectivités a diminué de 28 p. 100.

Faced with the rising costs and requirements to maintain a balanced budget, organizations have been forced to close programs, reduce services and limit access. At the same time, we have seen a dramatic increase in the requirement and need for those services.

Compte tenu des coûts qui augmentent et du fait qu'il faut maintenir un budget équilibré, les organisations ont été contraintes de mettre un terme à certains programmes, de réduire les services offerts et d'en limiter l'accès. D'un autre côté, nous avons assisté à une augmentation très marquée du niveau de demande.

The outcome is simple. We have longer waiting lists; increased use of other, more expensive, institutional services; and, increased stress on consumers of those services and their families and communities. We have increased pressure on other health and social services — most notably police and correctional services, emergency rooms and hospitals. We have increased pressure on emergency services.

Les conséquences de tout cela sont simples: listes d'attente qui s'allongent; recours accru à d'autres services institutionnels plus coûteux et augmentation du niveau de stress des clients, de leurs familles ainsi que des membres des collectivités. Le degré de sollicitation des autres services sociaux et de santé a augmenté, surtout dans le cas des services policiers et carcéraux, des salles d'urgence et des hôpitaux. Nous avons constaté une augmentation de la demande dans les services d'urgence.

Since about approximately 1986, there have been 18 studies in the province of Ontario outlining the need to build stronger and more comprehensive community services. Of the last two, the

Depuis 1986 environ, 18 études ont été réalisées dans la province de l'Ontario et toutes ont souligné la nécessité de mettre en place des services communautaires plus solides et plus

earlier one in 1993 was called "Putting People First." This study envisioned a future with a comprehensive delivery of services in which people with mental illness and addiction would have better access to quality care from an appropriate mix of institutional community services, and for which all components would be integrated and coordinated. At that point, it was envisioned that community services would represent 80 per cent of the funding mix, while the institutional side would be at 20. We are obviously nowhere near reaching that targets.

In 1999, Ontario released "Making It Happen," which reaffirmed the government's commitment to similar principles. It envisioned that services would be tailored to consumer needs. It also stated that consumer choice and access to services would be improved, and there would be continued investments and re-investments in mental health services to support mental health reform and increase the overall capacity. That same year, we had the release of "Setting the Course," which was a framework for integrating addiction services. That report articulated two overarching goals: to ensure that each district of the province had the appropriate range of services and to ensure that clients had access to the appropriate services when they needed them.

Unfortunately, the reality is much different than our visions were. Almost half of the people who need mental health or addiction services in Ontario must wait for eight weeks or more. That is an eternity in the lifetime of a person, family or community struggling with a serious mental illness or an addiction. A significant number of programs within the federation, 18 per cent, indicate a waiting time of a year or longer for service. Eighty per cent of the federation have identified that they need to close programs temporarily to cope with fiscal pressures. Twenty-five per cent have closed programs permanently. Three quarters of our federation members have lost staff to higher paying jobs outside the sector. Often when people leave, we cannot afford to replace them. We obviously cannot compete with salaries outside our sector.

Since, 1996, 12 per cent of residential addiction treatment capacity has been lost in Ontario and withdrawal management has seen a similar loss in capacity. To give you an idea of some of the impact, it now takes four months to be assessed for an addiction service in some areas of the province of Ontario; five months for admission to a day or evening treatment program; and six months for admission to residential service.

complets. L'avant-dernière étude du genre, réalisée en 1993, porte le titre «Putting People First». On y envisage d'offrir des services complets grâce auxquels les malades mentaux ou les toxicomanes auraient plus facilement accès à des soins de qualité dispensés par divers services communautaires institutionnels dont tous les éléments seraient intégrés et coordonnés. À ce moment-là, on estimait que les services communautaires absorberaient 80 p. 100 du montage financier, tandis que les institutions en absorberaient 20 p. 100. Nous sommes, de toute évidence, très loin de ces objectifs.

En 1999, l'Ontario a publié «Making It Happen», document dans lequel le gouvernement réaffirme son engagement envers des principes semblables. Le document traite de la création de services adaptés aux besoins des clients. On y affirme que l'on améliorerait le choix et l'accès aux services pour les clients et que l'on continuerait d'investir ou de réinvestir dans les services de santé mentale afin d'appuyer la réforme dans ce domaine et d'accroître la capacité globale de la province en la matière. C'est la même année qu'a été publié «Setting the Course» qui constitue un cadre d'intégration des services de toxicomanie. Ce rapport énonce deux objectifs importants: veiller à ce que chaque district de la province dispose de tout un éventail de services, et faire en sorte que les clients aient accès aux services dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin.

Malheureusement, il y a loin de la coupe aux lèvres. Presque la moitié des personnes ayant besoin de services en santé mentale ou en traitement de toxicomanie en Ontario doivent attendre huit semaines si ce n'est pas plus pour bénéficier de ces services. C'est une éternité dans la vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité qui est aux prises avec ce genre de difficultés. Une grande proportion des programmes de la Fédération, soit 18 p. 100, indique que le temps d'attente pour des services est d'une année voire plus. Quatre-vingts pour cent de nos organismes membres ont indiqué qu'ils devaient temporairement mettre un terme à leurs programmes à cause de leurs difficultés financières. Vingt-cinq pour cent d'entre elles ont mis un terme à certains programmes de façon permanente. Les trois quarts des membres de notre Fédération ont perdu leur personnel qui a accepté des emplois mieux payés hors du secteur. Souvent, quand des employés nous quittent, nous ne pouvons nous permettre de les remplacer. Nous ne pouvons évidemment pas faire concurrence aux autres secteurs d'activité qui offrent des salaires supérieurs.

Depuis 1996, nous avons perdu en Ontario 12 p. 100 de la capacité de traitement des toxicomanies en établissement et avons enregistré le même genre de recul du côté des cures de désintoxication. Pour vous donner une idée de ce que cela signifie, dans certaines régions de l'Ontario, il faut maintenant attendre quatre mois pour se faire évaluer dans un service de toxicomanie; il faut cinq mois pour être admis dans un programme de traitement de jour ou de soir et six mois pour être admis dans un service en établissement.

For someone on the road to recovery, who needs to access these services, that four-month period can obviously spell incredible cost to our society through the use of emergency rooms and interaction with the judicial system. Costs are escalated by that delay.

We have reached a point where we have seen our services shrink. I want to give you an idea of some of the problems that are being faced in different parts of the province of Ontario.

The first is about an addiction service in Northwestern Ontario. In June 2003, the only addiction psychiatrist in Northwestern Ontario who licensed prescribed methadone announced he was leaving the community. Ninety-six people depended on him for that service. Fortunately, community organizations often pull together and are able to stretch resources. They came together and put a band-aid on that program to keep it flowing.

However, the program is threatened approximately every six months because it has never been completely funded. It had one-time funding of $50,000, which is expiring, I believe, at the end of this month.

The absence of a comprehensive methadone maintenance program in Thunder Bay — you may have seen recent reports that Thunder Bay has one of the highest addiction rates in Canada — results in increased street trafficking and increased crime. Pharmaceutical break-ins were three times higher in 2003 than in 2002, with 80 per cent of the break-ins resulting in the theft of opiate and narcotic medications. There has also been an increase in incarcerations, multiple emergency visits, multiple inpatient admissions to general and psychiatric hospitals. The absence of such a program has also resulted in increased length of stay and withdrawal of management services — commonly known as "detox" — and longer waiting lists for withdrawal management beds for non-methadone users as those methadone users stay in the system longer.

To provide yet another example of some of the problems that we are facing as a result of lack of funding flowing to organizations, I will talk about a community mental health housing program in Southern Ontario. This program serves 30 of the most severely disabled people in the province. The program entered into a unique partnership contracting with another service provider for nursing care required to address residents' unstable medical conditions. Prior to their admissions to the program, all the residents had been in long-term, inpatient psychiatric hospitals. Many of them had tried other housing repeatedly, but none had been able to manage in other housing until they entered this program.

Pour quelqu'un qui est sur la voie de la guérison et qui a besoin d'accéder à ce genre de services, quatre mois d'attente ne peuvent qu'occasionner des coûts incroyables à notre société parce que ces personnes devront se présenter dans des salles d'urgence ou qu'elles auront des démêlés avec la justice. Les coûts sont considérablement accrus à cause de ces délais.

Nous avons atteint un stade où nos services sont en train de diminuer. Je vais vous donner une idée de certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés dans différentes parties de l'Ontario.

Il y a d'abord les services de désintoxication dans le nord-ouest de la province. En juin 2003, le seul psychiatre de la région spécialisé en toxicologie, qui était habilité à prescrire de la méthadone, a annoncé qu'il s'en allait. Quatre-vingt-dix personnes comptaient sur lui pour ce service. Heureusement, les organisations communautaires parviennent très souvent à exploiter au maximum les ressources dont elles disposent. Elles ont serré les coudes dans ce cas et sont parvenues à maintenir le programme à flot.

Il demeure que, tous les six mois à peu près, le programme est menacé parce qu'il n'est pas entièrement financé. Il a reçu une subvention unique de 50 000 $ qui, si je ne m'abuse, sera épuisée à la fin du mois.

L'absence de véritables programmes de traitement d'entretien à la méthadone à Thunder Bay — vous avez peut-être récemment lu que Thunder Bay présente l'un des taux de toxicomanie les plus élevés au Canada — a donné lieu à une augmentation des infractions au code de la route et de la criminalité. Par rapport à 2002, trois fois plus de pharmacies ont été volées en 2003 et 80 p. 100 de ces vols concernaient des opiacées et des narcotiques. On a également constaté une augmentation du nombre d'incarcérations, de visites multiples aux salles d'urgence, d'admissions multiples de patients dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. L'absence de tels programmes a aussi occasionné une augmentation des séjours de traitement et des services de désintoxication, de même qu'un allongement des listes d'attente pour des lits en désintoxication dans le cas de personnes n'ayant pas besoin de méthadone, puisque celles qui sont traitées à la méthadone restent plus longtemps dans le système.

Pour vous donner un autre exemple de certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés à cause du manque de financement dont souffrent nos organisations, permettez-moi de vous parler du programme des logements supervisés en santé mentale dans le sud de l'Ontario. Ce programme sert 30 des personnes les plus gravement handicapées de la province. Il fait l'objet d'un partenariat unique qui consiste à faire appel à un autre fournisseur de services pour les soins infirmiers dans le cas des résidents dans état médical instable. Avant leur admission dans le programme, tous les résidents étaient traités dans des services de soins de longue durée des hôpitaux psychiatriques. Beaucoup avaient régulièrement essayé de se faire admettre dans des services de soins communautaires, mais aucun n'y était parvenu avant ce programme.

Ranging in age from 41 to 69 years of age, the program clients have been ill for 27 years on average. In addition to their psychiatric diagnoses, nine residents have diabetes; eight have a history of addiction; six have a developmental delay; six have been ordered into treatment by the Ontario Review Board; five have arthritis; three have Chronic Obstructive Pulmonary Disease; another three have seizures; and one resident has cancer.

Âgés de 41 à 69 ans, les clients du programme sont, en moyenne, malades depuis 27 ans. En plus de leur diagnostic psychiatrique, neuf sont atteints de diabète, huit ont un passé de toxicomane, six présente un retard de développement, six ont été internés sur recommandation du Conseil de révision de l'Ontario, cinq souffrent d'arthrite, trois ont une bronchopneumopathie chronique obstructive, trois autres ont eu des AVC et un résident est atteint d'un cancer.

Despite the severity of their conditions, residents have faired remarkably in the supportive housing complex. The program estimates that it saved more than $4.4 million in in-hospital costs in 2002 alone. They are on what would be estimated as the high-end cost for per-day support to residents at $59 a day for supportive housing. That is the high end. Some programs go down to as little as $5 to $10 a day. Compare that with $80 to $90 a day for a hostel bed; $117 per day in a long-term care facility, $137 per day for incarceration; or $500 per day in a psychiatric hospital. Starving the community mental health and addiction services increases costs on many other levels.

Malgré la gravité de leur état, les résidents semblent très bien se porter grâce aux services offerts en logement. On a estimé que ce programme avait permis d'économiser plus de 4,4 millions de dollars en frais d'hospitalisation en 2002 seulement. Nous avons ici affaire à ce que l'on pourrait qualifier de coûts journaliers élevés pour les soins des résidents, puisqu'un logement avec soutien coûte 59 $ par jour. C'est ce qu'il en coûte au maximum. Certains programmes sont parvenus à limiter ces coûts entre 5 et 10 $ par jour. Il suffit de comparer avec 80 ou 90 $ par jour dans un centre pour itinérants, 117 $ par jour dans un centre de soins de longue durée, 137 $ par jour dans un établissement carcéral et 500 $ dans un hôpital psychiatrique. Quand on prive les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies des fonds nécessaires, on augmente les coûts par ailleurs.

I want to talk about the effectiveness of services for a second to give you an idea. We can clearly demonstrate how community-based mental health and addiction services effectively save our health care system and our society incredible amounts of money.

Je vais vous entretenir un instant de l'efficacité du service pour vous donner une idée de ce qui se passe. Nous sommes en mesure de clairement démontrer que nos services communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies permettent à notre système de soins de santé et à notre société en général d'économiser des sommes incroyables.

The cost of hospital care is significantly greater than care in the community. Across Ontario, fewer than 50 per cent of mental health consumers receive the appropriate level of care. For example, 76 per cent of the people in Whitby who need community mental health services and 63 per cent of those in the northeast region are receiving less help than they need. These figures come from the Health Systems Research and Consulting Unit. It is the lack of alternatives, settings and supports — not the level of functioning — that puts and keeps putting individuals in the hospital. To avoid the over-provision of this most expensive and restrictive type of care, it is necessary to develop a full range of community supports.

Le coût des soins hospitaliers est considérablement supérieur à celui des soins communautaires. Partout en Ontario, un peu moins de la moitié des clients des services de santé mentale bénéficient d'un niveau approprié de soins. Ainsi, 76 p. 100 des résidents de Whitby, qui ont besoin de services communautaires de santé mentale, et 63 p. 100 des résidents de la région du nord-est reçoivent un niveau d'aide inférieur à leurs besoins. Ces chiffres que je vous cite nous viennent de l'unité de consultation et de recherche sur les systèmes de santé. C'est à cause du manque de solutions autres, de l'absence d'établissements et du manque de soutien — plutôt que du niveau de fonctionnement — que tant de personnes se retrouvent dans les hôpitaux. Afin d'éviter de tomber dans l'excès et d'offrir trop généralement ce type de soins beaucoup plus coûteux et restrictifs, il convient de mettre sur pied un éventail de services de soutien communautaire.

Supportive housing can demonstrate a 60 per cent reduction in the total length of time consumers spend in a hospital. We have a program in Metro Toronto that can demonstrated a reduction in total hospitalization costs from $1.3 million to $176,000 for 56 people receiving comprehensive case management services. There is a huge array of support and statistics that demonstrate the effectiveness of mental health and community-based programs.

Nous pourrions prouver que les logements supervisés permettent de réduire de 60 p. 100 la durée des séjours en hôpital. Nous pourrions aussi prouver que, dans le Grand Toronto, nous offrons un programme qui permet de réduire les coûts d'hospitalisation de 1,3 million de dollars à 176 000 $ pour 56 personnes qui bénéficient de services complets de gestion de cas. Il existe un large éventail de soutiens et de statistiques prouvant l'efficacité des programmes communautaires de santé mentale.

As we are getting short on time, I will point out to one other document in our package entitled, "Generating New Revenue to Support Addictions Services." We know we cannot just come

Comme nous manquons de temps, j'attirerai votre attention sur un autre document de notre trousse intitulé «Generating New Revenue to Support Addictions Services». Nous sommes

forward with the problems. We have to be innovative and creative to address these needs — particularly in Ontario where we are facing a current deficit.

This proposal is subtitled, "A Behavioural Insurance Model." I urge you to look at it as an innovative way to support, as part of a package of supports, addiction programs. It is not the only solution. It revolves around a one cent per standard drink behavioural surcharge, which would generate approximately $40 million in new revenue per year for addiction services. It is based on what the Ontario government did with the gambling to address problem gambling. Under that policy there is a 2 per cent surcharge on their gross revenues from slot machines and charity casinos. That money is put into treatment and prevention services for problem gambling.

The Chairman: Thank you.

Our next presenter is Mr. Rush.

Mr. Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy, Centre for Addiction and Mental Health: Thank you for the invitation for this presentation. I want to talk about co-occurring mental health and addiction problems, two problem areas are often seen as independent. I will show you why this "double trouble" is important and needs your attention.

Over the last two decades the co-occurrence of addiction and mental health problems among people seeking treatment and support has emerged as an important issue for those who plan and fund mental health and addiction programs as well as those people who provide direct service. Concern about concurrent disorders have been fuelled by research that looks at two things: First, the prevalence of this co-morbidity and the degree to which the populations overlap. Second, the implications of co-morbidity for the course, cost and outcome of treatment and other support services.

In response to this growing concern, Health Canada commissioned the Centre for Addition and Mental Health, CAMH, to bring together the current knowledge and develop best practice guidelines for the treatment and rehabilitation of people with concurrent substance abuse and mental disorders. We combined our research synthesis with the advice and input of experts and other key stakeholders in the field. We also spoke to consumers across Canada who have experienced the consequences of these co-occurring disorders. While I will not speak to it today, I will leave you with copies of this best practices report commissioned by Health Canada.

conscients que nous ne devons pas nous limiter à vous mentionner des problèmes et que nous devons faire preuve de créativité pour répondre aux besoins constatés, surtout en Ontario où nous faisons face à ce genre de déficit.

Cette proposition est intitulée «A Behavioural Insurance Model» ou Modèle de garantie comportementale. Je vous invite à jeter un coup d'oeil sur cette façon novatrice de financer les programmes de traitement des toxicomanies dans le cadre d'un ensemble de soutien. Ce n'est pas la seule solution. Celle-ci repose sur l'imposition d'une surtaxe dite comportementale de un cent sur les boissons régulières, ce qui rapporterait environ 40 millions de dollars de plus par an pour les services de traitement des toxicomanies. Cela reprend le même principe que ce qu'a fait le gouvernement de l'Ontario dans le cas des jeux de hasard, pour s'attaquer au problème de la dépendance au jeu. Cette politique prévoit l'imposition d'une surtaxe de 2 p. 100 sur les recettes brutes des machines à sous et des casinos de bienfaisance. L'argent recueilli est investi dans les services de traitement et de prévention de la dépendance au jeu.

Le président: Merci.

La prochaine personne à parler est M. Rush.

M. Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Merci de votre invitation. Je me propose de vous entretenir de la simultanéité des maladies mentales et des problèmes de toxicomanie, puisque les deux vont souvent de pair. Je vais vous montrer pourquoi ce double phénomène est important et pourquoi il doit retenir notre attention.

Au cours des deux dernières décennies, la simultanéité des problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les personnes nécessitant des traitements et un appui a revêtu de plus en plus d'importance aux yeux de ceux et de celles qui planifient et qui financent les programmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies, de même que pour ceux qui offrent directement les services. Cet intérêt pour les troubles simultanés a été avivé par la recherche qui a porté sur deux aspects: d'abord, la prévalence de la comorbidité et le degré de recoupement des populations atteintes. Deuxièmement, les conséquences de la comorbidité pour la prestation, les coûts et le résultat des traitements et des autres services de soutien.

En réponse à cet intérêt croissant, Santé Canada a demandé au Centre de toxicomanie et de santé mentale, le CTSM, de faire le point sur les connaissances actuelles et de préparer des directives relatives aux pratiques exemplaires en matière de traitement et de réhabilitation des personnes présentant simultanément des problèmes de toxicomanie et de troubles mentaux. Nous avons combiné notre synthèse sur la recherche avec des conseils et des avis d'experts et d'autres intervenants importants du domaine. Nous nous sommes également entretenus avec des clients, partout au Canada, qui ont connu les effets de tels troubles simultanés. Je vais vous remettre des exemplaires du rapport sur les pratiques exemplaires commandé par Santé Canada, bien que je ne compte pas vous en parler.

What do we mean by "concurrent disorders?" In general, this term is used to refer to people who experience the combination of mental health problems and substance abuse problems. Technically speaking, in diagnostic terms, it refers to any combination of mental health and substance use disorders as defined within DSM IV, a diagnostic manual for physicians and psychiatrists.

Qu'entend-on au juste par «troubles simultanés» ou «concourants»? En règle générale, l'expression s'applique à des personnes qui souffrent en même temps de problèmes de santé mentale et de problèmes de toxicomanie. Sur un plan technique, autrement dit en termes diagnostiques, l'expression s'applique à la combinaison de troubles de santé mentale et de toxicomanie, tels que définis dans le DSM, soit le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux à l'usage des psychiatres et des médecins.

Why is this combination so important? My job here, with Mr. Skinner and Ms. Bois, is to show you why it is important to think of mental health and addictions within the same policy framework and with the same breath. You cannot disentangle addictions here and mental health there. You may look at me and say, "Well, I do not know anybody who would do that." I will convince you in a moment that this is what has happened in Canada over the last 30 or 40 years. We have evolved to two completely separate systems of care. For those people who are experiencing both problems, no one really wants them. They are falling through the cracks because they do not belong anywhere. It is the highest need population.

Pourquoi ce problème de simultanéité est-il si important? M. Skinner, Mme Bois et moi-même nous sommes fixé pour tâche de vous expliquer pourquoi il convient de regrouper la santé mentale et les toxicomanies dans un seul et même cadre de politique. On ne peut dissocier la toxicomanie et la santé mentale. Vous pourriez toujours me dire: «je ne connais personne qui ferait cela». Cependant, dans un instant, je vous convaincrai que c'est ce qui s'est passé au Canada au cours des 30 ou 40 dernières années. Nous avons développé deux systèmes de soins entièrement séparés. Les patients atteints de ces deux troubles en même temps préféreraient vivre autrement. Ce sont les oubliés du système, parce qu'ils ne tombent dans aucune des cases prévues. Ils constituent la population qui a le plus de besoins.

This is important for three reasons. First, the overlap between mental health and addiction problems is extremely high. More importantly, today's health professionals do not recognize it. Second, the overlap is associated with a high number of very serious health and social consequences. The overlap is also associated with poor outcome when you go to treatment. Third, there are long-standing systemic and professional issues between mental health and addiction services that have contributed to poor coordination and continuity of care.

Le problème est important pour trois raisons. D'abord, parce que le recoupement entre les problèmes de santé mentale et les problèmes de toxicomanie sont extrêmement élevés. Pire encore, même aujourd'hui les professionnels de la santé ne reconnaissent pas ce phénomène. Deuxièmement, le recoupement entre les deux problèmes est associé à un grand nombre de conséquences sanitaires et sociales très graves. Il est aussi synonyme de faibles revenus pour les personnes qui doivent se faire traiter. Troisièmement, toute une série de vieux problèmes systémiques sur le plan professionnel entre les services de santé mentale et les services de traitement des toxicomanies ont contribué à une mauvaise coordination des soins et à une absence de continuité sur ce plan.

How common is this overlap between mental health and addiction problems? We examine this question from two perspectives. First, how common is the overlap in the general population? Second, how common is it for people who are coming for treatment?

Cette simultanéité des problèmes de santé mentale et des problèmes de toxicomanie sont-ils courants? Nous examinerons cette question selon deux points de vue. D'abord, à quelle fréquence rencontre-t-on ce recoupement dans la population en général? Deuxièmement, à quelle fréquence le rencontre-t-on chez les gens ayant besoin de traitements?

For the general population, we have studies from most developed countries and many developing countries, population surveys and epidemiological studies looking at addictions and mental health problems. I want to acknowledge that Statistics Canada commissioned a survey that has been completed. We are waiting for the data, which we expect will be very good information on the prevalence of mental health and substance abuse problems and the way in which they are combined in Canada. I can speak to one excellent study in the U.S., but we have the data coming very soon for analysis in Canada.

Pour ce qui est de la population en général, nous disposons d'études réalisées dans les pays les plus développés et dans de nombreux pays en développement, ainsi que de relevés de population et d'études épidémiologiques axées sur les problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Je tiens ici à souligner que Statistique Canada a commandé une enquête qui n'est pas encore terminée. Nous attendons les données qui, je pense, devraient nous donner d'excellentes informations sur la prévalence des problèmes de toxicomanie et de santé mentale ainsi que sur leur co-occurrence au Canada. Je peux vous parler d'une excellente étude réalisée aux États-Unis, mais nous disposerons très bientôt de données canadiennes que nous pourrons analyser.

One of the best current studies comes from the U.S. The researchers found that for those people with any substance use disorder, 43 per cent have a co-occurring mental disorder. Almost

L'une des meilleures études actuelles est donc américaine. Les chercheurs ont constaté que 43 p. 100 des toxicomanes/alcooliques souffrent également de troubles mentaux. Près de la

half the people with a substance abuse problem in the community also have some other severe mental health issue. This fits well with the data we have from one good survey in Ontario. In the mid-1990s we measured a 55 per cent overlap. This pattern is duplicated in almost every epidemiological study around the world.

We also know that the people experiencing these problems together in the community are in fact the most likely to come forward for treatment. For example, survey respondents in one study show that those people with an alcohol use disorder are five times more likely to come for help if they are also experiencing drug problems and depression. You have probably heard many other people speak to this around the prevalence of depression in society today.

It is safe to assume that people engaged with helping services in the community come forward with these severe problems because of the added stress — they have compounded problems as a result of the overall mix. You cannot separate out an addiction problem from a mental health problem. In day-to-day life they are dealing with many problems.

If we look at the prevalence of the overlap for those coming forward for treatment in mental health services — psychiatric hospitals, community mental health clinics or emergency services — the amount of the overlap depends on which of those kinds of services we look at. It is not uncommon for the overlap to be estimated as high as 50 to 75 per cent. We have just finished one major evaluation project of community mental health services in Toronto, Ottawa and Kingston, where the overlap is estimated between 15 per cent, at the lower range, and 45 per cent, depending on the difference in population and services provided.

Among the homeless populations in Ottawa and Toronto — people with mental illness and who may be living on the street — the overlap is over 50 per cent if not higher. Among clients coming forward for alcohol and drug treatment, some studies show that about 75 per cent — if not 100 per cent — are also dealing with very serious mental health problems.

It is also important to recognize the degree of overlap that you find in a research study. If I go out and conduct a study in one or more centres and deliberately look for the co-morbidity, I will find much more than has been turned up by routine detection and assessment procedures within the centre itself. I will give an example. There were 75 patients admitted to an in-patient psychiatry unit. They come through the emergency department of the hospital and from there they go into the regular in-patient unit. The psychiatrist in the emergency department made four substance abuse diagnoses out of 75 patients admitted. The hospital staff — the second point of referral — made 29 diagnoses among the 75 people. A week later, a research group conducted a full diagnostic

moitié des toxicomanes/alcooliques non internés présentent également d'autres problèmes graves de santé mentale. Cela correspond tout au fait au genre de données que nous avons recueillies à l'occasion d'une excellente enquête menée en Ontario. Dans le milieu des années 90, nous avons estimé que le recoupement était de 55 p. 100. Les mêmes proportions apparaissent dans presque toutes les études épidémiologiques réalisées dans le monde.

Nous savons aussi que les personnes qui souffrent de ces problèmes au sein de leur collectivité sont en fait les plus susceptibles de réclamer un traitement. Ainsi, d'après un sondage réalisé dans le cadre d'une étude, les alcooliques/toxicomanes/dépressifs sont cinq fois plus susceptibles que les autres de réclamer une aide. Vous avez sans doute entendu parler bien d'autres personnes au sujet de la prévalence de la dépression dans notre société.

On peut sans trop risquer de se tromper affirmer que les prestataires des services communautaires d'aide associent ces troubles graves à une augmentation du stress: la simultanéité des troubles est un facteur aggravant. On ne peut dissocier les problèmes de toxicomanie des problèmes de santé mentale. Dans la vie de tous les jours, les gens qui en sont atteints sont aux prises avec de nombreuses difficultés.

À l'analyse des cas que présentent les personnes qui réclament des traitements dans les services de santé mentale — dans les hôpitaux psychiatriques, les cliniques communautaires de santé mentale ou les services d'urgence — on se rend compte que le taux de simultanéité dépend du genre de service envisagé. Il n'est pas courant que ce taux soit aussi élevé que 50 à 75 p. 100. Nous venons juste de mener à terme un projet d'évaluation des services communautaires de santé mentale à Toronto, Ottawa et Kingston qui nous a permis de constater que le taux de simultanéité se situerait aux environs de 15 p. 100 dans le bas de la fourchette et de 45 p. 100 dans le haut de la fourchette, selon la différence dans les populations et les services étudiés.

Dans les populations de sans-abri à Ottawa et Toronto — c'est-à-dire des personnes atteintes de maladies mentales qui vivent dans la rue — le taux de simultanéité dépasse 50 p. 100. Parmi les toxicomanes et alcooliques qui se présentent à des cures de désintoxication, certaines études montrent qu'environ 75 p. 100 d'entre eux — si ce n'est 100 p. 100 — ont également de graves problèmes de santé mentale.

Il est également important de tenir compte de la prévalence de la simultanéité relevée dans les monographies. Quand on effectue une étude auprès d'un ou de plusieurs centres dans l'intention délibérée d'étudier la comorbidité, on trouve forcément plus de cas que ceux détectés grâce à des procédures de détection et d'évaluation courantes appliquées par le centre. Je vais vous en donner un exemple. Une unité de psychiatrie a hospitalisé 75 patients. Ils viennent tous du service des urgences de l'hôpital et sont orientés vers l'unité d'hospitalisation régulière. Le psychiatre du service d'urgence dresse quatre diagnostics de consommation abusive d'alcool ou de drogue sur les 75 patients admis. Le personnel hospitalier — deuxième point d'orientation — établit 29 diagnostics du genre sur les

interview with each of the patients in which they count disorders separately for different drugs. They found 187 diagnoses, including alcohol, cocaine and heroin.

This is not an unusual study. The real lesson here is that services, in this case a mental health centre that is well-respected in the community and an in-patient psychiatric hospital, are simply not looking for addiction. They are not trained to look and it does not occur to them to look.

Yet, the co-morbidity is the number one factor predicting poor outcome. Those of us who work in the field feel an almost ethical obligation to look for co-morbidity because we know it is so important in predicting the course of care and the outcomes that will be achieved.

The second reason this is so important concerns the relationship between the co-morbidity and health status, treatment outcome and service utilization. Two to three decades ago, there was a major deinstitutionalization movement in the mental health system. People came out of hospitals. We found we could support them in the community with the appropriate medication. In theory, though as Mr. Kelly has mentioned, we were also supposed to provide a lot of support services to go with this. In reality, it has not happened.

We found that young men in particular — they are generally the first in the community to be afflicted with schizophrenia — were encountering a range of drugs in the community, back in the 1960s, and were simply unable to manage. Research showed early in the deinstitutionalization movement that involvement in alcohol and drugs was the number one factor predicting poor adjustment in the community. Therefore, we have known for some time how the overlap in the problems can affect people trying to manage in the community.

Since then, the research has gone on to show that concurrent substance abuse in mental health is associated with a high risk of relapse and hospitalization, suicide, incarceration, homelessness and family problems — the list can go on so long that you can start to tune it out. This is a list health and social consequences that virtually covers the spectrum — child abuse and neglect, domestic violence, the risk of violence and being victimized, HIV and AIDS, and functional difficulties including unemployment, work instability and chronic problems managing in day-to-day life.

In respect of co-morbidity, think of dealing with problem X — depression, for example, — and add in severe alcohol abuse. The problem is compounded. The effort to manage one's life is

75 personnes hospitalisées. Une semaine plus tard, un groupe de recherche effectue des entrevues de diagnostic auprès de chaque patient et répartit les troubles en fonction des différentes substances consommées. Ils établissent ainsi 187 diagnostics du genre portant sur l'alcool, la cocaïne et l'héroïne.

Cette étude n'a rien d'inhabituel. La vraie leçon qu'il faut retenir ici, c'est que les services, dans ce cas un centre de santé mentale très respecté dans la collectivité et un hôpital psychiatrique de soins internes, ne traquent simplement pas les cas d'alcoolisme/toxicomanie. Le personnel n'est pas formé pour cela et il ne lui vient pas à l'idée de détecter ces cas.

Pourtant, la comorbidité est le premier facteur annonciateur de mauvais résultats. Ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine se sentent presque investis de l'obligation éthique de se mettre en quête des cas de comorbidité parce que nous savons que ce diagnostic est important pour prédire le déroulement des soins et les résultats auxquels nous parviendrons.

La deuxième raison pour laquelle tout cela est important tient au lien qui existe entre la comorbidité et l'état de santé, les résultats des traitements et l'utilisation des services. Il y a 20 ou 30 ans de cela, il y a eu un vaste mouvement de désinstitutionnalisation dans le système de santé mentale. Les gens sont alors sortis des hôpitaux. Nous nous étions dits que nous pourrions subvenir à leurs besoins au sein de la collectivité grâce à des médications appropriées. En théorie, comme M. Kelly l'a mentionné, nous étions aussi sensés leur dispenser en même temps beaucoup de services de soutien. En réalité, ce n'est pas ce qui s'est passé.

Dans les années 60, nous avions constaté que les jeunes hommes, en particulier — ce sont généralement les premiers à être atteints de schizophrénie — pouvaient mettre la main sur tout un éventail de drogues et il nous était alors impossible de les traiter correctement. La recherche a démontré, au début de la désinstitutionnalisation, que la consommation excessive d'alcool et de drogue constituait la première cause d'échec de l'ajustement au sein de la collectivité. Nous savons ainsi depuis un certain temps que le recoupement des problèmes de toxicomanie et de santé mentale peut avoir des répercussions sur les gens qui essaient de s'en sortir au sein de la collectivité.

Depuis lors, la recherche nous a montré que la consommation excessive d'alcool ou de drogue combinée à des problèmes de santé mentale est associée à un risque élevé de rechute et d'hospitalisation, de suicide, d'incarcération, d'itinérance et de problèmes familiaux — et la liste se poursuit ainsi. Il s'agit d'une liste des conséquences sanitaires et sociales qui couvre presque tout l'éventail des problèmes imaginables: violence et négligence infantile, violence domestique, risque de violence et de victimisation, séropositivité et sida et problèmes fonctionnels comme le chômage, l'instabilité au travail et difficultés chroniques dans la gestion de la vie quotidienne.

Pour ce qui est de la comorbidité, prenons un problème X — la dépression, par exemple — et ajoutons-y un grave problème de consommation d'alcool. La situation est compliquée. Il faut

doubled or tripled. I someone who is managing schizophrenia is introduced to cocaine, the impact of everything is doubled and tripled.

Without question, outcomes associated with mental health and ongoing community support are negatively affected by substance abuse. The converse is also true. The outcome of substance abuse is negatively affected by psychiatric impairment. This seems to be particularly the case among opiate addicts, alcoholics and people who abuse cocaine.

Coexisting mental disorders increase the probability of leaving treatment early, which in turn has a negative impact on outcome. Early dropout from treatment can be explained by the fact that many of these clients encounter difficulties engaging in treatment and establishing therapeutic alliance. In effect, they do not trust the system. They have been pushed around the system so much that it is difficult for them to engage. In fact, a person with a mental health problem who is making an application for supportive housing, will not talk to you about their substance abuse because it puts at risk the housing they so desperately need.

If they do remain in treatment, the amount of attention and length of treatment required by these individuals often exceeds the services normally planned by the program. Given the higher risks of relapse, higher likelihood of re-entering more expensive services, and the high likelihood of leaving services prematurely, effective assessment and treatment of people with concurrent disorders will reduce health, social and correctional service costs.

Clients of substance abuse treatment services who are diagnosed with psychiatric disorders also use more health services generally and are more often readmitted to treatment. The frequent use of expensive hospital and emergency services and the persistence of mental health and substance use disorders over time contributes significantly to the extremely high economic cost associated with treatment and ongoing support for these individuals.

Finally, in your study of the mental health field and addiction services in Canada, you need to look at this subpopulation with mixed co-occurring disorders because the services that are provided are not planned and integrated in a way to maximize outcomes. There is widespread agreement that individuals who have co-occurring mental and substance abuse disorders have typically had to seek treatment and support from two very separate service delivery systems. This is particularly true for people with substance abuse problems who also have severe and persistent mental illnesses or personality disorders. Most analysts agree that historical barriers between the two systems are at the heart of many of today's problems experienced by consumers with concurrent disorders who are trying to access the help they need.

doubler voire tripler d'efforts pour arriver à contrôler la vie de quelqu'un qui est dans cette situation. Chez un schizophrène en traitement qui découvre la cocaïne, toutes les répercussions sont doublées, voire triplées.

Force est donc de constater que le résultat des traitements pour maladie mentale associés à un soutien communautaire régulier est perturbé par une éventuelle consommation excessive d'alcool ou de drogue. L'inverse est également vrai. Le traitement des toxicomanies est perturbé par d'éventuels troubles psychiatriques. Il semble que ce soit particulièrement vrai pour les opiomanes, les alcooliques et les cocaïnomanes.

La présence simultanée de troubles mentaux accroît la probabilité d'un arrêt anticipé des traitements, ce qui a forcément un effet négatif sur les résultats. L'arrêt anticipé du traitement peut s'expliquer par le fait que de nombreux clients dans cette situation éprouvent des difficultés à suivre un traitement et à adopter une discipline thérapeutique. En fait, ils ne font pas confiance au système. On les a tellement promenés d'un bord à l'autre, qu'il leur est difficile de s'engager. D'ailleurs, un malade mental qui fait une demande de logement avec service de soutien ne déclare pas de son problème de toxicomanie, parce qu'il risque de perdre le logement dont il a tant besoin.

Ceux qui poursuivent le traitement ont souvent besoin d'une intervention soutenue d'une durée telle que leurs soins dépassent la portée des services normalement offerts dans le cadre du programme qui les acccepte. Étant donné le risque élevé de rechute et la réintégration très probable dans des services plus coûteux, de même que la très forte probabilité d'un congé prématuré du service, il est un fait qu'une évaluation et un traitement efficaces des personnes présentant des troubles simultanés permettrait de réduire les coûts pour le système de santé, les coûts sociaux et les coûts en service correctionnel.

Les clients des services de traitement des toxicomanies, qui sont aussi atteints de troubles psychiatriques ont en général davantage recours aux services psychiatriques et ils sont plus souvent réadmis pour être traités. Le recours fréquent aux services d'urgence qui sont coûteux et la persistance des troubles de santé mentale et de toxicomanie dans le temps contribuent à augmenter très nettement les coûts économiques associés au traitement et au soutien régulier des personnes atteintes.

Enfin, dans votre étude sur les services de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie au Canada, vous devrez examiner cette sous-population qui présente divers troubles concourants, parce que les services offerts ne sont ni planifiés ni intégrés en sorte de maximiser les résultats. On s'entend pour affirmer que les personnes atteintes en même temps de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie ont généralement dû réclamer un traitement et des services d'appui auprès de deux ou trois systèmes différents. C'est particulièrement vrai pour ceux et celles qui abusent d'alcool ou d'autres drogues et qui souffrent aussi de maladie mentale grave et persistante ou de troubles de la personnalité. La plupart des analystes disent que les barrières historiques qui existent entre les deux systèmes constituent, depuis

toujours, l'essentiel des problèmes que rencontrent les clients, atteints de troubles simultanés, désireux d'accéder aux services susceptibles de les aider.

Many factors account for the historical separation of the two systems of care. For example, the needs of the population seeking mental services changed dramatically as a result of the deinstitutionalization movement in the 1960s. People were receiving services in the community. At the same time, we also saw the rapid growth in the availability of alcohol and illegal drugs in the community. The "double trouble" phenomenon began to emerge, and the systems of care and support that were originally designed from a single problem perspective have been playing catch-up for the past 25 to 30 years. As the problems have integrated, the services have moved further and further apart. It makes no sense at all.

De nombreux facteurs interviennent dans cette séparation historique entre les deux systèmes de soins. Par exemple, les besoins de la population en quête de services de santé mentale ont considérablement changé à la suite de la désinstitutionnalisation des années 60. À l'époque, ces gens-là recevaient des services au sein de leur collectivité. D'un autre côté, nous vu qu'il y a de plus en plus d'alcool et de drogues qui circulent dans les collectivités. C'est alors qu'on a commencé à constater le phénomène de simultanéité des troubles et, depuis 25 ou 30 ans, les systèmes de soins et de soutien, à l'origine conçus pour régler un seul problème chacun, essaient de faire du rattrapage. Comme les problèmes se sont combinés, les services se sont de plus en plus distancés les uns des autres, ce qui est totalement illogique.

Today, it is generally agreed that having two systems of care for people with such an overlap in their constellation of needs has had more negative than positive effects on continuity of care and consumer outcomes. Having two separate systems of care has usually meant parallel or sequential services being delivered across two separate systems: "We will deal with you here, and then we will refer you there." The problem is that the person may never go, and no one will know.

Aujourd'hui, l'accord est quasi général sur le fait que l'existence de deux systèmes de soins s'adressant à des personnes qui présentent un tel recoupement dans la constellation de leurs besoins est presque plus négative que positive en matière de continuité des soins et de résultats pour les patients. À cause de ces deux systèmes de soins distincts, on a généralement offert des services parallèles ou en cascade: «On va s'occuper de vous ici pour ceci et là-bas pour cela». Le problème, c'est que la personne peut ne jamais se rendre dans l'autre service et que personne ne le saura.

Poor outcomes are thought to result from three important systemic factors: compounded feelings of stigma, competing perspective on what is the most important problem, and the additional burden of having to retell their story when they move into another program.

On estime que les piètres résultats en matière de traitement sont dus à trois facteurs systémiques importants: le sentiment complexe de stigmatisation, les désaccords quant au problème le plus important à traiter et le fardeau additionnel que représente le fait de devoir raconter sans cesse son histoire quand on passe d'un programme à l'autre.

Examples of conflicting approaches to treatment are abstinence versus harm reduction goals and philosophical differences in the use of confrontation techniques. The acceptability of psychoactive medication that helps manage the symptoms of mental illness remains controversial in some substance abuse services.

Les exemples d'approches conflictuelles en matière de traitement sont l'abstinence par rapport à des objectifs de réduction dangereuse et des différences philosophiques dans l'utilisation des techniques de confrontation. Dans certains services de désintoxication, on accepte encore mal les médicaments psychoactifs susceptibles de contrôler les symptômes d'une maladie mentale.

In the worst-case scenarios, the delivery of two separate systems of care and support has meant the individual — often the person with the most severe constellation of problems — is simply referred to the other side. Such referral has also meant little or no case management to ensure contact has been made and that the person has been successfully engaged in the system. Dropout rates from concurrent but poorly coordinated programs can run as high as 60 per cent.

Dans le pire des cas, à cause de la façon dont les services sont offerts par deux systèmes de soin et de soutien, le patient — très souvent la personne qui souffre du plus grand nombre de problèmes variés — est ballotté. Cela étant, on ne fait que peu voire aucune gestion de cas pour s'assurer que les contacts ont été pris et que la personne a effectivement intégré l'autre système. Le taux de décrochage de programmes concurrents et mal coordonnés peut atteindre 60 p. 100.

The poor coordination of services is particularly evident in testimonials and the personal stories of consumers participating in the focus groups that we held in the course of our national best practice project. I want to finish with a quote from one of the consumers who spoke to us in the group: She said,

La mauvaise coordination des services ressort particulièrement dans les témoignages et dans les récits personnels de patients ayant participé aux groupes de discussion que nous avons organisés à l'occasion de notre projet national sur les pratiques exemplaires. Je terminerai en citant une patiente qui a pris la parole devant le groupe:

> I have gotten help for each individual thing but to get help for, like at the same time, you fall between the cracks and if one of your disorders is worse than another and then one doctor thinks you're seeing somebody else, basically nobody's is helping you. Nobody follows up and you kind of disappear in there.

She is referring to co-morbidity and this was a common theme that arose in the groups.

I summarize these three reasons for the problem at the end of my presentation. The overlap is extremely high; the impact on outcome is extremely poor; and we have two quite the separate systems of care trying to manage very intermixed and very integrated sets of problems.

Mr. Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program, Centre for Addiction and Mental Health: I have included a little information guide that we have just recently produced for your information as well. I want to commend the committee for including this topic in your considerations on mental illness and thank you for the opportunity to be here today.

My comments are from a clinical perspective. I want to raise the point that we need to think of people with concurrent disorders as people first. They have had to pay too high a price for their illnesses. Mr. Rush illustrated the difficulty of getting comprehensive care, but their lives are affected negatively in many ways. I would like to point to stigma. These clients often talk about "double trouble" and "double jeopardy." That is an important issue. The fact that these are human problems that involve illness and suffering is a starting point for me.

It is also important to see these as the norm and not the exception. In some ways, that goes against the way the world is set up, as Mr. Rush has illustrated. We need to have systems whereby when one problem is detected, there should be a demand to prove that another problem is not present. That should be the default logic. We do not work that way in either the addiction or mental health system.

From a clinical perspective, an important point is that the effects of the disorders extend beyond those who are diagnosed with the illnesses to their families and others. We are in trying to work with families. There is a hidden burden of suffering that needs to be recognized. We need to address it as part of a health care strategy. It is not well recognized. I do not think the care systems that focus on the individual with the diagnosis have the tools to deal with this.

We also know that the person's best chance of getting a good response comes from having a resilient healthy that is healthy and supportive. Often these chronic illnesses make the family

> J'ai obtenu de l'aide pour chaque chose, mais on se sent oublié du système quand on a besoin d'une aide combinée, pour tout à la fois [...] et, quand un de vos troubles est pire qu'un autre, le médecin pense que vous voyez quelqu'un d'autre, mais finalement personne ne vous traite. Il n'y a pas de suivi et on est tout simplement oublié.

Cette patiente parlait de la comorbidité, thème qui était commun dans les groupes.

Je résume ces trois raisons à la fin de mon mémoire. Le recoupement est très élevé; l'effet sur les résultats est particulièrement désastreux et nous devons composer avec deux systèmes de soins particulièrement séparés qui essaient de gérer des ensembles de problèmes par ailleurs très liés et même très intégrés.

M. Wayne Skinner, directeur clinique, Programme des troubles concourants, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Je vous ai fait remettre un petit guide d'information que nous venons juste de produire, pour que vous puissiez en prendre connaissance. Je tiens à vous féliciter d'avoir inscrit ce sujet dans votre étude sur la santé mentale et je vous remercie de votre invitation.

Dans mes remarques, j'adopterai un point de vue clinique. Je tiens à insister sur le fait que nous devons considérer que les personnes atteintes de troubles simultanés sont, d'abord et avant tout, des êtres humains. Elles ont dû payer un prix beaucoup trop élevé pour leur maladie. M. Rush vous a dit à quel point il est difficile d'obtenir des soins complets, mais la vie de ces personnes est durement touchée de nombreuses autres façons. Parlons, par exemple, de la stigmatisation. Ces clients parlent souvent d'une double malédiction. C'est important. Quant à moi, il faut partir du principe que nous avons affaire à des problèmes humains associés à la maladie et à la souffrance.

Il faut également se rendre compte qu'il s'agit là de la règle et non de l'exception. Dans bien des cas, comme M. Rush vous l'a montré, ce genre de problème va à l'encontre de la façon dont le monde est conçu. Nous avons besoin d'un système où, dès qu'un problème est détecté, il faudrait systématiquement enquêter pour déterminer si un autre problème n'est pas simultanément présent. Ce devrait être la logique par défaut. Or, on ne fonctionne pas ainsi ni dans le réseau de désintoxication ni dans celui de la santé mentale.

D'un point de vue clinique, ce qui est important c'est que les effets des troubles sur l'entourage et les autres vont bien au-delà de ceux qui sont simplement associés aux maladies diagnostiquées. Nous essayons de travailler avec les familles. On constate chez elles énormément de souffrance cachée que nous devons prendre en compte. Nous devrons régler cela dans le cadre d'une stratégie de soins de santé. Ce problème n'est pas assez reconnu. Je ne pense pas que les systèmes de soins, qui visent surtout à poser des diagnostics dans le cas des patients, disposent des outils nécessaires pour s'attaquer à cet aspect.

Nous savons également que la meilleure façon pour un patient d'obtenir de bons résultats dépend du milieu qui doit être résiliant, sain et fonctionnel. Il arrive très souvent qu'en présence

dysfunctional. It is important to think about that when are trying to develop community-oriented approaches to care — which are the most important approaches.

The impact of concurrent disorders is especially devastating on particular groups. The people of Canada's First Nations have very complex problems related to mental health and addictions. The prevalence of these problems is high there. Immigrant and refugee populations suffer from higher rates of concurrent disorders. People in the correctional system also deserve to be identified. Those individuals have alarmingly high rates of addiction and mental health problems. If we are concerned about their effective return to the community and the avoidance of recidivism addressing them must to be seen as a paramount concern.

We need to include the full span of people with addiction and mental problems when developing policies and practices to respond to issues related to concurrent disorders. Traditionally the mental health system has concerned itself with the severely mentally ill. Not surprisingly, that is the population for which we have the most best practice information. We need to move beyond psychosis and severe, persistent mental illness, which affects about 2.5 per cent of the population, to look at the mental health problems that pertain to the broader population. Those include mood and anxiety disorders, impulse control, and personality disorder problems. These are much more prevalent. Most mental health resources cannot extend themselves to those populations because their priority concern is with the severely mentally ill.

On the addiction side, the system has tended to focus on alcohol and illicit drugs, but now we are aware of the need to include tobacco and prescription drug use. We need to go beyond substance use disorders to consider problem gambling and other behavioural addictions and their co-occurrence with mental health problems. We need a broader frame when looking at the impact of these problems in the general population. That would help us develop better prevention and intervention strategies.

We need to set an expectation that everyone receiving care in either the mental health or addiction system is screened and assessed for concurrent disorders. That is not happening now. The index problem with which a person presents determines the resource that they will access. The full set of needs of an individual is not well defined. Dr. Rush gave a powerful illustration of that in his comments.

Evidence-based practices that that can help funders identify what interventions merit financial support and can guide clinicians toward best practice standards are emerging. It has been heartening at the ground level to see the interest in these best

de ces maladies chroniques, les familles soient dysfonctionnelles. Il importe de penser à cela dans l'élaboration de méthodes de soins communautaires, méthodes qui sont les plus importantes.

Certains groupes sont plus susceptibles que d'autres aux troubles simultanés. Il s'agit des membres des Premières nations qui souffrent de problèmes complexes découlant de la prévalence élevée de maladies mentales et de toxicomanies. Les populations d'immigrants et de réfugiés présentent également des taux élevés de troubles simultanés. Les personnes incarcérées méritent, elles aussi, d'être diagnostiquées sur ce plan. Elles présentent des taux incroyablement élevés de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. Si nous voulons effectivement les réintégrer dans la société et éviter qu'elles ne récidivent, il faudrait absolument les aider à régler leurs problèmes.

Nous devons inclure toute la gamme des toxicomanes et des malades mentaux dans la formulation de nos politiques et dans l'élaboration des pratiques destinées à répondre à la question des troubles simultanés. Depuis toujours, le système de santé mentale se préoccupe essentiellement des personnes gravement atteintes. Ce n'est pas étonnant, puisqu'il s'agit de la population pour laquelle nous disposons de plus d'informations en matière de pratiques exemplaires. Eh bien, nous devons ne plus nous arrêter aux psychoses ni aux maladies mentales graves et persistantes qui ne touchent que 2,5 p. 100 de la population, pour nous intéresser plutôt aux problèmes de santé mentale dont souffre une population plus importante. Je veux parler ici des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des impulsions caractérielles et des troubles de la personnalité. Ce sont les problèmes les plus répandus. En général, le personnel en santé mentale ne s'intéresse pas à ces populations, parce que ce sont les malades mentaux gravement atteints qui constituent leur priorité.

Pour ce qui est des cures de désintoxication, le système est davantage axé sur l'alcool et les drogues illicites, mais nous savons maintenant qu'il faudrait inclure le tabac et la consommation de médicaments vendus sur ordonnance. Nous ne devons pas nous arrêter aux troubles de consommation abusive d'alcool et de drogues pour englober les problèmes associés à l'accoutumance aux jeux de hasard et les autres assuétudes comportementales associées à des problèmes de maladie mentale. Nous devons nous appuyer sur un cadre plus large pour envisager les répercussions de ces problèmes dans la population en général. Cela nous permettrait d'adopter de meilleures stratégies de prévention et d'intervention.

Il faudrait que tous ceux et toutes celles qui se présentent pour recevoir des soins, soit en santé mentale soit en désintoxication, soient systématiquement évalués pour la présence éventuelle de troubles simultanés. Ce n'est pas ce qui se passe actuellement. C'est le problème répertorié que présente le patient à son arrivée qui détermine les ressources auxquelles il aura accès. L'ensemble de ces besoins n'est pas bien défini. Le Dr Rush vous a merveilleusement illustré cette situation dans son intervention.

On applique à présent des pratiques fondées sur les résultats cliniques et scientifiques en fonction desquels les bailleurs de fonds peuvent déterminer quelles interventions méritent un appui financier. Les cliniciens peuvent s'inspirer de ces résultats pour

practices among clinicians. There is a great interest in learning and applying these because people doing the work understand that the approaches that we are deploying currently are not optimally effective.

We should set an expectation that programs delivering mental health and addiction services are either "CD-capable" or "CD-specialized." CD-capable means a service that has the ability to identify, screen for, and offer a first level intervention to people with these problems. A CD-specialized program is one that offers specialized intervention for concurring problems. We have a number of programs at the Centre for Addiction and Mental Health that operate on that basis.

There is a great opportunity to develop a national training agenda to help health care to social service professionals to develop the skills to deliver more integrated and collaborative services. As I mentioned, it has been our experience that we are finding a great appetite for this kind of learning. Often agencies to do not have the resources to send staff for training, but where it is done, it is quite successful. I have an addendum that describes a way of looking at the two systems and ways in which they could work more effectively in working with concurrent disorders, and how training strategies could be developed to help them.

Finally, while the cost of mental health and addiction problems runs in the tens of billion of dollars in Canada each year, it is important to recognize that a number of behaviours that have addictive liability are regulated by the state, which actually derives considerable tax revenue from them. This includes tobacco, alcohol and, more recently, gambling. It has been estimated that more than one-half the revenues from alcohol and gambling come from the 10 per cent of people that spend the most money on these activities. This 10 per cent of the population group is at the highest risk for addiction to these behaviours. There is strong reason for government to challenge itself to develop proactive strategies towards prevention, treatment and research of addictive behaviours and their mental health co-morbidities. However, beyond that, there is strong evidence that social spending to prevent and treat addiction mental health problems provides an excellent return on investment. It is not unreasonable to expect that more of the tax revenues resulting from behaviours with addictive potential be invested in helping people who are harmed by these behaviours.

The Chairman: Ms. Bois, please proceed with your comments.

appliquer des normes de pratiques exemplaires. Il est réconfortant de voir, sur le terrain, l'intérêt que les cliniciens affichent envers ces pratiques exemplaires. Ils se montrent très intéressés à les apprendre et à les appliquer parce que ceux qui font le travail sont conscients que les approches actuelles ne sont pas vraiment efficaces.

Nous devrions exiger que les programmes de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies soient qualifiés d'«aptes en TS» ou de «spécialisés en TS». Aptes en TS veut dire qu'un service est en mesure de détecter, de filtrer et d'offrir un service d'intervention au premier niveau aux personnes souffrant de troubles simultanés. Un programme spécialisé en TS, lui, offre une intervention spécialisée en la matière. Nous comptons plusieurs programmes au centre de toxicomanie et de santé mentale qui appliquent ces principes.

Nous avons la possibilité de mettre en oeuvre un programme national de formation destiné à aider les professionnels des services sociaux et des soins de santé afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour offrir des services davantage intégrés et coopératifs. Comme je le disais, nous nous sommes rendu compte que ce genre de formation est très en demande. Il arrive très souvent que les organismes n'aient pas les ressources nécessaires pour envoyer leur personnel en formation, mais quand elles le peuvent, les résultats sont probants. J'ai ici un addenda qui décrit une façon d'envisager les deux systèmes pour parvenir à de meilleurs résultats dans le cas des troubles simultanés, et qui indique aussi comment élaborer des stratégies de formation pour faciliter le tout.

Enfin, si le coût des problèmes de santé mentale et de toxicomanie se chiffre en dizaines de milliards de dollars au Canada chaque année, il importe de reconnaître que plusieurs comportements à caractère toxicomanogène sont réglementés par l'État qui en tire des revenus considérables. On pensera au tabac, à l'alcool et, plus récemment, au jeu. On estime que près de la moitié des recettes provenant de la vente d'alcool et des jeux de hasard sont attribuables à 10 p. 100 des consommateurs qui dépensent le plus dans ces activités. Ces gens, qui font partie des 10 p. 100, constituent le groupe de population présentant le plus de risque d'assuétude à cause de leur comportement. Il y a de bonnes raisons pour lesquelles le gouvernement devrait envisager d'adopter des stratégies anticipatoires de prévention, de traitement et de recherche en matière de comportement toxicomanogène et de problèmes de comorbidité en santé mentale. De plus, il est bien établi que les dépenses sociales visant à prévenir et à traiter les problèmes de toxicomanie et de santé mentale offrent d'excellents retours sur investissement. Il ne serait pas déraisonnable que davantage de revenus fiscaux prélevés sur des comportements potentiellement toxicomanogènes soient réinvestis pour aider les personnes qui sont victimes de tels comportements.

Le président: Madame Bois, c'est à vous.

Ms. Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders, Centre for Addiction and Mental Health Centre: Dr. Patrick Smith was to be here today, but he is ill and unable to attend. I will make a few comments and some recommendations in his stead.

You have certainly heard about the prevalence and needs. My colleagues have talked about the barriers and some of the serious underfunding. I will speak to what will support concurrent disorders and what is needed to address these issues.

We actually need an approach that is bottom-up and top-down, both from the provincial and federal governments. Across Canada there are a number of bottom-up initiatives. Some jurisdictions are engaged in coordination and planning activities and have been creative in their efforts. I will leave a report with you that documents two communities in Ontario where mental health and addiction systems came together to look at what they could do cooperatively to enhance their ability to provide service.

Many training initiatives are happening. People truly want to enhance their competencies to provide better service. We are working on projects that will address stigma and that will allow people to address their attitudes and values concerning concurrent disorders. We are looking at developing models to provide supports to families. We are looking at conducting research and disseminating that research information around appropriate screening and assessment tools.

There has been support in principle from the top down for coordinating and enhancing capacity in some jurisdictions. However, we need — and we do not have — a policy framework that speaks to concurrent disorders. In that sense, we could have more top-down support. For example, any mental health strategies need to be tied into a national drug strategy. We need support for demonstration projects and for ongoing training and skill-building initiatives. We need the development of resources and training content to support those initiatives.

In summary, we recommend the development of a national clearinghouse. This would function for the 10 provinces and three territories. This function could collect, organize and disseminate the information and resources on concurrent disorders to enable other planning, coordination and training initiatives. This function could be provided within a national health strategy.

It is fundamental that addictions and mental health be tied together and not put in siloed as they are now.

Mme Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Le Dr Patrick Smith aurait dû être avec nous aujourd'hui, mais comme il est malade, il n'a pu se présenter. Je commencerai par quelques remarques avant de terminer par des recommandations en son nom.

Vous avez sans doute entendu parler de prévalence des troubles et des besoins des patients. Mes voisins vous ont parlé des obstacles et de quelques graves problèmes de sous-financement. Personnellement, je me propose de vous entretenir au sujet des troubles concourants et de ce qu'il faut faire pour régler ce genre de problème.

Nous avons adopté une approche verticale, dans le sens ascendant et dans le sens descendant, tant au niveau des gouvernements provinciaux que du gouvernement fédéral. Partout au Canada, on dénombre des initiatives qui partent de la base. Certains ressorts conduisent des activités de coordination et de planification et ont fait preuve de créativité dans les efforts déployés. Je vous remettrai un rapport qui donne l'exemple de deux collectivités ontariennes où les systèmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies ont uni leurs efforts pour voir ce qu'ils pouvaient faire ensemble afin d'améliorer leurs prestations de service.

Par ailleurs, de nombreux projets de formation ont été lancés. Les gens veulent vraiment améliorer leurs compétences afin d'offrir un meilleur service. Nous sommes en train de travailler à des projets qui visent à s'attaquer à la stigmatisation et qui permettront aux gens de modifier leur attitude et à adopter d'autres valeurs face aux troubles simultanés. Nous envisageons d'élaborer des modèles pour venir en aide aux familles. Nous voulons aussi entreprendre des recherches et diffuser l'information que nous recueillerons à cette occasion relativement aux outils de dépistage et d'évaluation les mieux adaptés.

On constate que le haut de la pyramide appuie, en principe, la notion de coordination et d'amélioration des moyens dans certaines juridictions. Cependant, il nous faut un cadre politique qui porte sur les troubles simultanés, cadre que nous n'avons pas. Si un tel cadre existait, nous aurions davantage d'appui du haut vers le bas. Par exemple, il faudrait établir un lien entre les stratégies en santé mentale et la stratégie canadienne antidrogue. Nous avons besoin de fonds pour des projets de démonstration et pour des initiatives suivies de formation et d'acquisition des compétences. Pour appuyer ces initiatives, il faudra perfectionner les ressources et améliorer le contenu des cours de formation.

Pour résumer, nous recommandons la création d'un bureau national pour les dix provinces et les trois territoires. Il serait chargé de recueillir, de structurer et de diffuser l'information et d'administrer les ressources sur les troubles simultanés afin de permettre le lancement d'initiatives de planification, de coordination et de formation. Cette fonction serait assurée dans le cadre d'une stratégie nationale en santé.

Il est essentiel de décloisonner les systèmes de traitement de la toxicomanie et de traitement des problèmes de santé mentale.

The Chairman: I should like to make two points to the panel. One is directed to Mr. Kelly. I do not dispute any of the data that you gave because I happen to have a sister who manages a community home. However, I have a problem when someone's brief focuses entirely on the need for more money and does not speak to the changes to be made to the system. That is not to dispute the need for more money but there was not a word about how we would do anything different. Your presentation was based entirely on, "send more money and we will be fine." Let me put both issues on the table. I suspect that may warrant a response from you.

The second point is directed to the group from CAMH. When we studied mental health, it seemed obvious to us that mental illness and addiction inevitably would co-exist in many people. Thus, we naturally put them together. Yet, when I read the briefs and listen to the comments, for the life of me I do not understand why getting people to work together is deemed so suddenly enlightening. I do not understand how we came to that. I believe that it was in Mr. Skinner's comment, "there is a growing readiness among practitioners..." I do not know why it was not there from the beginning.

Could someone enlighten the committee on how we came to be in this situation of silos? We thought there were many silos in the acute care system. However, this committee has discovered that the numbers of silos in the mental health system is triple or quadruple the number of silos in the acute care system. I am surprised that mental health and addiction grew up side-by-side and not coordinated. None of you have explained why that happened. Are we dealing with the classic professional jealousy issue — a not-on-my-turf issue?

I am curious about how we came to be where we are on this issue and about how public policy could force change? I do not think you can pull silos together too easily. It must be in everyone's best interest to do so — even if it requires a strategy of making them an offer they cannot refuse.

Could you provide the committee with a bit of history and, more importantly, what the solutions would be? I will turn to Mr. Kelly first.

Mr. Kelly: I have great concern coming here to speak only to the need for additional funding for community mental health and addiction programs. However, we have to get down to the basic facts. The fact is that those programs have been starved for 12 years and have seen major declines.

Before we can begin to move forward and build a progressive, integrated system that locks into our acute system and diverts people from courts, court services and the jail system, and that gets people out of emergencies, we have to stabilize the system because we can no longer respond.

Le président: Je tiens à faire deux remarques à nos experts. La première s'adresse à M. Kelly. Je ne conteste pas les données que vous nous avez fournies, parce qu'il se trouve que j'ai une soeur qui s'occupe d'un foyer communautaire. Il demeure que j'ai toujours du mal quand l'intervention d'un témoin consiste exclusivement à réclamer plus d'argent sans traiter des changements à apporter au système. Je ne conteste pas qu'il vous faille plus d'argent, mais je ne vois rien ici de ce que nous devrions faire de différent. Votre exposé revient essentiellement à dire «Donnez-nous plus d'argent et tout ira bien». Voilà pour ce que j'avais à dire et je suppose que vous allez réagir à mes propos.

Ma deuxième remarque s'adresse aux représentants du CTSM. Quand nous avons étudié la santé mentale, il nous est apparu évident que les maladies mentales et la toxicomanie sont deux problèmes qui se retrouvent inévitablement chez bien des gens. Ce faisant, nous les avons naturellement associés. Pourtant, en lisant vos mémoires et en écoutant ce que vous nous avez dit, je ne comprends vraiment pas pourquoi il est soudainement si instructif de dire qu'il faut faire en sorte que les gens collaborent. Je ne comprends pas comment nous en sommes arrivés là. Je crois que c'est M. Skinner qui a dit que les professionnels de la santé sont de plus en plus prêts à collaborer. Je ne comprends pas pourquoi ils ne le sont pas depuis le début.

Quelqu'un pourrait-il éclairer le comité sur la façon dont nous en sommes arrivés à ce genre de cloisonnement? Nous pensions qu'il y avait de nombreuses cloisons dans le système des soins de courte durée. Cependant, ce comité a découvert que le nombre de cloisons dans le système de santé mentale est trois ou quatre fois supérieur à celui qu'on trouve dans le réseau des soins de courte durée. Je m'étonne qu'on ait pu laisser évoluer le réseau de soins de santé mentale et le réseau de traitement des toxicomanies côte-à-côte sans les coordonner. Aucun de vous ne nous a expliqué ce qui s'était passé. Est-ce un cas de jalousie professionnelle classique, de «partout, sauf chez moi»?

J'aimerais savoir comment nous en sommes arrivés là et comment la politique gouvernementale pourrait imposer un changement? Je n'ai pas l'impression qu'on puisse aussi facilement que cela abattre des cloisons. Il faut que tout le monde y trouve son intérêt, quitte à adopter pour stratégie de faire aux gens une offre qu'ils ne pourront refuser.

Pourriez-vous commencer par un bref historique de la situation et surtout par nous dire quelles solutions nous pourrions appliquer? Je cède d'abord la parole à M. Kelly.

M. Kelly: Je n'aime pas trop l'idée de venir vous réclamer des fonds supplémentaires pour les programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Cependant, il faut garder les pieds sur terre. Il est un fait que ces programmes meurent à petit feu depuis 12 ans et qu'ils ne sont plus que l'ombre de ce qu'ils étaient.

Avant d'envisager de bâtir un réseau progressiste, intégré, qui va nous permettre d'accueillir dans notre système de soins de courte durée des personnes qui, autrement, se retrouveraient devant les tribunaux, en prison et dans les salles d'urgence, nous devons stabiliser le système actuel parce qu'il n'est plus en mesure de réagir.

Within the mental health and addiction sector there are numerous examples of excellent work that is improving access to services. For example, there are 21 supportive housing providers in the City of Toronto who have come together to create a program that provides one-stop access for supportive housing for all mental health and addiction clients in the community. The problem is that the program has been in place for two years and they have gone as far as they can. They cannot move it any further. They are waiting for approximately $80,000 per year to fund the program.

The Chairman: We have heard about the 12-year freeze in Ontario before. Has that only happened in Ontario or have the programs been starved everywhere as best as you know?

Mr. Kelly: It is varies in different parts of the country. Generally, across the country, we there has been a very intense focus on acute care services over the course of 10 or 12 years. Housing and case-management programs were devalued during that time period. We have created a vicious cycle because we have more requirements for acute care when people would be better served by community-based services. It is hit and miss across the province, but it has been a general trend.

I will go back to my other comment on examples of excellent coordination that exist across the province. In Thunder Bay they have tables where not only mental health and addiction service providers but also long-term care, community-based providers are trying to coordinate services. The problem and the reality is that most of that is done on the goodwill of volunteers and the donation of resources of these community-based organizations. There is no policy support coming out to address those issues.

I understand that you do not want to hear about the funding because that becomes a drone. However, until those those sectors are stabilized, we cannot go forward as a system.

You noted that it is interesting that suddenly talk about working together. We have to look at how policies from health ministries across the country have affected how service delivery has developed. We also have to look at funding mechanisms that go to community-based services — how they are funded as compared to hospitals, doctors or other parts of the health care system. That is one part of the problem.

The Chairman: You mean because they are funded as silos?

Mr. Kelly: In Ontario — correct me, you would have a better history, I think — we had addictions and mental health together, then we had addictions broken off into the Ontario Substance Abuse Bureau, then they moved back and then they moved out again. The ministry has been creating those silos.

Dans le secteur de la santé mentale et du traitement des toxicomanies, nous ne manquons pas d'exemples du travail excellent qui est fait pour améliorer l'accès aux services. Par exemple, 21 administrateurs de logements avec service de soutien à Toronto se sont regroupés pour créer un programme à guichet unique en matière de logement supervisé pour tous les clients de la ville qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. La difficulté tient au fait que ce programme est en place depuis deux ans et qu'il n'a pas permis de faire autant que nous l'aurions souhaité. Aujourd'hui, il ne peut aller plus loin. Ces administrateurs attendent environ 80 000 $ par an pour financer le programme.

Le président: On nous a déjà parlé du gel de 12 ans annoncé par l'Ontario. À ce que vous sachiez, ce problème est-il limité à l'Ontario ou les programmes sont-ils sous-financés partout au Canada?

M. Kelly: Cela varie d'un coin du pays à l'autre. En général, on peut dire qu'on a beaucoup misé sur les services de soins de courte durée au cours des 10 ou 12 dernières années. Les programmes de logement et de gestion de cas ont été méconsidérés pendant cette période. Nous avons ainsi créé un cercle vicieux parce que la demande en soins de courte durée est supérieure tandis que nous pourrions mieux servir les mêmes patients grâce à des services communautaires. En Ontario, tout se fait au petit bonheur, mais on pourrait dire que c'est une tendance générale.

Je vais en revenir aux exemples d'excellente coordination un peu partout dans la province. À Thunder Bay, nous avons des tables où les fournisseurs de services de soins en santé mentale et en toxicomanie s'assoient aux côtés de fournisseurs de soins de longue durée et de soins communautaires pour essayer de coordonner leurs efforts. Le problème, c'est que le gros de ce travail dépend de la volonté des bénévoles et du déblocage de ressources par les organisations communautaires concernées. Il n'existe aucune politique visant à régler ces problèmes.

Je comprends bien que vous ne vouliez pas qu'on parle de financement, parce que cela devient pénible. Cependant, tant que ces secteurs ne seront pas stabilisés, nous ne pourrons pas progresser.

Vous vous êtes étonné qu'on parle soudainement de collaboration. Il faut voir de quelle façon les politiques des différents ministères provinciaux de la Santé ont influé sur la prestation de services. Il faut s'intéresser aux mécanismes de financement des services communautaires à la façon dont on finance les hôpitaux, les médecins et les autres parties du réseau de la santé. C'est là une partie du problème.

Le président: Attribuez-vous cela au fait que le financement aussi est cloisonné?

M. Kelly: À l'origine, en Ontario — mais vous pourrez me corriger parce que vous connaissez peut-être mieux la situation que moi — les programmes de traitement des toxicomanies et des maladies mentales étaient regroupés puis, le programme de toxicomanie s'est séparé pour devenir le Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie avant de faire de nouveau partie d'un seul et même système avec les soins de santé et, encore une fois, d'en être séparé. C'est le ministère qui a créé ces cloisons.

The Chairman: The fact that people have responded to the particular funding structure is hugely positive from our point of view. It says that if we can get the right incentives into the funding system, the silos will break down in a hurry because they will chase the money. That is very encouraging. That is partly what I meant by making them an offer they cannot refuse.

Does CAMH want to comment on that?

Mr. Skinner: There are positive aspects in the history; it is not all a negative story. However, it is the story of two traditions that have gone along parallel tracks. There is now a more consensual awareness that those tracks need to converge.

I could give reasons for why the systems are not working. I would not put it at the level of people who are doing the work actually. I would suggest that the fundamental problems are ideological and structural. Ideologically, addiction has a long history that does not involve a medical model. It involves many people in recovery and a number of other things. That is a strong tradition. You then have the mental health tradition that has been preoccupied with the severely mentally ill. In those traditions, large populations have been ignored.

As we turn our attention more to those populations of people with moderate substance abuse problems rather than people who are severely addicted, for example, we have had to change our views on this. At the practical level, many people are working ad hoc trying to bind together responses to help particular clients. At the level of the systems, we have two structural worlds that have been set up along different traditions. We have to bring those together.

Our experience at the Centre for Addiction and Mental Health, which was a bit of an implosion of four services — two for addiction and two for mental health — has been that that is possible. However, we need to see it as an ongoing bit of work as well. We still have much work to do, and we do not have bragging rights to be so excellent at this.

The Chairman: I have one question for clarification. You comment on the two models. Senator LeBreton and I have spoken separately to a number of groups about some of the things we learned at the committee. One point we make is that people in this area seem to approach the issue from the medical model and others approach it from the social model — never the twain shall meet. I am using language that is different from yours, but that is essentially what you mean when you said that there are two models. Correct?

Mr. Skinner: Yes. A bio-psycho-social model of both of these sets of problems is emerging and most people subscribe to it, at least rhetorically. There is an increasing willingness to work together. Rather than contesting which is the more important problem, people are realizing that we must see both as primary issues and that we need to work aggressively on both issues if we are to get good outcomes for people. Programs that are doing that are building the evidence base of successes.

Le président: Nous trouvons très positif le fait que les gens aient réagi à cette structure de financement. Si nous pouvions disposer des bons incitatifs dans le système de financement, ces cloisons s'écrouleraient, parce que les gens se mettraient à courir après l'argent. C'est très encourageant. C'est en partie ce que je veux dire quand je propose de leur faire une offre qu'ils ne pourront pas refuser.

Le CTSM veut-il réagir à cela?

M. Skinner: Il y a des choses positives ici, parce que tout n'est pas négatif. Il demeure que cette tradition de dédoublement ne date pas d'hier. On s'entend de plus en plus, aujourd'hui, sur le fait qu'il faut tendre vers la convergence.

Je pourrais vous expliquer pourquoi ces systèmes ne fonctionnent pas. En fait, je n'attribue pas les causes du mal aux personnes qui font le travail. Selon moi, les principaux problèmes sont d'ordre idéologique et structurel. Sur le plan idéologique, on n'associe pas la toxicomanie à un modèle médical. Plusieurs personnes interviennent dans les cures et ailleurs. La tradition est bien ancrée. Et puis, il y a la tradition des soins de santé selon laquelle on s'attarde principalement aux malades mentaux gravement atteints. À cause de ces traditions, on a négligé un très grand nombre de patients.

Quand on s'intéresse davantage, par exemple, aux toxicomanes modérés plutôt que profonds, on se rend compte qu'il faut changer de point de vue. Sur le plan pratique, les gens appliquent des approches ponctuelles pour adapter leurs interventions aux besoins de leurs clients. Au niveau du système, nous avons affaire à deux univers qui obéissent à des traditions différentes. Il faut donc regrouper les deux.

C'est possible, comme nous l'avons constaté au Centre de toxicomanie et de santé mentale qui est le résultat de l'implosion de quatre services — deux spécialisés en traitement des toxicomanies et deux en traitement des maladies mentales. Cependant, ce travail s'inscrit aussi dans la durée. Il nous reste encore beaucoup à faire et nous ne pouvons pas prétendre que nous sommes des modèles de référence.

Le président: J'ai une précision à vous demander. Vous avez parlé de deux modèles. Le sénateur LeBreton et moi-même nous sommes entretenus, de notre côté, avec plusieurs groupes sur certaines choses que nous avions apprises en comité. Nous avons constaté que les uns semblent vouloir appliquer le modèle médical et les autres le modèle social mais que les deux ne s'entendent pas. Je m'exprime différemment par rapport à vous, mais c'est essentiellement ce que vous voulez dire quand vous parlez des deux modèles. N'est-ce pas?

M. Skinner: Oui. Il se dégage, de cet ensemble de problèmes, un modèle bio-psycho-social auquel la plupart des gens adhèrent, du moins en paroles. Les gens semblent de plus en plus disposés à collaborer. Plutôt que de s'accrocher à l'identification du problème le plus important, les gens se rendent compte qu'il faut considérer que les deux sont fondamentaux et qu'il convient de s'y attaquer de façon dynamique pour parvenir à de bons résultats pour les patients. Les programmes qui appliquent cette recette réussiront.

The Chairman: Is your sense that some may agree on a joint model, for example, as long as a psychiatrist is in charge?

Mr. Skinner: No, I would say not. The psychiatrist is an important member of the team. They have certain skills and certain responsibilities that are singular. However, I would say that most people in mental health adhere to multidisciplinary teams. That is heartening important people on the addiction side who probably came to these joint relationships with a bit of paranoia.

The Chairman: Correct. That is why I asked the question.

Ms. Bois: I wish to add one further comment. You mentioned the psychiatrist being the head of the team. Alternate funding plans for physicians and, in particular, psychiatrists, would be useful to allow psychiatrists to be involved in the training and planning activities that would be important to bringing these two fields together. That is one of the barriers that we had not mentioned.

The Chairman: If it is structured properly, presumably there is an incentive for them to move in that direction.

Ms. Bois: Yes.

Senator Morin: It is a barrier in Ontario. The other provinces have other systems.

I would like to address my comments to Dr. Rush on the issue of de-institutionalization. Psychiatric institutions in the 1950s were 100 per cent federally supported. This was terminated in the 1960s and the provinces had to support the institutions. This was partly why patients were moved away from dedicated psychiatric institutions and sent into the communities, mainly large urban communities.

At the same time, there was an increase — as you pointed out — of substance abuse. That is not surprising because 50 per cent of those who are substance abusers are mentally ill. There was a sudden rush. We were told last week that hopelessness coincided with this phenomenon. We were also told that the increased prevalence of mental illness in correctional institutions occurred at the same time.

Is it better for you to be in a psychiatric hospital or to be in jail? Is it better for you to spend the night in a psychiatric institution or on the sidewalk on Yonge Street? Much of that was rationalized. It was financial, but it is easy to rationalize. In some countries — Italy for example — institutions were completely closed down for financial reasons.

You know this better than I do. Many patients do not want to be discharged. They want to remain. I realize that it is undue, but for various reasons, there is a proportion of patients who are sent

Le président: Estimez-vous que certains peuvent être d'accord avec un modèle conjoint, par exemple, dans la mesure où un psychiatre est responsable?

M. Skinner: Je dirais que non. Le psychiatre est un membre important de l'équipe. Il possède certaines compétences et est investi de certaines responsabilités. Cependant, je dirais que la plupart des gens qui travaillent dans le secteur de la santé mentale optent pour la formule des équipes multidisciplinaires. Celle-ci rassure les gens qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie et qui se sentaient un peu paranoïaques quand ils se sont retrouvés dans des équipes mixtes.

Le président: C'est exact. C'est pour cela que je vous ai posé la question.

Mme Bois: Je voudrais ajouter une chose. Vous avez dit que le psychiatre devrait être responsable de l'équipe. Il serait utile de pouvoir appliquer d'autres plans de financement pour les médecins, en particulier pour les psychiatres, afin de leur permettre de prendre part aux activités de formation et de planification susceptibles de favoriser le regroupement des deux secteurs dont nous parlons. C'est un obstacle que nous n'avons pas mentionné.

Le président: Autrement dit, si les choses sont bien organisées, on peut penser que ces gens-là seraient poussés à aller dans ce sens.

Mme Bois: Oui.

Le sénateur Morin: C'est un obstacle en Ontario, parce que les autres provinces disposent d'autres systèmes.

Je vais adresser mes remarques au sujet de la désinstitutionnalisation au Dr Rush. Dans les années 50, les établissements psychiatriques étaient entièrement financés par le gouvernement fédéral. Ce n'est plus le cas depuis les années 60 et ce sont les provinces qui ont pris le relais. C'est en partie la raison pour laquelle les patients ont été sortis d'établissements psychiatriques spécialisés pour se retrouver au sein de leur collectivité, essentiellement dans des grandes villes.

Dans le même temps, comme vous l'avez souligné, nous avons assisté à une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues. Ce n'est pas étonnant parce que 50 p. 100 des toxicomanes sont des malades mentaux. Tout d'un coup, tout s'est accéléré. La semaine dernière, on nous a dit que ce phénomène est dû au désespoir. On nous a également dit qu'il y a de plus en plus de cas de maladie mentale dans les établissements correctionnels.

Est-ce mieux de se retrouver dans un hôpital psychiatrique ou en prison? Est-ce mieux de passer la nuit dans un établissement psychiatrique ou sur un trottoir de la rue Yonge? Il faut rationaliser tout cela. Certes, le problème est financier, mais il est facilement de rationaliser la chose. Dans certains pays — en Italie, par exemple — des établissements complets ont été fermés à cause de problèmes financiers.

Vous connaissez cela mieux que moi. Nombre de patients ne veulent pas être renvoyés chez eux. Ils veulent rester en établissement. Je me rends compte que c'est déplacé, mais pour

out onto the street. We are talking dollars and cents here. I do not think this is the main issue. However, as we were talking about saving money, I wonder if we are, in fact, saving all that much by putting people into the street. We are sending them to jail. As the co-morbidity increases, we see an increase of AIDS. It costs $20,000 a year to treat a patient with AIDS. There is also increased violence and so forth.

Perhaps we should consider institutionalization for those who accept it. You have repeatedly said that we do not have the resources in the community. Mr. Kelly has been saying that we do not have the resources. The patients are in jail, and this and that happens. Perhaps we should consider institutionalization and come back to that system.

Mr. Rush: I have spent most of my career working in the addiction field. I do not consider myself to be a world expert on the deinstitutionalization movement in mental health. However, I would offer my perspective that a bit too much has been made historically about the financial incentives for the deinstitutionalization movement.

Most of the hospitals still exist — they are partly empty — and there is still a huge financial drain, and the money that was saved has not been reinvested. Rather, it has been scooped by other parts of government. It has not been invested sufficiently in the kinds of supports that are needed to keep people in the community.

The main reasons for providing services to people in the community relate to humanitarianism and respect and dignity — the same rationalization that has been given for providing community supports for people with developmental disabilities. Almost all those institutions have been closed, and people are being quite well supported in the community with supported employment, supported education, and housing — all the supports they need. The mental health field could learn a lot from the developmental disability field and the kind of investment it might take to support people in the community, which would still save money in addition to providing people with dignity, respect and a choice to live in the community and not in psychiatric institutions.

I would not see turning the clock back to re-institutionalization. It may have gone too far in the sense of providing not enough accommodation or residential support. Hospitals did provide shelter and did provide a safe place for people to live, by and large.

Senator Morin: They were a safe place for people who felt they could not cope outside. They knew that they would commit crimes and become addicts and be violent. They may have preferred being in an institution instead of being in jail.

plusieurs raisons, un grand nombre de patients se retrouvent dans la rue. Il est question d'argent, mais je ne pense pas que ce soit le principal problème. Il demeure que je demande si nous économisons vraiment beaucoup en jetant les gens dans la rue. Nous les envoyons en prison. La comorbidité augmente et nous assistons à une augmentation du nombre de cas de sida. Il en coûte 20 000 $ par an pour traiter un sidatique. Et puis, on note aussi une augmentation de la violence et de bien d'autres problèmes.

Nous devrions peut-être envisager d'hospitaliser pour longue durée celles qui y seraient prêts. Vous ne cessez de répéter que nous ne disposons pas des ressources nécessaires au sein de la collectivité. M. Kelly dit que nous n'avons pas ces ressources. Les patients se retrouvent en prison et c'est ce qui se passe. Peut-être devrions-nous envisager de les institutionnaliser et de revenir à l'ancien système.

M. Rush: J'ai passé la plus grande partie de ma carrière dans le domaine du traitement des toxicomanies et je ne me considère pas comme un expert mondial de la désinstitutionnalisation dans le secteur de la santé mentale. J'estime personnellement, qu'on a beaucoup trop dépensé en incitatifs financiers dans le passé pour favoriser la désinstitutionnalisation.

La plupart des hôpitaux existent encore — ils sont en partie vides — et il existe encore un important déficit financier, parce que l'argent qui a été économisé n'a pas été réinvesti dans le réseau. Il s'est plutôt retrouvé dans d'autres programmes gouvernementaux, mais on n'a pas suffisamment investi dans le genre de soutien dont les gens ont besoin pour demeurer dans la collectivité.

C'est au nom de l'humanisme, du respect et de la dignité humaine que l'on se doit d'offrir des services communautaires — ce sont les mêmes raisons qui ont été données pour apporter un soutien communautaire aux personnes souffrant de déficience développementale. Presque tous ces établissements ont été fermés et les patients sont bien traités dans leur collectivité, grâce à des emplois supervisés, à une éducation supervisée et à des logements avec services de soutien — autrement dit, ils reçoivent tout l'appui dont ils ont besoin. Le domaine de la santé mentale pourrait beaucoup apprendre de celui de la déficience développementale et du genre d'investissement qui permettrait d'accueillir les patients dans leur collectivité, ce qui permettrait d'économiser tout en traitant les gens dans la dignité et le respect, et en leur donnant le choix de vivre au sein de leur collectivité plutôt que dans des établissements psychiatriques.

Je ne voudrais pas que nous revenions à l'institutionnalisation. Nous sommes peut-être allés trop loin parce que nous n'offrons pas assez de soutien résidentiel aux patients. Les hôpitaux fournissaient un abri et un lieu sûr à ceux qu'ils accueillaient.

Le sénateur Morin: Ils étaient des lieux sûrs pour ceux qui ne pouvaient survivre à l'extérieur. On savait que ces gens-là étaient susceptibles de commettre des crimes, de devenir des toxicomanes et d'être violents. Il est possible qu'ils aient préféré se trouver dans des hôpitaux plutôt qu'en prison.

Mr. Rush: I understand the concern. I invite you to think in terms of levels of care. Institutionalization in the hospital is the most intensive, highest support form of care. In the other extreme there is living in the community with case management and minimal supports. In the middle — and what we do not have in Ontario, mostly because of policy and funding decisions— are the residential services that can provide a middle level of support for people. They are not institutions; they are community residences where people can still live and be protected, yet have the dignity of living out their lives in a home instead of a hospital bed.

England has invested heavily in these services and found just changing the environment of some of these services to a more home-like atmosphere has decreased the use of medication and improved the quality of life. People felt good about themselves living there. We have been unable to fund those services. There is the argument in Ontario that the Ministry of Health does not fund houses. We do not fund bricks and mortar anymore. We fund outpatients and ambulatory services.

Again, I would not see a need to turn the clock back to institutions, but there may be forms of residential support that are needed. We certainly need to take the money we are saving from closing hospital beds and reinvest it seriously in community supports, including addiction.

Senator Cook: I am from Newfoundland, which has a much smaller client population. As I have listened throughout these committee hearings, I feel that we are doing well for the client population that we represent.

I hear you loud and clear about deinstitutionalizing that client population. In my province, they did go out without the appropriate support to be able to achieve some kind of semi-independent living. However, as I look back, the community responded. Perhaps we are a bit ahead of the game. We have evolved.

NGOs in my province play a large role in assisting this client population. You have all said it in some form or another; it is ad hoc. There is no standard except for the level of care and the standard that we give.

Out of that evolved a social centre of which I am proud to continue to belong today. It is close to 30 years old. Initially, it was a place to come in out of the cold, and nothing more. It evolved through Rotary, and through governments cutting our funding from $70,000 down to $20,000. However, we are still there and providing a service. Participation at the centre is voluntary. The consumers set certain standards. It is a good news story.

Senator Fairbairn is aware that we have a hockey team — a farm team — the Maple Leafs. They gave us a grant of $17,000 for a literacy program. This was a voluntary program, but once

M. Rush: Je comprends bien. Je vous invite à raisonner en termes de niveaux de soins. L'institutionnalisation dans un hôpital est la forme la plus intensive de soins. À l'autre extrême, il y a la gestion des cas et le soutien minimal que l'on apporte dans la collectivité. Au milieu — ce que nous n'avons pas en Ontario, essentiellement à cause de décisions politiques et de décisions de financement — on trouve les services résidentiels qui peuvent offrir de nombreux niveaux de soutien. Ce ne sont pas des institutions, ce sont des résidences communautaires où les patients peuvent vivre et se sentir à l'abri, tout en conservant la dignité que confère la vie chez soi plutôt que dans un hôpital.

L'Angleterre a beaucoup investi dans ces services et l'on a constaté que le simple fait de modifier le milieu de vie, pour qu'il ressemble davantage à celui d'un domicile, a permis de réduire l'utilisation de médicaments et d'améliorer la qualité de vie des patients. Les gens se sentent bien quand ils vivent dans un tel milieu. Nous ne sommes pas en mesure de financer ce genre de service. En Ontario, on soutient que le ministère de la Santé n'est pas là pour financer des foyers. Nous ne finançons plus ce qui est fait de briques et de mortier. Nous finançons les services externes et les services ambulatoires.

Encore une fois, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de revenir à l'institutionnalisation, mais il y a certaines formes de soutien résidentiel que nous devons offrir. Nous devons réinjecter l'argent réalisé grâce à la fermeture de lits d'hôpitaux dans des services communautaires sérieux, notamment dans le cas du traitement des toxicomanies.

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve où nous avons une population de clients nettement moins nombreuse que la vôtre. À l'occasion de ces séances de comité, je me suis dit que nous nous débrouillons bien pour servir la population de clients que nous représentons.

Je vous ai bien compris au sujet de la désinstitutionnalisation. Dans ma province, le gouvernement n'a pas débloqué les fonds nécessaires pour permettre le genre de vie semi-indépendante que vous avez décrite. Cependant, c'est la communauté qui a réagi. Il est possible que nous ayons un peu d'avance sur ce plan. Nous avons évolué.

Dans ma province, les ONG jouent un rôle important pour aider cette population de clients. Vous avez tous dit que, sous une forme ou une autre, tout cela est un peu improvisé. Il n'y a pas de norme, si ce n'est pour le niveau de service et les normes que nous nous imposons.

Nous avons réussi à créer un centre social dont je suis très fière et qui fonctionne encore aujourd'hui. Il a près de 30 ans. Au début, ce n'était qu'un lieu où l'on pouvait s'abriter du froid. Cela a évolué grâce à un coup de main du Rotary, parce que les gouvernements ont réduit notre financement de 70 000 à 20 000 $. Il demeure que nous sommes encore là et que nous offrons un service. La participation à ce centre est bénévole. Les clients fixent certaines normes. Tout cela, ce sont de bonnes nouvelles.

Le sénateur Fairbairn sait que nous avons une équipe de hockey — une équipe d'agriculteurs — les Maple Leafs. Ces gens-là nous ont consenti une subvention de 17 000 $ pour un

you signed on, you were there. It is amazing what this has done for those individuals who chose it, because one gap was in knowing when and how to take their meds. They came out of the hospital environment, which had a very structured lifestyle, into a boarding house where they would be alone in a room. That entire network was gone. Someone did a disservice to this client population. Is there any data showing we have learned something as a result of what the system did?

programme d'alphabétisation. Il s'agissait d'un programme volontaire, mais dès qu'on y adhérait, donc qu'on avait signé, on en faisait partie. Il est incroyable de voir ce que l'on a fait pour ceux et celles qui ont fait ce choix, parce que nous nous rendu compte qu'un des problèmes tient au fait qu'ils ne savaient pas quand ou comment prendre leurs médicaments. Ils sortaient d'un milieu hospitalier où leur vie était hautement structurée pour se retrouver dans un centre pour itinérants, seuls dans une chambre. Tout leur réseau avait disparu. On a rendu un mauvais service à cette population de clients. Dispose-t-on de données sur ce qu'a fait le système?

I heard you talk about stigma, the lack of appropriate screening, integrated treatment of services and human resources. I heard you talk about a national training agenda, a national home care program. Ms. Bois referred to a national health strategy. Is there any model out there that we can consider and that would lead us to components of these elements that we could put together?

Vous avez parlé de stigmatisation, d'absence de dépistage et de services intégrés et de manque de ressources humaines. Vous avez parlé d'un programme national de formation, d'un programme national de soins à domicile. Mme Bois, elle, a parlé d'une stratégie de santé nationale. Existe-t-il un modèle qui nous indiquerait comment regrouper les éléments dont nous avons besoin?

I did not hear you talk about the justice system and the impact that the justice system has on consumers of mental health, not to say the families who cope with this. There are mental health acts all across the country, except in two provinces, if I recall correctly. If we are going to have a national anything, surely we must have one national piece of legislation — that is, if legislation is indeed necessary.

Je ne vous ai pas entendu parler du système de justice ni de l'effet que celui-ci avait sur les clients des services de santé mentale, ni même sur les familles. Toutes les provinces, à l'exception de deux, si je ne m'abuse, ont adopté des lois sur la santé mentale. Si nous entreprenons quelque chose à l'échelle nationale, nous devrons sans doute adopter une loi nationale en la matière... une telle loi est nécessaire.

At home, if a cop on the beat picks you up for whatever reason, he takes you to the emergency and, depending on how busy they are, you are seen sooner or later. You could have been drunk or overdosed or whatever, but the policeman has to sit with you for however many hours you sit there. There is quite a drain in the justice system. You might be put in a cell with no support system. If we are looking at a national anything, it must include components of the justice system. That is my observation.

Chez moi, quand un policier ramasse quelqu'un dans la rue, pour une raison ou pour une autre, il l'accompagne à la salle d'urgence et, selon le niveau de fréquentation à ce moment-là, la personne est vue plus ou moins vite. Il peut s'agir d'un alcoolique ou d'un drogué ayant fait une surdose, mais le policier reste avec lui, peu importe le temps que cela prend. C'est beaucoup demander à l'appareil de justice. La personne peut aussi se retrouver dans une cellule, sans aucun soutien. Si nous devons entreprendre un projet national, il faudra également inclure l'appareil de justice. C'est ce que je voulais dire.

I always look for solutions when I have problems or challenges in front of me. We talk about integration. Is there a place for this in the new public health agency that we saw the creation of in the Speech from the Throne?

Je cherche toujours des solutions quand je fais face à un problème ou à un défi. Il est question d'intégration. Pensez-vous que nous pourrions faire cela par le truchement de la nouvelle agence de santé publique dont la création a été annoncée dans le Discours du Trône?

Ms. Bois: You are absolutely right. We have perhaps included in our comments — although it was not said as well today — the importance of people who are in the criminal justice system, in fact are dealing with concurrent disorders and are not receiving the service they need. That is very important.

Mme Bois: Vous avez tout à fait raison. Nous avons précisé dans notre document — même si nous ne l'avons pas dit tout à l'heure — qu'il est important de tenir compte des gens qui sont pris en compte par l'appareil de justice criminelle, qui souffrent de troubles simultanés mais qui ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin. C'est un aspect important.

In respect of a national strategy, we would hope that concurrent disorders, the coming together of mental health and addiction, would occur in this national health policy agency.

Pour ce qui est de la stratégie nationale, nous espérons que les troubles simultanés, c'est-à-dire la conjonction chez un même individu de problèmes de santé mentale et de problèmes de toxicomanie, seront également pris en compte par cette agence de santé nationale.

Senator Cook: That is struggling to be born with a number of components. If we can move in there and move with the integration into the community, we will have captured something.

Le sénateur Cook: Nous jonglons avec plusieurs éléments. Si nous pouvons faire quelque chose d'un côté et favoriser l'intégration dans la communauté de l'autre, nous aurons accompli quelque chose.

Ms. Bois: A number of countries such as Australia and the United States have been working on this. Several years age the U.S. they released a major report on co-occurring disorder to their Congress. Britain is doing work and there are models there, including some of the advice in this Canadian document, which could contribute to a strategy within the national health agency.

Mme Bois: Plusieurs pays comme l'Australie et les États-Unis y travaillent. Il y a plusieurs années le Congrès américain a publié un important rapport sur les troubles simultanés. Les Britanniques travaillent sur le sujet et ont retenu certains modèles, notamment grâce aux conseils formulés dans ce document canadien, modèles qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une stratégie au niveau de l'agence nationale de la santé.

The Chairman: Would anyone else like to comment?

Le président: Quelqu'un d'autre veut-il réagir?

Mr. Kelly: Also included in there is what the federation views as to what is needed for a basket of services for a national home care program.

M. Kelly: Il est aussi question ici de la façon dont la fédération envisage ce dont nous avons besoin pour offrir un panier de services dans le cadre d'un programme national de soins à domicile.

Senator Cook: It scared me. There is never a way I could achieve that in my province. The services that are there are in an ideal world; they are not out there in the community.

Le sénateur Cook: Cela me fait peur. Nous ne parviendrons jamais à mettre cela en oeuvre dans ma province. Ces services correspondent à un idéal, mais on ne les offre pas dans la collectivité.

Mr. Kelly: Among the problems faced by mental health and addiction services is that we end up picking and choosing so we never look at the complete person. The client groups are so vulnerable that you should offer a complete basket of services — and we can debate which ones are necessary — and look at the person holistically. That person needs a place to live, a friend, a job. They want to be a productive part of society. We have to look at the whole person and offer a range of services that they need to go forward and to remain functioning in the community.

M. Kelly: Le problème dans le cas des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, c'est que nous faisons sans cesse des choix, si bien que nous n'appréhendons jamais le patient dans sa globalité. Les groupes de clients sont tellement vulnérables, qu'il faudrait leur proposer un véritable panier de services — nous pourrions toujours discuter de ceux qui sont nécessaires — pour envisager la personne de façon globale. La personne a besoin d'un lieu où résider, d'amis, et d'un travail. Elle veut être productive au sein de la société. Nous devons donc l'aborder dans sa globalité et lui offrir toute une gamme de services dont elle a besoin pour progresser et demeurer fonctionnelle au sein de la société.

Senator Cook: When we talk about gaps in the service, we are talking about gaps in the training of nurses, doctors and other allied health professionals. We see a lack of this kind of caring being given or offered to the people who go out to take care of other people.

Le sénateur Cook: Quand nous parlons de hiatus dans le service, nous parlons de problèmes au niveau de la formation des infirmières, des médecins et des autres professionnels de la santé. Par exemple, nous ne nous occupons pas de ceux et de celles qui prennent soin d'autres personnes.

Mr. Kelly: There are huge gaps in training right across the sector. I am sure you can comment more on that. There are giant gaps out into the community.

M. Kelly: Il y a un gros manquement sur le plan de la formation partout dans le secteur. Je suis certain que vous pourriez en dire beaucoup plus long à ce sujet. Il existe des hiatus énormes au sein de la collectivité.

With deinstitutionalization, the main thing that did not happen was a launch of community services. They closed the hospitals and people left them and went into the community without any support. That was our greatest failure and tragedy in the mental health and addiction services. Until we address those and fill in the gaps with supportive housing, health promotion, training, case management, we will be in a vicious cycle.

Malgré la désinstitutionnalisation, les services communautaires n'ont pas décollé. On a fermé des hôpitaux et les gens ont été renvoyés dans leurs collectivités sans soutien. C'est notre plus grand échec sur ce plan et c'est une grande tragédie dans le domaine de la santé mentale et du traitement des toxicomanies. Tant que nous n'aurons pas comblé ces manquements grâce aux logements avec services de soutien, à la promotion de la santé, à la formation et à la gestion de cas, nous demeurerons dans ce cercle vicieux.

Senator Cook: We have two populations out there. We have those who were deinstitutionalized and those who need core group services and who were never institutionalized. Here we are trying to care for the total client population. We must meet the needs of both. How do we achieve that goal?

Le sénateur Cook: Nous nous adressons à deux populations d'individus. Il y a ceux et celles qui ont été désinstitutionnalisés et ceux et celles qui ont besoin de services de base mais qui n'ont jamais été hospitalisés. Ici, nous parlons des soins à offrir à toute la population de clients. Il faut répondre aux besoins des deux catégories. Comment y parvenir?

Mr. Kelly: Both of those groups have similar needs. We must build a system flexible enough to offer a range of services to meet individual needs.

Mr. Skinner: You are raising substantial issues. My vision is of a comprehensive community health care system that can deal with mental health issues as well as general health.

Senator Cook: Would that be through the public health system?

Mr. Skinner: Yes, in the broadest sense, available in every community. As we work with concurrent disorders, we have found some of the best examples of collaboration in the smaller communities — for very reasons that you illustrated in your story. It is a finite enough world that if you can get people making the same assessment of the situation and being willing to work together, they can turn things around quickly.

In larger communities such as Toronto where there are so many pieces you are trying to play with it is harder to make changes happen. We should go to some of these communities. We are doing work in some communities in Ontario to support them in this way.

Broadly, imagine a community care capacity that includes mental health and addictions. That system has a right for support from specialized resources. That is where a place like the Centre for Addiction and Mental Health should be deployed in Ontario. Because of the nature of our environment, we have a lot of expertise. Our challenge should not be whether we can see everybody in Toronto but how to help the community caregivers in Ontario, in the broadest sense, work with their complicated cases. Can we give them the training to make them good primary care workers? Can we support that effort? When they have trouble with the people with whom they are working, because of complexity, can we help them by providing more specialized assessment?

Maybe we have the residential services they need to come in to for a while to be stabilized and re-evaluated. We in the specialized service world should have a dynamic relationship with the community care services. First, however, we need a vision that starts with a really adequate community care response system. It is not about making everyone multi-tasked and multi-skilled, but it is about people having good case management skills and then having resources they can access as they have specialized need. Most people who have these problems can be very well helped by a good responsive community care system.

M. Kelly: Ces deux groupes ont des besoins semblables. Nous devons bâtir un système suffisamment souple pour offrir toute une gamme de services susceptibles de répondre aux besoins des individus.

M. Skinner: Vous soulevez des problèmes de fond. À la façon dont je l'envisage, un système communautaire complet de soins de santé permettrait de s'attaquer aux problèmes de santé mentale et aux problèmes de santé en général.

Le sénateur Cook: Cela se ferait-il par le biais du réseau de santé publique?

M. Skinner: Oui, au sens large du terme, parce que ce réseau est présent dans toutes les collectivités. Dans notre travail sur les troubles simultanés, nous avons constaté que certains des meilleurs exemples de collaboration nous sont donnés dans les petites collectivités — pour toutes les raisons que vous avez vous-même citées dans votre exemple. C'est un monde tellement bien délimité que si l'on parvient à faire en sorte que les gens posent le même verdict à l'analyse d'une situation et se montrent disposés à travailler ensemble, ils obtiendront très vite des résultats.

Dans les villes plus importantes, comme Toronto, où énormément de facteurs interviennent, c'est beaucoup plus difficile d'imposer le changement. Nous devrions nous tourner vers les petites collectivités et nous travaillons d'ailleurs dans certaines en Ontario pour les aider dans leur programme.

Imaginez un système de soins communautaires où l'on traiterait à la fois les maladies mentales et les toxicomanies. Ce système pourrait compter sur des ressources spécialisées. Dans un tel cadre, il faudrait installer partout en Ontario des centres de toxicomanie et de santé mentale. Étant donné la nature du milieu dans lequel nous évoluons, nous connaissons très bien le dossier. La question ne serait pas de savoir s'il est possible d'accueillir tous les gens qui en ont besoin à Toronto, mais de se demander comment aider les fournisseurs de services communautaires ailleurs en Ontario, au sens large du terme, dans le traitement de cas complexes. Peut-on leur offrir la formation qui leur permettra de devenir d'excellents travailleurs de soins primaires? Peut-on soutenir ce genre d'effort? Si ces travailleurs ont de la difficulté avec ceux dont ils s'occupent, à cause de la complexité des cas, pourrons-nous les aider en leur offrant une évaluation plus spécialisée?

Nous pourrions peut-être recourir aux services résidentiels pour accueillir les gens devant être stabilisés et réévalués. Les services spécialisés, comme le nôtre, devraient entretenir une relation dynamique avec les services de soins communautaires. Tout d'abord, nous devrons adopter une vision énonçant ce que doit être véritablement un système de réponse en soins communautaires. Il n'est pas question de faire en sorte que tout le monde soit polyvalent et possède des compétences multiples, mais nous devons pouvoir compter sur des gens présentant d'excellentes compétences en gestion de cas et ayant accès aux ressources dont elles ont besoin répondre à une demande spécialisée. Il est possible d'aider très bien la plupart des gens qui souffrent du genre de problème que nous avons énoncé grâce à un bon système de soins communautaires adapté.

Senator Cook: I do not see a stigma in my community. We have been able to integrate the needs of the consumer into the community because we are a small population. The NGOs make a great contribution both in money and in services to the well-being of that individual.

One is called the Stella Burry Corporation, which is funded by the United Church and run by a community board. It offers shelter housing where the board takes the risk and pays the rent to the landlord — it is now in the process of purchasing. The consumers run the facility. It currently houses about 65 people and it offers a homeless shelter. The NGOs are the lead people in the community.

Is there a role in this national scheme of things if we are to integrate all other aspects of care? We have to look at the social aspect to give the best possible piece of living to the person for whom we care.

Mr. Kelly: A sense of community is the main philosophy behind federation membership. They are all operated by volunteer boards. They do a large amount of fundraising and have led the way in developing some of the unique services in the province in respect of supportive or sheltered housing. Those are the projects that are successful. These groups can document clearly their outcomes.

The problem is that it is a disjointed system because of funding silos, policy decisions, lack of funding, lack of coordination, and lack of integration with some acute services. Sometimes people do need a hospital.

I think the real role here is to help break down some of those silos and encourage the development of community-based services.

Senator Cook: Is there a model out there we might look at for the delivery of the health care for this client population?

Mr. Rush: For this particular group of addictions and mental health, one excellent model would be in the state of Arizona, which has a particularly progressive approach.

Mr. Rush: New York State is another one that might work better for you. Arizona has a requirement, grounded in legislation, that all addiction and mental health services must be capable of serving both populations or they will not receive funding. That is one area.

I would like to comment briefly on a couple of things that you said. I was in Prince Edward Island consulting with the mental health and addiction service providers. They all fit in a room of this size. It was a highly dynamic workshop. I suggested that this idea of integrating mental health and addiction would put them

Le sénateur Cook: Je n'ai pas constaté de stigmatisation, là d'où je viens. Nous sommes parvenus à répondre aux besoins des clients au sein de la communauté, parce que nous sommes une petite population. Les ONG contribuent beaucoup au bien-être des personnes dont nous nous occupons, tant sur le plan financier que sous la forme de services.

Une de ces ONG est la Stella Burry Corporation qui est financée par l'Église unie et par un conseil communautaire. Elle administre un foyer et c'est le conseil qui prend le risque de louer l'espace nécessaire et de payer les loyers, mais il est en train d'en négocier l'achat. Les clients s'occupent des lieux. Actuellement, le foyer d'accueil abrite environ 65 personnes. Ce sont les ONG qui mènent le bal sur le plan des services communautaires.

Si nous voulions intégrer tous les autres volets des soins, y aurait-il un rôle à envisager dans le cadre d'un programme national? Il faut envisager l'aspect social pour offrir de meilleures conditions de vie aux personnes que nous soignons.

M. Kelly: La notion de service communautaire constitue la philosophie principale des organismes membres de la Fédération. Tous sont administrés par des conseils de bénévoles. Ils effectuent d'importantes campagnes de financement et ont ouvert la voie en matière de mise en oeuvre de services à guichet unique dans la province, par le biais de logements supervisés ou de foyers d'accueil. Ces projets ont abouti. Les groupes concernés peuvent prouver les résultats qu'ils ont atteints.

Le problème, c'est que nous avons affaire à un système dysfonctionnel à cause du financement qui est compartimenté, de mauvaises décisions politiques, du manque de fonds, de l'absence de coordination et des défauts d'intégration avec certains services de soins de courte durée. Il est parfois nécessaire d'hospitaliser les gens.

Je crois que le véritable rôle qu'il faut remplir ici consiste à abattre certaines de ces cloisons et à encourager le lancement de services communautaires.

Le sénateur Cook: Existe-t-il un modèle dont nous pourrions nous inspirer pour offrir des soins de santé à cette population de clients?

M. Rush: Pour ce groupe en particulier de personnes souffrant de problèmes de toxicomanie ou de maladie mentale, c'est l'État de l'Arizona qui nous offre le meilleur modèle, parce que son approche est particulièrement progressiste.

M. Rush: Le modèle de l'État de New York fonctionnerait peut-être mieux dans votre cas. En Arizona, la loi exige que tous les services de traitement de toxicomanies et des maladies mentales soient en mesure de servir les deux types de population, sans quoi ils ne sont pas financés. Voilà pour une chose.

Je vais rapidement réagir à deux ou trois choses que vous avez dites. Je suis allé dispenser des conseils à des fournisseurs de services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, à l'Île-du-Prince-Édouard. Quand ils sont tous réunis, on peut les faire rentrer dans une pièce de cette taille. C'était un atelier très

one step ahead because they all know one another. They said that no, it was worse than that — they were related to all the clients. They said that it should work because they knew all the clients.

There is another concrete idea that you might help in respect of a public health agency, which has arisen largely out of the SARS crisis and public health from the perspective of infectious disease. There is a risk in this country that the predominance of infectious disease in the context of public health will overshadow issues such as addictions and mental health, which have a much larger impact on public health. With respect to that one agency, which we do need, there should be a place for addictions and mental health, even if it is just from a prevention point of view.

Senator Fairbairn: Of all the hearings I have attended on this issue I have not felt more frustration and anger than I have listening to what you have said today. The system is clearly a problem. It is common sense that mental health and addictions go together. Is our difficulty in coming together on this as a country as result of the structure of our federal-provincial systems? Is that one of the reasons?

For several years, my husband worked at the Royal Ottawa Hospital, which was initially for psychiatric care but then it became much more than that. It also had a program for young children, and teens with mental problems and/or addictions. It seemed to me that it was building a service, the main purpose of which was to get people back into the community. Of course, the law was such that anyone could leave when they chose to leave. That was when your problem began because there was nothing built before that law to accept the group coming out.

Therefore, I wonder how we get beyond this. More importantly, how do we get beyond this across this country? Provinces choose to install video lottery terminals, VLTs, and gambling programs for revenue purposes. In every small community in my province of Alberta, you no longer have the huge numbers going to Alcoholics Anonymous; they are not going to Gamblers Anonymous. Sometimes they bring them together but not often.

I would like your perspective on my cry of anxiety. I am trying to understand how we can bring all of it to the same table and develop a useful, productive program across this country that will enable these people to receive the help they need and eventually become self-sustaining.

Mr. Rush: I understand the frustration. As we have talked about the distance between these two systems of care and the frustration of the people manoeuvring them, perhaps we have not spoken enough to the walls of the silos that are coming down in many communities and in some provinces — in particular those areas that have gone to regional health authorities. They are bringing addictions and mental health together. B.C. is the most

dynamique. Je leur ai dit que s'ils intégraient les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, ils feraient un grand pas en avant, parce qu'ils se connaissent tous. Ils m'ont dit qu'en fait c'était encore pire que cela, parce qu'ils connaissent tous leurs clients. Ils pensaient que cette formule pouvait fonctionner, parce qu'ils connaissent tous leurs clients.

Il y a une autre idée bien pratique qui se rattache à l'agence de santé publique. Cette idée est principalement née dans le sillage de la crise du SRAS, compte tenu des problèmes auxquels est confronté le réseau de santé publique en présence de maladies infectieuses. Dans ce pays, la prédominance de maladies infectieuses, dans le contexte de la santé publique, pourrait faire passer au second plan des problèmes comme la toxicomanie et la santé mentale qui ont des répercussions beaucoup plus graves sur la santé publique. Il faudrait réserver, dans cette agence dont nous avons besoin, une place aux toxicomanies et à la santé mentale, même si ce n'est que du point de vue de la prévention.

Le sénateur Fairbairn: Depuis que je participe à ces audiences sur la question, je ne me suis jamais sentie aussi frustrée ni courroucée qu'en entendant ce que vous nous avez dit aujourd'hui. La structure du réseau fait problème. Il est logique de penser que la santé mentale et la toxicomanie vont de pair. Si l'on agit différemment est-ce à cause de la structure de nos systèmes fédéraux-provinciaux? Est-ce une des raisons?

Pendant plusieurs années, mon époux a travaillé à l'Hôpital Royal Ottawa qui, à l'origine était destiné à dispenser des soins en psychiatrie, mais qui est devenu beaucoup plus que cela. De mon côté, je m'occupais d'un programme pour les jeunes enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie. J'avais l'impression que nous offrions un véritable service dont le principal objet était de réintégrer les gens dans la société. Certes, à cause de l'état du droit, les gens ne pouvaient pas partir quand ils le voulaient. C'est là que nous nous heurtions au genre de problème que vous avez énoncé, parce que rien n'était prévu dans la loi pour accueillir les patients désinstitutionnalisés.

Comment faire pour nous en sortir? Plus encore, comment faire pour nous en sortir à l'échelle du pays? Les provinces se sont mises à installer des appareils de loterie vidéo et à lancer toute sorte de jeux de hasard pour augmenter leurs recettes. Dans chaque petite ville de ma province de l'Alberta, les gens ne se rendent plus en nombre aux soirées des alcooliques anonymes et ils ne vont plus non plus à celles de joueurs anonymes. Parfois, on regroupe les deux, mais pas souvent.

Que pensez-vous de ma crise d'angoisse? J'essaie de savoir comment nous pourrions rassembler tout le monde autour de la même table pour lancer un programme national utile et productif grâce auquel ces gens-là recevront l'aide dont ils ont besoin et finiront par se suffire à eux-mêmes.

M. Rush: Je comprends votre frustration. J'ai certes parlé de la distance entre les deux systèmes de soins et de la frustration des administrateurs, mais je n'ai peut-être pas suffisamment parlé du fait que les cloisons entre les deux sont en train de s'écrouler dans de nombreuses collectivités et dans certaines provinces — surtout dans les coins où l'on a créé des régies régionales de la santé. Cela permet de regrouper les soins en toxicomanie et en santé mentale.

recent example of that. There is much is happening and we refer to it as from the "bottom up." There is a great deal of enthusiasm within the programs to begin to work better together.

La Colombie-Britannique nous en donne un récent exemple. Beaucoup de choses se passent et, dans ce cas, nous parlons d'initiatives venant de la base. Ceux qui oeuvrent dans le cadre des programmes sont très enthousiasmés par le fait qu'ils commencent à travailler tous ensemble.

They need to hear — and you can tell them — that it is important and a good idea. Show them a mental health strategy for the province and show that addiction has a place in it. They need to see them together. Support them with policies and, if you have the ability, support them with funding.

Il faut leur dire — si vous le pouvez — que cela est important et que c'est une bonne idée. Montrez-leur ce que pourrait être une stratégie de santé mentale pour la province et montrez-leur que la toxicomanie y a sa place. Ces gens-là doivent voir que l'un ne va pas sans l'autre. Aidez-les avec des politiques et, si vous en avez la possibilité, financez-les.

These two separate systems are slowly coming together in this country, as well as in the United States, in Britain and in Australia. Those are probably our four closest models. In some other parts of the world, addictions and mental health are completely integrated, but they have no resources. We have all the resources and we allow them to operate independently. We funded all the hospitals independently. We funded thousands of mental health and addiction services in the communities to operate independently. They have been independent but they need to work more closely together.

Peu à peu, on regroupe ces deux systèmes de soins, au Canada comme aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie. Ce sont sans doute les quatre modèles qui se ressemblent le plus. Dans d'autres parties du monde, les volets toxicomanie et santé mentale sont complètement intégrés, mais ils manquent de ressources. Nous, nous avons toutes les ressources nécessaires et nous leur permettons de fonctionner indépendamment les uns des autres. Nous finançons tous les hôpitaux indépendamment. Nous finançons des milliers de services de toxicomanie et de santé mentale dans les collectivités et nous leur permettons de fonctionner indépendamment les uns des autres. Ils sont indépendants, mais ils doivent davantage collaborer.

With respect to the point about VLTs, I could not agree more with the extent to which government seeks short-term solutions to revenue problems. They found a big one in gambling, which is closely related to substance abuse and other mental health problems. The biggest source of funding for alcohol and drug treatment in most provinces has come from gambling revenue and not from designated addictions funding. Manitoba is the best example of that.

Pour en revenir à ce que vous avez dit au sujet des appareils de loterie vidéo, je suis on ne peut plus d'accord avec vous pour affirmer que les gouvernements cherchent des solutions à court terme pour leurs problèmes de recettes. Ils ont trouvé une excellente solution avec le jeu, qui est très près de la consommation excessive d'alcool ou de drogue et des autres problèmes de santé mentale. Dans la plupart des provinces, la principale source de financement des traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie est constituée par les recettes du jeu et non par des fonds spécialement destinés à financer les cures de désintoxication. Le Manitoba nous en donne le meilleur exemple.

That is a matter of the policies and principles by which some things are funded. Mr. Kelly's suggestion to take a small percentage of tax revenue from alcohol sales and designate it for treatment and prevention is a good one. The same strategy is being used for gambling — although they take in billions and provide little back. The principle is important and it is a good suggestion.

Le financement de certains programmes dépend des politiques en place et des principes appliqués. La suggestion de M. Kelly, qui est de prélever un petit pourcentage des recettes fiscales provenant des ventes d'alcool pour financer des services de traitement et de prévention, est bonne. La même stratégie est actuellement appliquée dans le cas du jeu, bien que les provinces prélèvent des milliards de dollars et n'en réinjectent qu'une faible partie. Le principe est important, et la suggestion est bonne.

Senator Fairbairn: One of the great frustrations I sense is that in our system funding is for many different purposes. Funding is shared with the provinces. However, in this case, how does the federal government rationalize a block of funding to a provincial jurisdiction where a decision has been made to carry on public policy that virtually destroys the lives of its citizens? That is the basis of my frustration and anger. It is extremely troublesome that while we wish to help, but there is a barrier there that makes it very difficult.

Le sénateur Fairbairn: J'ai l'impression qu'une des principales frustrations tient au fait que, dans notre système, le financement sert à des fins multiples. Les budgets de la santé sont partagés avec les provinces et, dans ce cas, comment le gouvernement fédéral pourrait-il réserver une part du financement et la destiner à une province qui aurait décidé d'appliquer une politique publique consistant à détruire quasiment la vie de ses citoyens? C'est pour cela que je me sens frustrée et courroucée. C'est très troublant de constater que nous voulons donner un coup de main, mais que nous nous heurtons à une barrière qui complique grandement les choses.

Mr. Kelly: I share your frustration. It is key that everyone in this room has had a family member or close friend affected by an addiction or mental health or both. One of the greatest difficulties we face as a sector is to find the champions who will come forward and say that enough is enough; and we must begin work to coordinate and address these issues. Sometimes it is referred to as stigma. Sometimes it is closer to the discrimination of people with mental illness and addictions — namely, the blame they get for their diseases.

When Senator Kirby spoke last year at our joint conference between the Centre for Addiction and Mental Health, and the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction, that started the signal that some of the messaging that had been coming from the community for many years is starting to go through. Each of you knows the impact that an addiction or mental health can have, and we, as sectors, and the people who are using or trying to use those services need you to come forward as champions for them.

Senator Fairbairn: God knows we try.

Senator Cordy: I am in the middle of reading a book called *The Tipping Point*, which is interesting when you talk about how things are happening. I am wondering when it will tip over.

I would like to return to the topic of the deinstitutionalization movement. Indeed, it was good in the sense that it gave people dignity and respect to live within the community. When people came into the community, the communities were not ready. I am not sure they are ready now because of problems such as housing, nutrition, education and a whole gamut of things.

In dealing with those things, you are dealing with both federal and provincial jurisdictions. Then, even within provincial jurisdiction, you are dealing with many different departments — housing, community services, health and so on. You have all these little silos or departments that do not want to spend their money if they think another department will do it.

Mr. Kelly, you discussed the need to increase community services, and it should be 80 per cent for the community and 20 per cent for the hospital, which sounds like a good fit considering the policies in place. You said we are nowhere near that.

Mr. Skinner, you talked about the hidden burden and the need for family support. You also mentioned that everyone around the table knows somebody who has been affected by these issues. When we started our study on mental health, we went around the table and everyone said he or she had a relative or friend or whatever. Without committed family support, many of these patients — particularly the high percentage who are in co-morbidity — would either be dead or in jail because they would be living on the street, basically.

M. Kelly: Je partage votre frustration. Il faut se dire que tous ceux et toutes celles qui sont assis dans cette pièce ont un membre de leur famille ou un ami proche qui souffre de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ou des deux en même temps. L'une des principales difficultés auxquelles nous nous heurtons, dans notre secteur, c'est que nous ne trouvons pas de champion qui crie haut et fort qu'il y en a assez et qu'il faut commencer à travailler de façon coordonnée pour régler ce genre de problème. On parle parfois de stigmatisation. Parfois, on en est presque au stade où les malades mentaux et les toxicomanes font l'objet de discrimination, autrement dit on les blâme pour leurs maladies.

Quand le sénateur Kirby a pris la parole, l'année dernière, à l'occasion de notre congrès commun du Centre de toxicomanie et de santé mentale et de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, il nous a indiqué que les messages qui remontent de la base depuis des années sont en train de passer. Vous connaissez tous les répercussions que peuvent avoir les toxicomanies et les maladies mentales et nous nous devons de prendre la parole pour ceux et celles qui utilisent ou essaient d'utiliser les services que nous offrons.

Le sénateur Fairbairn: Dieu sait si nous essayons.

Le sénateur Cordy: Je suis à la moitié d'un livre intitulé *The Tipping Point*, qui est intéressant parce qu'il raconte la façon dont les choses se produisent. Je me demande quand tout va basculer.

J'aimerais revenir sur la question de la désinstitutionnalisation. C'était une bonne chose, en ce sens qu'elle a permis de rendre leur but et le respect à la vie aux gens qui pouvaient rester au sein de leur collectivité. Cependant, quand les patients ont été rendus à leur milieu, ce dernier n'était pas prêt à les accueillir. Je ne suis pas certaine que ce milieu le soit davantage aujourd'hui à cause de problèmes comme le logement, la nutrition, l'éducation et bien d'autres choses.

Dans ce genre de situation, il faut composer à la fois avec le fédéral et avec les provinces. Dans les provinces, il faut composer avec différents ministères, celui du logement, celui des services communautaires, celui de la santé et ainsi de suite. On se heurte donc à toutes ces petites chasses gardées, à des ministères qui ne veulent pas dépenser leur argent quand ils pensent que quelqu'un d'autre va le faire.

Monsieur Kelly, vous avez dit qu'il fallait augmenter la proportion des services communautaires pour la faire passer à 80 p. 100 contre 20 p. 100 pour les hôpitaux, ce qui semble raisonnable étant donné les politiques en place. Cependant, vous avez indiqué que nous sommes très loin du compte.

Monsieur Skinner, vous avez parlé du fardeau caché que ces troubles représentent pour les familles et de la nécessité de leur apporter un soutien. Vous avez dit également que tout le monde autour de la table connaît une personne qui souffre d'une des maladies dont nous avons parlées. Quand nous avons entamé notre étude sur la santé mentale, nous avons fait un tour de table et tout le monde a effectivement déclaré qu'il connaissait un parent, un ami ou un proche atteint d'une telle maladie. Sans le soutien inconditionnel de leurs familles, nombre de ces patients —

surtout ceux, très nombreux, qui constituent des cas de comorbidité — seraient soit morts, soit en prison, parce qu'ils se seraient retrouvés dans la rue.

Dr. Rush, I think you spoke about patients who get frustrated because they have to go through two separate systems when they are trying to be cured, so they opt for early release, even though they may be a danger to themselves. However, because of the patient's rights, he or she is allowed to walk out the door, which is extremely frustrating to a family to see that happening.

Docteur Rush, je pense vous avoir entendu parler des patients qui sont frustrés parce qu'ils doivent passer par deux systèmes quand ils veulent se faire soigner, ce qui les incite à demander un congé anticipé, quitte à mettre leur vie en danger. Cependant, étant donné le droit des patients, ces derniers peuvent quitter les établissements de soins, ce qui est extrêmement frustrant pour leurs familles.

How close are we getting to the 80-20 model and also family support? The families are supporting the patient, but sometimes the families also need support.

Sommes-nous encore loin du modèle 80-20 et des programmes de soutien aux familles? Les familles aident les patients, mais parfois ce sont elles aussi qui ont besoin d'aide.

Mr. Kelly: Depending on the reporting, at this present time in Ontario it is approximately 33 per cent for the community, 65 per cent to 68.6 per cent for the institution sector. That depends on the reporting mechanisms. From the federation's perspective, we do not think we have gotten that far.

M. Kelly: Selon les statistiques en question, la proportion actuelle en Ontario serait d'environ 33 p. 100 pour les services communautaires et 65 à 68,6 p. 100 pour les services institutionnalisés. Cela dépend des mécanismes d'établissement des statistiques. La Fédération estime que nous n'en sommes même pas là.

In discussing that we have to be careful because you can imagine what sort of political will it would take to make that switch. There are much better ways that we can go forward in doing that. For example, if it were by making these investments in the community, we would begin reversing or lessening the increases needed in the acute system, where you would start slowly having the shift coming. In Ontario, it is a $26-billion machine for the health care system. You cannot turn that around in a month or a year. It will be a process.

Nous devons cependant être prudents à cet égard, parce que vous imaginez le genre de volonté politique dont il faudra faire preuve pour réaliser ce changement. Nous pourrions y arriver plus efficacement de bien d'autres façons. Par exemple, si nous réalisions ce genre d'investissement dans les soins communautaires, nous pourrions renverser ou atténuer l'insistance que l'on place sur le système des soins de courte durée pour, peu à peu, commencer à instaurer le changement. En Ontario, le réseau de soins de santé représente 26 milliards de dollars. Il n'est pas possible de régler tout cela en un mois ou une année. Ce sera un long processus.

What we think is a comprehensive strategy to invest in those community services will then start diverting people from using the hospital system, and that will then shift the funding and focus to that sort of split.

Nous envisageons d'appliquer une stratégie globale d'investissement dans les services communautaires pour commencer à détourner les clients du système hospitalier, ce qui, à terme, donnera lieu à un basculement du financement et à une meilleure répartition dans le système.

Senator Cordy: Is there support for families?

Le sénateur Cordy: Avez-vous prévu un soutien pour les familles?

Mr. Skinner: Families in different communities get mobilized to support themselves. The system under-attends to this dimension. At the same time, we speak about the need and the value in community living for people with addiction and mental health problems, but operationalizing that is not just getting the client turned around and out your door, it is also working with families and communities.

M. Skinner: Un peu partout, les familles se mobilisent pour s'entraider. Le système a complètement négligé cet aspect. Nous parlons de la nécessité et des bienfaits de permettre à des malades mentaux et à des toxicomanes de continuer à vivre au sein de leurs collectivités, mais il faut bien se rendre compte que pour y parvenir, il ne suffira pas d'inviter le client à franchir la porte de nos établissements, mais il faudra collaborer avec les familles et les collectivités.

We must have notions of resiliency and health that we extend to families and to communities. Senator Cook from Newfoundland gave a good example of a very healthy community that could do that. We should identify the models that are out there and work with them.

Nous devons appliquer les principes de résilience et de santé aux familles et aux collectivités. Le sénateur Cook, qui est de Terre-Neuve, nous a cité le bon exemple d'une collectivité très saine, apte à faire cela. Nous devrions recenser les modèles actuellement en place et collaborer avec les gens sur le terrain.

We are now involved in a project around family support, trying to set up support groups and information materials for family members who are affected by concurrent disorders. We are hoping it is something we can provide more broadly after evaluating it.

Nous sommes en train de travailler sur un projet de soutien aux familles dans le cadre duquel nous essayons de mettre sur pied des groupes d'appui et de préparer des documents d'information à l'intention des familles dont un membre souffre de troubles simultanés. Nous espérons pouvoir diffuser l'information à ce sujet après l'avoir évaluée.

It is one of the missing links in all this. If we want to succeed at what we are talking about, we have to go there. It is two-sided. One is to see the family as suffering in its own way but also to see the family as part of the solution because the more resilient and committed the family is, the better the effect for the individual.

C'est un des chaînons manquant du processus. Pour réussir dans ce dont nous venons de parler, nous devrons appliquer cette solution. Il faut agir sur les deux plans. Il faut d'abord considérer que les familles souffrent, mais il faut aussi se dire qu'elles font partie de la solution parce que plus la famille est résiliente et engagée, plus il sera facile d'obtenir des résultats au niveau du patient.

In working with groups of family members who stayed loyal to somebody with a severe mental illness and addiction, I have learned that these people also felt abandoned. They talk about how they have been abandoned by other family members — not just the person who has the illness, but also their families, their neighbourhoods and communities are stigmatizing them for staying loyal to somebody who has a severe, persistent mental illness and addiction. They deserve the greatest respect. When people are willing to make that kind of commitment, we have to join with them and help them stay strong.

Au contact de groupes composés de parents demeurés loyaux à un membre de la famille malade mental ou toxicomane lourd, je me suis rendu compte que ces gens-là aussi se sentent abandonnés. Ils parlent de la façon dont ils ont été abandonnés par les autres membres de la famille, pas simplement le malade, mais aussi les membres de la famille, le voisinage et la collectivité les stigmatisent pour avoir été loyaux envers une personne souffrant d'une maladie mentale ou d'un problème de toxicomanie graves et persistants. Elles méritent notre plus grand respect. Nous nous devons de faire bloc avec ceux et celles qui sont prêts à prendre ce genre d'engagement et nous devons les aider à demeurer forts.

Senator Cordy: I would like to switch to the need for training, which you have all talked about. I think Mr. Skinner said there is a need for a national training agenda, which could possibly be an area in which the federal government could help to develop skills.

Le sénateur Cordy: Passons à la formation nécessaire dont vous avez parlé. C'est M. Skinner, je pense, qui a évoqué la nécessité d'administrer un programme national de formation, domaine dans lequel le gouvernement fédéral pourrait intervenir pour contribuer au perfectionnement des compétences.

That is good if people are already in the field, but what about encouraging professional schools? Could medical schools and social workers be encouraged, because they are the front-line people? You gave examples of the patients going to the hospital, and it is the front-line doctors and nurses who see them initially who may not be diagnosing the co-morbidity.

C'est bien dans le cas de ceux et de celles qui travaillent déjà dans le domaine, mais comment encourager les écoles professionnelles? Pourrait-on encourager les écoles de médecine et les travailleurs sociaux, parce que ce sont ces gens-là qui se retrouvent en première ligne? Vous avez parlé des patients qui vont à l'hôpital et des médecins et infirmiers et infirmières qui les voient en premier lieu et qui peuvent ne pas diagnostiquer leur comorbidité.

Mr. Rush: We have made a lot of progress in the last decade in getting alcohol and drugs on the medical curriculum for the standard education of physicians and nurses in Ontario. However, that does not include the co-morbidity. That is on our list.

M. Rush: Nous avons réalisé beaucoup de progrès au cours des 10 dernières années pour faire inscrire l'alcoolisme et la toxicomanie dans les programmes des écoles de médecine et des soins infirmiers en Ontario. Cependant, il n'est pas question de comorbidité. Nous envisageons de la faire ajouter plus tard.

We have two separate systems for training social workers to work in mental health and addictions. They separate off early. One of our recommendations in the national reporting on this issue was to be supporting and encouraging the universities and community colleges in Canada to focus on training in both these areas.

Nous disposons de deux systèmes distincts de formation des travailleurs sociaux qui oeuvrent au contact des malades mentaux et des toxicomanes. Le choix entre les deux intervient tôt au début du cursus. Au sujet du système national d'enregistrement, nous avons recommandé d'appuyer et d'encourager les universités et les collèges communautaires à insister sur ce genre de formation dans les deux domaines.

Senator Cordy: Police academies could be brought into the mix also because oftentimes they would be finding people on the street.

Le sénateur Cordy: Les instituts de police pourraient également être visés par ces dispositions, parce que ce sont souvent les policiers qui ramassent les gens dans la rue.

Mr. Kelly: A whole human resource strategy is needed for the field.

Senator Callbeck: I have a couple of questions in respect of Mr. Kelly's presentation. You talked about the history in Ontario, the services being integrated and not integrated, and I think that happened a couple of times. I believe you are now integrated with separate budgets.

When was the last time you were integrated, and why were the services separated?

Mr. Skinner: We could all speculate a little bit. My version is that the addiction system felt it was the weaker sibling in that arrangement and part of its agenda needed to be separated out and be championed on its own. There were some advances, because of that, over the late eighties and through the nineties. It is much like a dialectic, where things swing back and forth and evolve historically. I would argue that some good things have been accomplished by it.

However, we are now at this point of realizing that there is more to be had through integration and collaboration. I think the addiction system is probably a bit stronger and more cohesive and able to engage in that kind of dialogue with the mental health system than it was back then.

The two have very different world views. There are different types of personnel. People in mental health typically have professional education in a health science. Many people in addiction are there because of their own recovery. Those are not trivial differences.

As Ontario regionalizes people are realizing that in many cases both systems are working with the same people but applying different lenses to them. For particularly the more difficult-to-help clients, we are not getting the kind of good outcomes that we want. Perhaps pulling the resources together in the next stage of this historical development is an important thing to be engaging in.

Ms. Bois: That is a good overview. Historically, the mental health and addictions fields came from very different backgrounds. The addictions grew out of the self-help movement, the non-medical side; the mental health area from the medical side. They viewed each other with suspicion for those reasons.

I want to add one further comment about Arizona. Mr. Skinner and I took an opportunity to visit with them. When I first spoke to them on the phone, I asked why they came together. The person to whom I was speaking said, "I was responsible for mental health; the person responsible for addictions at the state was just down the hall for me. We got together and agreed that we had to work together." Ultimately, the size of the bureaucracy and the cooperation and collaboration assisted that. When you get into larger bureaucracies, it allows people to be more separate.

M. Kelly: Il faut mettre en oeuvre toute une stratégie de ressources humaines dans ce domaine.

Le sénateur Callbeck: J'ai deux questions qui concernent l'exposé de M. Kelly. Vous avez parlé de ce qui s'est passé en Ontario, du fait que les services ont d'abord été intégrés, puis défusionnés et que cela s'est produit deux fois. J'imagine que vous êtes maintenant intégrés et que vous recevez des budgets distincts.

Quand avez-vous été fusionné pour la dernière fois et pourquoi les services avaient-ils été séparés?

M. Skinner: Nous pourrions toujours spéculer. Je crois que le réseau de traitement des toxicomanies s'est vu comme le parent pauvre de cet accord et que, pour réaliser une partie de ce qu'il voulait faire, il devait se séparer de l'autre et se charger de sa propre promotion. Certains progrès ont été réalisés grâce à cela, à partir de la fin des années 80 et durant les années 90. Tout cela est très dialectique, les choses vont et viennent et elles évoluent dans le temps. Personnellement, je prétends qu'il en est sorti du bon.

Il demeure qu'à l'heure où nous nous rendons compte qu'il y a beaucoup plus à gagner par l'intégration et la collaboration, j'estime que le réseau de traitement des toxicomanies est sans doute plus fort, plus cohérent et plus apte qu'auparavant à dialoguer avec le système de santé mentale.

Les deux systèmes n'ont pas la même vision. Le personnel n'est pas le même non plus. Ceux qui travaillent dans le domaine de la santé mentale ont fait des études en science de la santé et sont des professionnels. La plupart de ceux qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie sont eux-mêmes d'anciens toxicomanes. Ce n'est pas une mince différence.

À l'heure où l'on régionalise en Ontario, les gens se rendent compte que, dans bien des cas, les systèmes font appel aux mêmes personnes mais qu'ils appliquent des styles très différents. Dans le cas des clients les plus difficiles à traiter, nous n'obtenons pas le genre de résultat qui nous intéresse. Il est peut-être important, dans l'évolution historique des choses, de participer au regroupement des ressources qui s'annonce.

Mme Bois: Voilà un excellent aperçu. Historiquement, les domaines de la santé mentale et des toxicomanies ont des racines très différentes. Celui de la toxicomanie est issu du mouvement d'entraide, il n'a pas un caractère médical, tandis que le domaine de la santé mentale émane du secteur médical. C'est pour ces raisons qu'ils se méfient l'un de l'autre.

J'ajouterai une remarque au sujet de l'Arizona. M. Skinner et moi-même avons eu l'occasion de nous rendre dans cet État. Quand je me suis d'abord entretenu avec un de nos interlocuteurs au téléphone, je lui ai demandé pourquoi ils s'étaient regroupés. Il m'a dit qu'il était chargé de la santé mentale dans cet État et que la personne responsable des toxicomanies avait son bureau du bout du couloir. Ils se sont rencontrés et se sont dit qu'ils devraient travailler ensemble. Tout contribuait à leur décision: la taille de la bureaucratie, la collaboration entre les systèmes et la coopération. Quand les bureaucraties sont importantes, il est plus facile de créer des services distincts.

Mr. Rush: Regarding the comment about the mental health system and the addiction system having their own respective evolutions, they were once together back when we first developed the big psychiatric institutions. Most alcohol and drug services were in places like the Homewood Sanatorium and the big insane asylums in the late 1800s and the early 1900s.

With the power of the AA movement, the self-help movement and some addiction services advocating for a broader health perspective on addictions, this system began to distance itself from the medical community while the mental health system kept much closer ties.

The opposite then began to happen. There began to develop the professionalization of addictions treatment. We now have a real mix of personnel and a mix of programs. Multiple perspectives evolved as the addictions system became more "professionalized" — I use that word carefully. The mental health system, which was so closely linked to psychiatry and hospitals, has gradually moved towards a powerful consumer movement and a very powerful family movement and towards a tradition of self-help. They are gradually coming together. These things are breaking down, but it is taking time.

Senator Callbeck: I have a question on this proposal for generating new revenue. What has been the reaction of the Ontario government to that?

Mr. Kelly: There has not been any official reaction from the Ontario government. I think they have looked at this as a potential to address some of the chronic issues in the addictions sector in times of deficit restraint. We know there is a precedent with problem gambling dollars. This proposal has been presented on budget submissions and it has been sent to every MPP within the province and right across the senior civil service, but there has been no official response.

Senator Morin: They are opposed to dedicated taxes. They never liked that.

Mr. Kelly: That is right. That is probably part of it right there.

The Chairman: I know we kept you longer than we intended. I thank you for coming.

May I say, Mr. Rush, as you gave a summary of the history, you have detected among my colleagues a huge degree of frustration — I think "anger" was the word Senator Cook used — in the sense that if you are looking at this system from the outside you conclude that, first, it is not the system. The second conclusion is that you say, "How can rational

M. Rush: Pour en revenir sur la question du système de santé mentale et du système de traitement des toxicomanies qui ont suivi leur propre évolution, ils ont été ensemble à un moment donné, quand nous avons créé les grands établissements psychiatriques. La plupart des services de désintoxication d'alcoolisme et de drogue existaient alors comme le sanatorium de Homewood et les grands asiles d'aliénés qu'on trouvait à la fin des années 1800 et au début des années 1900.

Sous l'impulsion du mouvement AA, du mouvement d'entraide et de certains services de désintoxication qui prônaient l'adoption d'un point de vue sanitaire plus généreux en matière de toxicomanie, le système a commencé à se distancer du milieu médical tandis que le réseau de santé mentale a conservé des liens plus étroits avec lui.

Puis, l'inverse a commencé à se produire. On a commencé à professionnaliser le secteur de la désintoxication. On trouve maintenant un assortiment de personnel et de programmes. Des points de vue multiples ont évolué pendant que le système de toxicomanie se «professionnalisait» — et j'utilise ce terme avec soin. Le système de santé mentale, qui avait entretenu des liens très étroits avec le domaine de la psychiatrie et les hôpitaux, s'est graduellement transformé en un puissant mouvement de consommateurs et en un puissant mouvement de familles pour adopter de plus en plus une tradition d'entraide. Les deux systèmes se rapprochent graduellement. Les barrières sont en train de tomber, mais il faut du temps.

Le sénateur Callbeck: J'ai une question à vous poser au sujet de votre proposition pour obtenir de nouvelles recettes. Comment a réagi le gouvernement de l'Ontario à cette proposition?

M. Kelly: Le gouvernement de l'Ontario ne nous a fait part d'aucune réaction officielle. Il doit se dire que c'est une solution possible pour régler certains des problèmes chroniques qui affligent le secteur des toxicomanies à une époque de contraintes budgétaires. Il y a bien sûr un précédent avec les taxes recueillies sur les jeux de hasard. Nous avons fait cette proposition dans le cadre des consultations budgétaires et nous l'avons envoyée à tous les députés provinciaux et à tous les hauts fonctionnaires, mais nous n'avons pas reçu de réponse officielle.

Le sénateur Morin: Les gouvernements sont contre l'idée de prélever des impôts ciblés. Ils n'aiment pas ça.

M. Kelly: C'est vrai. C'est sans doute une partie de l'explication dans ce cas.

Le président: Je me rends compte que nous avons retenu plus longtemps que nous l'aurions voulu et je vous remercie de vous être rendus à notre invitation.

Monsieur Rush, vous vous êtes sans doute rendu compte, quand vous nous avez fait votre historique de la situation, que mes collègues semblaient particulièrement frustrés — je pense même que le sénateur Cook a dit qu'elle était «courroucée» — parce que, en un sens, quand on songe à ce système vu de l'extérieur, on se rend compte que ce n'est pas seulement le

people not operate a system that is somewhat more rational than this one?" Please take our frustration as frustration of policy people trying to deal with a problem.

On that note, let me leave a question that I would like you to think about as individuals — not as part of Mr. Kelly's official position or your position at CAMH. If we were ultimately to end up recommending two, three, four or five things, could you think about it for a while and, sometime in the next few months, send us a note as to what they would be?

Mr. Rush: We would be pleased to do that.

The Chairman: I am not interested in having it filtered by your organizations because then I get the lowest common denominator. I am interested in your positions as individuals working in the field.

Thank you for coming here.

The committee adjourned.

système qu'il faut blâmer. Deuxièmement, on en arrive à se demander pourquoi les gens logiques n'appliquent pas un système plus logique que celui-là. Comprenez que notre frustration est celle de décideurs qui essaient de régler un problème.

Sur ce, je vais vous adresser une dernière question à laquelle j'aimerais que vous réfléchissiez en tant que particulier, plutôt que dans vos rôles officiels, comme celui de M. Kelly, ou dans vos fonctions au CTSM. Si nous finissions par formuler deux, trois, quatre ou cinq recommandations, pourriez-vous, dans les prochains mois, réfléchir à ce qu'elles devraient être et nous envoyer un petit mot pour nous faire partager le fruit de vos réflexions?

M. Rush: Nous en serions heureux.

Le président: Je ne veux pas que ces points de vue soient filtrés par vos organisations respectives, parce que vos propositions correspondraient au plus petit dénominateur commun. Je veux avoir votre avis de particuliers qui travaillent dans ce domaine.

Merci de votre visite.

La séance est levée.

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 7:00 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: Hello, I am Mike Kirby, the chair of Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Thank you very much for coming for this teleconference. I know you have been told about the study that we are undertaking. We are in the relatively early stages of it.

In addition to talking to a wide number of Canadian groups, we have selected four countries to understand what they have done. We have selected New Zealand because we have heard such very positive comments on many of the changes that you have made in the last decade or so. We are interested in trying to learn as much as we can to see if we can implement some of your ideas here. There is no sense in reinventing the wheel.

I will tell you in advance that we are beginning way behind you. We do not have, nor have we ever had, a national mental health policy in Canada. There is no national mental health legislation. Although some of the provinces have mental health acts, they are substantially outdated. The notion that we are to begin to look at mental health and addiction as part of the

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004

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

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

[*Traduction*]

Le président: Bonjour, je suis Mike Kirby, président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Je vous remercie d'être venus pour cette téléconférence. Je sais que vous êtes au courant de l'étude que nous entreprenons. Nous en sommes encore aux premiers stades.

À part nos entretiens avec un grand nombre de groupes canadiens, nous avons choisi quatre pays dont nous voulons étudier les réalisations. Nous avons choisi la Nouvelle-Zélande à cause des commentaires très positifs que nous avons entendus sur beaucoup des changements que vous avez faits ces dix dernières années. Nous souhaitons en apprendre le plus possible afin de déterminer si nous pouvons adopter certaines de vos idées chez nous. En effet, il serait insensé de chercher à réinventer la roue.

Je tiens à vous dire d'entrée de jeu que nous sommes actuellement très loin derrière vous. Nous n'avons pas et n'avons jamais eu une politique nationale de santé mentale au Canada. Nous n'avons pas de lois nationales régissant ce domaine. Certaines de nos provinces ont de telles lois, mais elles sont, dans une grande mesure, périmées. Beaucoup de gens, dans

overall health care system is a concept that many people in the health care sector would agree is needed. Frankly, governments have been way behind in taking action in this field, which is not to say that we do not have some form of mental health system. Obviously, we do.

However, there is no national coordination or national policy. The policy at each of the individual provincial levels varies extraordinarily across the country. It varies enough that interprovincial data comparisons of systems performance are just not possible.

We are very much at the embryonic stages. We are only starting a process of determining how to attack the mental health and addiction problems from the perspective of the national government. I give that as background so that you understand either the complexity or the simplicity of the problem we are dealing with. The problem is complex but where we are is extremely simple because we are nowhere.

We are delighted that you have taken the time to be with us. It has been suggested that Ms. Wilson, the deputy director general, make an opening statement or series of opening comments. Ms. Wilson, please introduce for our record introduce your colleagues. If they want to make some additional opening comments also, that is fine.

We will then turn to a series of questions.

Ms. Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health, Government of New Zealand: Honourable senators, thank you for asking to meet with us. We are honoured that you have asked us to engage in this dialogue. As you know, we are a much smaller country than you are and our systems are somewhat different. It will be a very interesting interchange with about what we are doing and determine what you are doing and what your challenges are.

I will ask my colleagues to introduce themselves and speak about their role.

Mr. David Chaplow, Director and Chief Adviser of Mental Health, Government of New Zealand: Honourable senators, the core part of my work is to administer the Mental Health Act and some three or four other acts on behalf of the government and to be a conduit between the sector and the government.

Ms. Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health, Government of New Zealand: I am principally concerned with the use of information in terms of informing monitoring progress, service development. I also look at integration of services using information sets.

Ms. Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health, Government of New Zealand: Some of the portfolio areas that fall under my section cover more than indigenous issues; they cover

le secteur de la santé, conviennent qu'il est nécessaire de commencer à examiner la santé mentale et la toxicomanie dans le cadre de l'ensemble de notre système de soins de santé. Pour être franc, je dirais que les gouvernements ont pris beaucoup de retard dans ce domaine. Bien sûr, cela ne veut pas dire que nous n'avons aucune forme de système de santé mentale. Il est évident que nous en avons un.

Toutefois, nous n'avons ni politique nationale ni coordination nationale. Les politiques provinciales varient énormément d'une province à l'autre. En fait, ces politiques sont tellement différentes qu'il n'est même pas possible de faire des comparaisons entre les données provinciales de rendement.

Notre étude en est encore au stade embryonnaire. Nous venons tout juste de commencer à essayer de trouver des moyens de nous attaquer aux problèmes de la santé mentale et de la toxicomanie dans une perspective nationale. Je tenais à vous donner une idée générale de la situation pour que vous puissiez comprendre à la fois la complexité et la simplicité du problème auquel nous sommes confrontés. Le problème est complexe, mais notre situation est extrêmement simple à saisir car nous n'avons encore rien fait.

Nous sommes très heureux que vous ayez pu trouver le temps de nous parler. On nous a dit que Mme Wilson, directrice générale adjointe, présenterait un exposé ou une série d'observations préliminaires. Madame Wilson, auriez-vous l'obligeance de nous présenter vos collègues aux fins de notre compte rendu? S'ils souhaitent aussi présenter des exposés préliminaires, nous sommes prêts à les entendre.

Nous aurons ensuite une période de questions.

Mme Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction de la santé mentale, ministère de la Santé, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Honorables sénateurs, je vous remercie de nous avoir demandé cet entretien. C'est un honneur pour nous. Comme vous le savez, notre pays est bien plus petit que le vôtre et nos systèmes sont assez différents. Ce sera très intéressant de discuter avec vous de ce que nous faisons, de ce que vous faites et des problèmes que vous avez à affronter.

Je demande à mes collègues de se présenter et de parler de leur rôle.

M. David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Honorables sénateurs, l'essentiel de mon travail consiste à administrer, au nom du gouvernement, la Loi sur la santé mentale ainsi que trois ou quatre autres mesures législatives et d'assurer la liaison entre le secteur et le gouvernement.

Mme Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Je m'occupe principalement de l'utilisation des données pour informer, suivre les progrès et concevoir des services. J'examine également l'intégration des services au moyen d'ensembles de données.

Mme Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Certains des secteurs qui relèvent de mon service vont au-delà des questions

issues such as alcohol and other drugs. On July 1, we also incorporated problem gambling services to the addictions string that we are looking at and data on forensic services.

All of us at this table are involved in workforce development as well. Those are some of the key areas on which the team that I manage focus.

The Chairman: Please proceed, Ms. Wilson.

Ms. Wilson: I did wonder whether you might find it useful to look at our presentation. We have done a number of presentations internationally on the New Zealand mental health system.

The Chairman: Yes, we would.

Ms. Wilson: I am quite happy to start. I understand that the technical people have managed to get it sent to you so you will be able to see it as we go along. We will stop from time to time just so that you can ask questions.

I will start with the configuration of New Zealand and provide some of our demographics and explain the health structure because you need to understand the context to make any sense of the mental health policy environment.

You probably know that there are four million New Zealanders. We have 10 times more sheep in our country than people. About 75 per cent of the country is urban and the rest is rural. About 80 per cent of the population is European, mostly as a result of immigration from the U.K. That is much the same as Canada, I expect. About 15 per cent of our population are indigenous Maori, about 6 to 7 per cent are from the Pacific islands and about 5 per cent are Asian immigrants. That is our demography.

Our Parliament is fairly similar to that of the United Kingdom. We are based on the British system, except that we have proportional representation form of government. We have a mixed member party with a three-year cycle of government. Our economy is predominantly agricultural based. Our GDP growth was about 3.2 per cent compared with the OECD average of 1.3 per cent. Our unemployment rate is currently running at about 4.7 per cent.

We have had a universal health system since about 1938. It is a bit like the National Health Service in the U.K. Canada has a universal kind of national insurance system so it is different from your system in respect of funding.

However, our system is not totally funded. There are some co-payments for pharmaceuticals, laboratory pharmacology, radiology, et cetera. The only difference to the United Kingdom is that the primary health care system has not been universally covered but has had targeted funding on the basis of income and on chronic illness. Last year, or the year before, a primary health

aborigènes, s'étendant à des problèmes tels que l'alcool et la drogue. Depuis le 1er juillet, nous nous occupons également des problèmes de jeu, dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie, ainsi que des données relatives aux services médico-légaux.

Toutes les personnes présentes s'occupent en outre de développement de la main-d'œuvre. Ce sont là quelques-uns des principaux secteurs d'activité de l'équipe que je dirige.

Le président: Veuillez poursuivre, madame Wilson.

Mme Wilson: Je me demandais si vous trouveriez utile de voir notre présentation. Nous avons fait un certain nombre de présentations internationales sur le système de santé mentale de la Nouvelle-Zélande.

Le président: Oui, bien sûr.

Mme Wilson: Je suis très heureuse de commencer. Je crois savoir que notre personnel technique vous a transmis la présentation et que vous pourrez donc la suivre au fur et à mesure. Nous nous arrêterons de temps en temps pour vous permettre de poser des questions.

Je vous parlerai d'abord de la structure de la Nouvelle-Zélande, puis je vous présenterai quelques données démographiques et vous expliquerai l'organisation de notre système de santé, car vous devez comprendre le contexte général pour vous faire une idée de l'environnement dans lequel nous appliquons notre politique de santé mentale.

Vous savez probablement que nous avons une population de 4 millions d'habitants. Nous avons en fait dans notre pays dix fois plus de moutons que d'habitants. La Nouvelle-Zélande est à 75 p. 100 urbaine et à 25 p. 100 rurale. Près de 80 p. 100 de la population est d'origine européenne, surtout par suite de l'immigration en provenance du Royaume-Uni. Je crois que la situation est à peu près la même au Canada. Quelque 15 p. 100 de notre population est composée d'aborigènes maoris, 6 à 7 p. 100 viennent des îles du Pacifique et près de 5 p. 100 sont d'origine asiatique. Voilà pour la démographie.

Notre Parlement est assez semblable à celui du Royaume-Uni. Notre système de gouvernement se base sur le modèle britannique, sauf que nous avons la représentation proportionnelle. Nous avons un système électoral mixte avec des cycles de trois ans. Notre économie est essentiellement agricole. Le taux de croissance de notre PIB a atteint environ 3,2 p. 100, par rapport à une moyenne 1,3 p. 100 pour les pays de l'OCDE. Notre taux de chômage se situe actuellement aux alentours de 4,7 p. 100.

Nous avons un système de santé universel, assez semblable à celui du Royaume-Uni, depuis 1938. Le Canada a un système universel d'assurance-maladie, qui diffère donc du nôtre sur le plan du financement.

Toutefois, notre système n'est pas intégralement financé. Les patients ont à verser une quote-part pour les médicaments, les frais de laboratoire, les radiographies, et cetera. La seule différence par rapport au Royaume-Uni est que les soins de santé primaires ne sont pas universellement couverts. Ils font l'objet d'un financement ciblé fondé sur le revenu et les maladies

care strategy was launched that progressively over the next five to 10 years build up that universal payment until it covers about 80 per cent of the population.

These new primary health care organizations will eventually cover 80 per cent of the population. This is important because we have not had good mental health coverage in the primary health care sector. In that respect, we are different from some other countries. We have had a significant amount of development in the secondary or specialist area of mental health care delivery but not necessarily in the primary health care sector. We also have a special kind of no-fault accident compensation scheme that is public funded and covers accident and trauma. It covers mental illness where it is associated with a physical accident or trauma.

Our total Vote Health is about 8 per cent of GDP. That is a kind of comparison but I do not have the Canadian data here because this was done for another purpose. I will quickly go through that. That figure is used when we compare ours with yours on this graph.

We have had a decade of health reform. Currently, our system has a central ministry of health. Our health care is funded through 21 district health boards that also provide a significant quantity of hospital and community services. This is based on a health and disability strategy and, as I said, on a primary care strategy. The majority of the district health board members are elected by their local communities every three years. Most of our mental health services are either organized or funded through these district health boards.

We have little private practice in New Zealand. Our first national mental health strategy was launched in 1994 and we are currently in the process of doing the second 10-year plan for that. As a result of deinstitutionalization in the last decade, we have no stand-alone psychiatric hospitals. Rather, we have a total community-based health care delivery.

We have an organization called the Mental Health Commission, which was formed after a major inquiry in 1996. It is an independent body appointed by government to actually monitor mental health and, particularly, to monitor the implementation of the strategy — the progression and the development of mental health service delivery. To date, our strategy has been focused on about 3 per cent of the population who, as you may know from epidemiology studies, have the most severe illness.

By the early 1990s we had 10 stand-alone psychiatric hospitals. We have had quite rapid growth — particularly of community mental health services. We have now moved to a much more comprehensive range of services based in general hospitals and in

chroniques. L'année dernière ou la précédente, nous avons mis en œuvre une stratégie de soins primaires qui permettra d'étendre progressivement les paiements universels, d'ici cinq à dix ans, à près de 80 p. 100 de la population.

Comme je viens de le dire donc, les nouveaux organismes de soins de santé primaires en viendront avec le temps à s'occuper de 80 p. 100 de la population. Cela est important car la couverture de la santé mentale dans le secteur des soins primaires n'était pas très bonne. À cet égard, nous nous distinguons de certains autres pays. Nous avons réalisé des progrès sensibles dans le secteur secondaire ou spécialisé de la santé mentale, mais pas nécessairement dans le secteur des soins primaires. Nous avons également un régime d'indemnisation hors-faute à financement public qui couvre les accidents et les traumatismes. Le régime s'applique à la santé mentale si les troubles sont liés à un accident ou à un traumatisme.

Les crédits totaux consacrés à la santé s'élèvent à environ 8 p. 100 du PIB. Je mentionne ce chiffre à des fins de comparaison, mais je ne dispose pas des données canadiennes, car nos données ont été calculées à d'autres fins. Je vais passer rapidement sur cette question. Ce chiffre est utilisé dans la comparaison de notre système avec le vôtre sur ce graphique.

Nous avons eu une décennie de réforme dans le domaine de la santé. À l'heure actuelle, notre système comprend un ministère central de la Santé. Notre système de soins est financé par l'entremise de 21 commissions de district qui offrent aussi d'importants services hospitaliers et communautaires. Cela se base sur une stratégie de santé et d'invalidité et, comme je l'ai dit, sur une stratégie de soins primaires. La majorité des membres des commissions de santé de district sont élus par la collectivité locale tous les trois ans. La plupart de nos services de santé mentale sont organisés ou financés par l'entremise de ces commissions de district.

Nous n'avons que peu de cabinets privés en Nouvelle-Zélande. Notre première stratégie nationale de santé mentale remonte à 1994. Nous travaillons actuellement à notre deuxième plan décennal. Par suite de la désinstitutionnalisation de la dernière décennie, nous n'avons plus d'hôpitaux psychiatriques autonomes. Nous avons plutôt des services de santé entièrement communautaires.

Nous avons un organisme nommé Commission de la santé mentale, qui a été formé après une importante enquête menée en 1996. C'est un organisme indépendant nommé par le gouvernement pour surveiller la santé mentale et, plus particulièrement, la mise en œuvre de la stratégie ainsi que la progression et le développement des services de santé mentale. Jusqu'ici, notre stratégie était concentrée sur les 3 p. 100 de la population qui, d'après les études épidémiologiques, souffrent des troubles les plus graves.

Au début des années 90, nous avions 10 hôpitaux psychiatriques autonomes. Nous avons connu une croissance assez rapide, surtout dans le domaine des services communautaires de santé mentale. Nous avons maintenant une

the community with a large non-government sector — predominantly non-profit — that provides much of the community support and residential services in the community.

I am showing the committee a diagram of our position. The ministry has the oversight for policy regulation and monitoring. District health boards are responsible for funding and delivery and also for funding primary health care and the NGO community. The Mental Health Commission monitors all of us.

Of interest to the committee is that since 1993 we have had an increase in funding for mental health services of close to 150 per cent. That figure is discounted for inflation, et cetera. We have had a commitment from the current government to continue the funding stream at this rate until at least 2007 because we have not yet completed all of the reform agenda.

Mental health funding is split such that about 70 per cent is spent on community services, which also include the NGO component, and about 30 per cent on in-patient services. That tells you something about the strategies and plans that we developed through the 1990s, including for Maori health, for child and youth, alcohol and other drugs, and workforce development.

The strategy in 1994 was predominantly focused on deinstitutionalization so that people were moved out of the large institutions to change the way of mental health care delivery. There was very active participation of consumers and families in this drive. The next graph shows senators how the number of beds in New Zealand has declined from the 1970s, with a faster rate of decline through the 1990s. It has steadied off now because we have a reasonable balance of in-patient hospital beds, residential beds in the community, and other community services.

I wonder whether it might be best to just stop there for the moment as this might be a good point for a bit of an interchange.

The Chairman: Ms. Wilson, you started your first national strategy in 1994. What were the motivating political or public factors? There must have been a trigger, or set of triggers, that prompted the development of a national policy. This may sound simplistic, but what put it on the national agenda? It has not made it to the national agenda in Canada, yet.

Ms. Wilson: People had been moving patients out of psychiatric hospitals slowly for some years. There was growing concern in the community and at the government level that there was no policy framework in place to guide this. It was being pushed along by strong providers, psychiatrists, nurses, consumers and a growing consumer movement. Although it was by and large being done relatively well, it was not being supported financially, nor was there any formal structure. Of course, there was some anxiety in the community about people leaving

gamme beaucoup plus étendue de services, qui sont dispensés dans les hôpitaux généraux et dans la collectivité. L'important secteur non gouvernemental, essentiellement sans but lucratif, assure une grande partie des services communautaires de soutien et des services résidentiels dans la collectivité.

Ce diagramme représente notre situation. Le ministère s'occupe des politiques, de la réglementation et de la surveillance. Les commissions de santé de district sont chargées du financement et de la prestation des services ainsi que du financement des soins primaires et de la communauté des ONG. La Commission de la santé mentale surveille le tout.

Depuis 1993, le financement des services de santé mentale a augmenté de près de 150 p. 100. Ce chiffre tient compte de l'inflation et d'autres facteurs. Le gouvernement actuel s'est engagé à maintenir le financement à ce niveau au moins jusqu'en 2007 parce que nous n'avons pas encore terminé tous les éléments de notre programme de réforme.

Le financement de la santé mentale est réparti de telle sorte qu'environ 70 p. 100 des fonds vont aux services communautaires, qui comprennent le secteur des ONG, et que les 30 p. 100 restants sont consacrés aux malades hospitalisés. Cela vous donne une idée des stratégies et des plans que nous avons établis dans les années 90, notamment pour les Maoris, les enfants et les jeunes, la lutte contre l'alcool et la drogue et le développement de la main-d'œuvre.

En 1994, la stratégie était surtout axée sur la désinstitutionnalisation, qui a consisté à sortir les malades des grands établissements pour changer le mode de prestation des soins de santé mentale. Dans cet effort, nous avons bénéficié d'une participation très active des patients et des familles. Le graphique suivant montre la baisse du nombre de lits en Nouvelle-Zélande depuis les années 70, avec une accélération du taux de diminution pendant les années 90. Le taux s'est stabilisé parce que nous avons maintenant un équilibre raisonnable entre les lits d'hôpitaux, les lits résidentiels dans la collectivité et d'autres services communautaires.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, je crois qu'il vaudrait mieux que je m'arrête maintenant pour que vous puissiez poser des questions.

Le président: Madame Wilson, vous avez lancé votre première stratégie nationale en 1994. Quels facteurs politiques ou publics ont joué dans cette décision? Il y a sûrement eu un ou plusieurs déclencheurs qui ont entraîné l'élaboration d'une politique nationale. C'est peut-être simpliste de poser la question, mais pourquoi la question a-t-elle été inscrite au programme national? Nous n'en sommes pas encore là au Canada.

Mme Wilson: Petit à petit, les gens ont commencé il y a quelques années à sortir les malades des hôpitaux psychiatriques. Cela a suscité des préoccupations croissantes tant dans la collectivité qu'au gouvernement à cause de l'absence d'une politique cadre pour orienter cette transition. Celle-ci se produisait à cause du dynamisme de certains fournisseurs de services, psychiatres, infirmières et patients et de l'action d'un mouvement de consommateurs de plus en plus fort. Même si, dans l'ensemble, tout se passait relativement bien, il n'y avait ni

psychiatric hospitals and living in their communities. However, the main thrust of the policy at that time was to get a framework around what is called deinstitutionalization.

The opportunity was taken, though, not to focus on deinstitutionalization, but to talk about adequacy and what one needs to have a range of services. What makes an adequate mental health service or system? What is required for the community to feel confident that their mental health needs are being met? That was the perspective that the policy framework took.

The Chairman: Is it fair to say that, with deinstitutionalization underway, the public policy emerged as a result of concerns about the consequences of that for the rest of the community. That, in turn, led to a decision to develop a policy that, among other things — and we will talk about communications and removing stigma in a few minutes — would make the community more comfortable with the policy of deinstitutionalization?

Ms. Wilson: That was part of it. It was also partly driven by questions relating to the evidence about best practice in respect of a health service. How do you actually deliver the best mental health service that meets people's needs? Best practice internationally was certainly telling us that this needs to be much more community-based and integrated into other health services. It needs to take a more whole-of-government approach, linking with other sectors such as housing, employment, labour and so on. That became the focus.

Senator Kinsella: As you went through the process of creating community-based mental health delivery systems, what kind of quantifiers were you able to identify in terms of the cost and the amount of public resources to put into the community-based delivery?

That whole process of normalization has sometimes had consequences that were not terribly salutary. Did you come up with measures of how much has to be spent on a per capita basis? How do you measure the amount of financial public resources required to sustain a community-based system that will make sure that some of the adverse consequences of deinstitutionalization do not occur? For example, some would argue that the increase of street people is directly related to deinstitutionalization.

Ms. Wilson: That is a very good question. The way it happened in New Zealand was the process of a big national inquiry, which was called the Mason Inquiry. A retired High Court judge by the name of Ken Mason headed the inquiry. That inquiry resulted in the establishment of the Mental Health Commission in 1996. They prepared the "Blueprint for Mental Health Services in New Zealand," a very detailed document which details the kind of beds and full-time equivalent, FTE, staff that are required if you have a comprehensive service that interdigits and works as a system. There are components such as how many acute inpatient beds are required for 100,000 population, what is the full-time equivalent staff required for the number of community teams, how many

soutien financier ni structure officielle. Bien sûr, la collectivité s'inquiétait aussi du fait que des patients quittaient les hôpitaux psychiatriques pour vivre dans leur propre localité. Toutefois, le principal objet de la politique, à ce moment, était de rationaliser ce qu'on appelle la désinstitutionnalisation.

On a cependant choisi de ne pas insister tant sur la désinstitutionnalisation que sur l'efficacité et sur ce qu'il fallait pour dispenser une gamme de services. Qu'est-ce qui donne à un service ou à un système de santé mentale un caractère adéquat? Que faut-il pour que la collectivité soit persuadée que ses besoins en matière de santé mentale sont satisfaits? C'est dans cette perspective que la politique cadre a été élaborée.

Le président: Peut-on dire que, la désinstitutionnalisation étant en cours, la politique publique a découlé des préoccupations relatives aux conséquences de cette transition sur le reste de la collectivité? Et que cela entraîné l'élaboration d'une politique qui, entre autres résultats — nous parlerons dans quelques minutes des communications et de la honte ressentie —, permettrait à la collectivité de mieux accepter la politique de désinstitutionnalisation?

Mme Wilson: Cela en faisait partie. Il y avait aussi les enseignements tirés des pratiques exemplaires relatives aux services de santé. Comment dispenser les meilleurs services de santé mentale qui répondent aux besoins des gens? Les pratiques exemplaires d'autres pays nous indiquaient clairement qu'il fallait rapprocher les services de la collectivité et les intégrer dans les autres services de santé. Il fallait adopter une approche plus globale au niveau du gouvernement, en faisant le lien avec d'autres secteurs, comme le logement, l'emploi, la main-d'œuvre, et cetera. Ces facteurs commençaient à jouer un rôle central.

Le sénateur Kinsella: Pendant que vous étiez en train de créer des systèmes communautaires de santé mentale, quels critères quantitatifs avez-vous utilisés pour calculer le coût de ces systèmes et les ressources publiques à y affecter?

Le processus de normalisation a parfois des conséquences qui ne sont pas très salutaires. Avez-vous conçu des indicateurs pour calculer combien il faut dépenser par personne? Comment avez-vous mesuré les ressources publiques nécessaires pour financer un système communautaire permettant d'éviter les effets négatifs de la désinstitutionnalisation? Par exemple, certains affirment que l'augmentation du nombre des sans-abri est directement liée à la désinstitutionnalisation.

Mme Wilson: C'est une très bonne question. En Nouvelle-Zélande, la transition a été amorcée par une grande enquête nationale, l'enquête Mason, du nom d'un juge à la retraite de la Cour supérieure, Ken Mason, qui a dirigé l'enquête. Celle-ci a entraîné la création de la Commission de la santé mentale en 1996. La Commission a rédigé un document très détaillé, le plan directeur des services de santé mentale en Nouvelle-Zélande, dont les auteurs avaient calculé les nombres de lits et d'équivalents plein temps (ETP) de personnel nécessaires pour établir un système complet et intégré. Le document abordait des questions telles que le nombre de lits pour malades de soins aigus par 100 000 habitants, le nombre d'ETP par rapport au

residential beds are required in the community and at what level? Thus, if you have high-intensive community beds that need higher staffing from lower levels, what other kind of community support is required?

They looked at mental health services adults, for children and youth, for seniors, as well as forensic services. It is a detailed document. They then figured out the costs —the price of the bed and the price of the FTE, and so on — for 100,000 population. They priced it on 1996 dollars and it has been adjusted once since then in 2000. They came up with a total figure that needs so many million dollars over a period of 10 or 20 years to implement the strategy.

That is what has driven our funding stream. We have had additional grants of about $20 to $25 million a year in a steady progression and added on to implement these services. They set targets and we have implemented about 75 per cent. Some parts of the country are closer to 60 per cent and some are almost fully implemented at close to 100. We have regional variation, depending on population growth and other factors.

I have to say that we are always a little surprised that our government took the gamble on this — that they actually allowed an independent organization to go out and price what it meant. Successive governments of different colour, as it were, have actually bought into this and have continued to support the on-going funding stream until the so-called full implementation occurs.

That happened in the mid-1990s. Things do change. At the moment, as we develop the second plan, there is likely to be a revision of where we are at. Is the configuration of services the right one? Do we need to put more emphasis on building the system, on the linkages between components, to ensure that there is less fragmentation because fragmentation still occurs? Will this have a physical impact? We do not know the answer to that yet.

Mr. Chaplow: If I may just address certain aspects of your question, senator. The first thing is that it is a process that occurs over a long time. I would have to say that 10 years after embarking on the strategy, we are still part way through it. The first few years are quite fraught with the tension that anything adverse is blamed on this new model.

Certainly, as we have incrementally increased the money to enable the blueprint to be realized, the district health boards that provide the services have had to be very strategic as to how they apply that to minimize the adverse consequences.

Last year, we commissioned some research to determine whether or not the community was in more danger currently than it was prior to this program. The conclusion was quite a clear no vote that they were not. It does require a significant amount of support and communication with the community in order to keep facilitating what is happening.

nombre d'équipes communautaires et le nombre de lits résidentiels nécessaires dans la collectivité. Ainsi, si l'on a des lits communautaires pour soins aigus qui nécessitent davantage de personnel des niveaux inférieurs, quels autres services communautaires de soutien sont nécessaires?

La Commission a examiné les services de santé mentale pour adultes, pour enfants et jeunes et pour personnes âgées ainsi que les services médico-légaux. Le document est très détaillé. Ensuite, elle a calculé les coûts — prix du lit, prix d'un ETP, et cetera — par 100 000 habitants. Tout a été compté en dollars de 1996, et les chiffres ont été rajustés une fois en 2000. Cela a abouti à un chiffre total exprimant le nombre de millions de dollars nécessaire sur une période de 10 ou 20 ans pour mettre en œuvre la stratégie.

C'est sur cette base que notre financement a été établi. Nous avons reçu des subventions supplémentaires de 20 à 25 millions de dollars par an, qui augmentaient progressivement, pour nous permettre d'offrir ces services. La Commission a fixé des objectifs et nous avons atteint un taux de couverture d'environ 75 p. 100. Le pourcentage est proche de 60 p. 100 dans certaines régions du pays, tandis qu'il est de presque 100 p. 100 dans d'autres. Nous avons des écarts régionaux qui dépendent de la croissance démographique et d'autres facteurs.

Je dois dire que nous sommes toujours un peu surpris que notre gouvernement ait pris ce risque, en laissant un organisme indépendant estimer le prix des services. Des gouvernements successifs de partis différents ont en fait accepté cela et ont maintenu la croissance du financement en attendant que la couverture atteigne 100 p. 100.

Cela s'est produit dans le milieu des années 90. Les choses changent. En ce moment, tandis que nous élaborons notre deuxième plan, un réexamen de la situation est probable. La structure des services est-elle adéquate? Devrions-nous insister davantage sur l'édification du système, sur les liens entre les composantes pour réduire la fragmentation, puisqu'il y en a encore? Cela aura-t-il des répercussions matérielles? Nous ne connaissons pas la réponse encore.

M. Chaplow: Permettez-moi d'aborder certains aspects de votre question, sénateur. Je dois dire, en premier, qu'il s'agit d'un processus qui dure assez longtemps. Dix ans après le lancement de la stratégie, nous n'en avons réalisé qu'une partie. Pendant les premières années, tout incident qui survient est attribué au nouveau modèle.

Pendant que les fonds augmentaient progressivement pour permettre la mise en œuvre du plan directeur, il n'y a pas de doute que les commissions de santé de district qui dispensent les services ont dû faire une gestion très stratégique pour minimiser les conséquences négatives.

L'année dernière, nous avons fait faire des recherches pour déterminer si la collectivité est plus en danger aujourd'hui qu'elle ne l'était avant la réalisation de ce programme. La réponse a été un non clair. Il faut néanmoins beaucoup de soutien et de communication avec la collectivité pour faciliter ce qui se produit.

Senator Kinsella: It strikes me that your model is clearly psychosocial. Have you had any push resistance from those who favour a medical model in mental health delivery?

Mr. Chaplow: There is no doubt that this polarity will be with us until certainly I die. This is the tension all the time that we are managing. There is now an acceptance, from all political parties, that we cannot go back. It is not a matter of rejecting any one model; it is a matter of taking the best elements of all of the models.

Can I just say, senator and chair, that at no time have we diminished the total number of beds in what were the old asylums. We have spread those places in a variety of configurations, so that some are still configured in hospital units and some are in community placements. It is a matter of explaining the model.

Ms. Peretini: I think two of the essential elements that we have had in the last 10 years, if not 15, is that we have had champions and leaders prepared to give the continuity that this model needed, around championing and leadership.

The Chairman: I have just a quick question on your champions and leaders.

Have your champions and leaders been either politicians, at some level or other, or have they have been what I would call "community leaders" in the broader sense, or indeed leaders just in the mental health community?

Ms. Wilson: I think they have been across the board, fortunately. We have been fortunate to have had quite strong leadership from a successive number of ministers of health. We have had strong political leadership and commitment at the national level. We have had some community leaders who have been supportive and have given that leadership. Within psychiatry and mental health services themselves, and within the consumer group, we have had quite sensible and fair-minded leadership, as Mr. Chaplow has said, that has managed to communicate well the vision and the strategy, and to bring people along together.

The Chairman: I gather the political leaders, if I am correct, have crossed the political spectrum. It has not been just a pet issue of one party or another; is that right?

Ms. Wilson: That is correct.

The Chairman: That is a very important point in terms of where we go.

Senator Morin: I think that your move away from dedicated psychiatric institutions occurred later than it did for us, and was probably more controlled and less drastic. I think this may have been a factor in the success you have had.

I would like to address what is a major issue here in Canada. I think you have a similar one, and you may have had some success with it. It is what we call Aboriginals and what you call indigenous populations. I think that in both countries there is a higher prevalence of mental illness, suicide and so forth among these populations. I notice, in your blueprint

Le sénateur Kinsella: Je note que votre modèle est clairement psychosocial. Avez-vous dû affronter la résistance de ceux qui favorisent un modèle médical de prestation des soins de santé mentale?

M. Chaplow: Je n'ai pas de doute que cette polarisation existera encore à ma mort. C'est le genre de tension que nous devons constamment gérer. Tous les partis politiques acceptent maintenant le fait qu'il est impossible de revenir en arrière. Il ne s'agit non de rejeter un modèle ou l'autre, mais de prendre les meilleurs éléments de chacun.

Je dois ajouter, sénateur et monsieur le président, que nous n'avons jamais diminué le nombre total de lits qu'il y avait dans les anciens asiles. Nous avons réparti ces places sous diverses formes: il y en a encore dans les hôpitaux et il y en a dans la collectivité. Il suffit d'expliquer le modèle.

Mme Peretini: Dans les 10 ou 15 dernières années, nous avons eu deux éléments essentiels, les champions et les leaders, pour assurer la continuité nécessaire.

Le président: J'ai une question rapide à poser au sujet de vos champions et leaders.

Vos champions et leaders étaient-ils des politiciens d'un niveau ou d'un autre, s'agissait-il de ce qu'on pourrait appeler des «leaders communautaires» dans le sens large, ou bien était-ce seulement des leaders du domaine de la santé mentale?

Mme Wilson: Heureusement, je crois qu'il y en avait de toutes les sortes. Nous avons eu la chance d'avoir un leadership fort dans la personne d'un certain nombre de ministres successifs de la Santé. Nous avons également eu un leadership politique énergique et beaucoup d'engagement au niveau national. Nous avons eu des leaders communautaires qui ont prêté leur concours. En psychiatrie, dans les services de santé mentale et parmi les groupes représentant les patients, nous avons aussi eu un leadership énergique et équitable qui, comme M. Chaplow l'a dit, a réussi à communiquer sa vision et sa stratégie et à gagner l'appui des gens.

Le président: Je suppose que les dirigeants politiques appartenaient à différents partis. Ce n'était pas le dada d'un parti ou d'un autre, n'est-ce pas?

Mme Wilson: C'est exact.

Le président: Cela est très important pour l'orientation d'ensemble.

Le sénateur Morin: Je crois que votre transition entre les hôpitaux psychiatriques et les services communautaires s'est produite plus tard que la nôtre et a été probablement mieux contrôlée et moins radicale. Cela a pu jouer un rôle dans le succès que vous avez obtenu.

Je voudrais aborder un grand problème que nous avons ici, au Canada. Je crois que vous en avez un semblable et que vous avez mieux réussi que nous à vous y attaquer. Nous parlons chez nous d'Autochtones, tandis que vous parlez chez vous de populations aborigènes. Je crois que dans les deux pays, nous avons une prévalence supérieure de maladie mentale, de suicide, et cetera

of 1998, the delivery of mental health services for the Maori population was the second priority, right after community-based mental health services.

Did you have any programs that were successful? How do you address this issue, and have you had successes or failures? As you know, this is a very serious issue in Canada. We are still groping our way with it; we do not know which way to go. Resources have been allocated to this without much success. We are eager to hear what you have to say on that issue.

Ms. Peretini: One of the approaches that we have taken, which is articulated in the national mental health plan and the blueprint, is that we have looked at the responsiveness that is necessary in the mainstream services and the district health board services, as well as what we need to do in the community seatings, such as the non-government organizations. In the last 10 years, as a result of the switch from deinstitutionalization to community-based services, we have seen the growth of the indigenous services, in particular in the NGO area. That has just dramatically increased — 10 years ago, I think it was almost 11, and now it is 80.

Some of the problems have resulted from the fact that a lot of indigenous Maori within this country tend to appear at services at acute stages of mental illness. The NGO sector has worked very much around how to work with communities to get a better understanding of mental illness. We have not resolved a lot of the problems, but at least there is a lot of goodwill and willingness between the mainstream services and the indigenous services to see where on the continuum that we can actually share some of the knowledge and build some of those partnerships that are needed.

Probably some of the successes have been where you have had mainstream services focus on how to provide culturally appropriate and relevant services to the indigenous peoples coming in. Mr. Chaplow managed one of the key forensic services in this country, where the proportion of Maori, at that stage in the forensic clinic, was over 50 per cent. Mr. Chaplow can talk about some of the programs that he introduced that cater to the cultural needs.

One of the emerging issues for us that we are finding is that we had developed in the 1970s and 1980s, which was to revitalize the indigenous language. One of the struggles that some of the mainstream services are facing more than the NGO sector is that we now have some of those children — or the children of the original children — who are now native speakers of the indigenous language. When they become unwell, they revert to their mother tongue. In mainstream services, where they tend to actually be admitted, there is very little capacity to communicate. That is an evolving issue that we had not anticipated.

It has been very much the risk between the responsiveness of mainstream services and the growth of the NGO sector — how do we do that? One of the things that we have invested a lot in — particularly over the last seven or eight years — from the Ministry of Health with other key sectors, is in the research and

parmi ces populations. Je remarque que, dans votre plan directeur de 1998, la prestation de services de santé mentale à la population maorie constituait votre deuxième priorité, immédiatement après les services communautaires de santé mentale.

Avez-vous eu des programmes qui ont réussi? Comment vous êtes-vous attaqués à ce problème et avez-vous enregistré des succès ou des échecs? Comme vous le savez, c'est un problème très sérieux au Canada, avec lequel nous nous débattons encore, sans savoir où aller. Nous y avons consacré des ressources, mais en vain. Nous aimerions beaucoup savoir ce que vous avez à dire à ce sujet.

Mme Peretini: L'une des approches nous avons adoptées, qui est exposée dans le plan national de santé mentale et dans le plan directeur, c'est que nous avons cherché à déterminer la flexibilité à prévoir dans les services généraux, dans ceux des commissions de santé de district et dans les services communautaires, comme ceux que dispensent les organisations non gouvernementales. Dans les 10 dernières années, par suite de la désinstitutionnalisation et de l'expansion des services communautaires, les services aborigènes se sont développés, surtout dans le secteur des ONG. L'expansion a été vraiment considérable: je crois que le chiffre est passé de 11 il y a 10 ans à 80 aujourd'hui.

Certains des problèmes découlent du fait que beaucoup de Maoris tendent à se présenter dans les services à des stades aigus de maladie mentale. Le secteur des ONG a beaucoup travaillé avec les collectivités pour mieux comprendre la maladie mentale. Nous n'avons pas résolu beaucoup de problèmes, mais il y a au moins de la bonne volonté dans les relations entre les services généraux et les services aborigènes, le but étant de trouver les domaines dans lesquels il est possible de partager des connaissances et de former les partenariats dont nous avons besoin.

Nous avons enregistré des succès là où les services généraux ont su montrer la flexibilité nécessaire pour donner des soins culturellement adaptés aux patients aborigènes qui se présentaient. M. Chaplow dirigeait l'un des principaux services médico-légaux du pays, où la proportion des Maoris dépassait les 50 p. 100. M. Chaplow pourra vous parler de quelques programmes qu'il a mis en œuvre pour répondre aux besoins culturels.

Nous avons aujourd'hui un problème qui découle des efforts déployés dans les années 70 et 80 en faveur des langues aborigènes. Les services généraux — beaucoup plus que le secteur des ONG — doivent maintenant s'occuper d'enfants qui ont été élevés dans la langue aborigène. Lorsqu'ils se sentent mal, ils reviennent à leur langue maternelle. Dans les services généraux, où ils sont le plus souvent admis, la communication devient très difficile. C'est un problème que nous n'avions pas prévu.

Il y avait un risque à prendre sur le plan de la flexibilité des services généraux en favorisant la croissance du secteur des ONG. Comment faire? De concert avec d'autres secteurs importants, le ministère de la Santé a beaucoup investi, surtout ces sept ou huit dernières années, dans la R et D. Nous avons essayé d'élaborer

development end. We have looked at the development of an outcome measurement tool that is indigenous-based and how do we actually define better outcome measures for indigenous peoples?

We have also invested a lot more research in how to get the data correct. That is part of what Ms. Gaines is doing. There are still gaps in a knowledge base about things such as admission and re-admission rates. We do know that some of the 21 services — because we did a survey three years ago now — are actually responsive to the needs of the Maori, by just incorporating a cultural assessment component as part of the clinical assessment. There were very few at that stage. Of nine district health boards, only seven had even considered policies around meeting the needs of indigenous people being admitted to the mainstream services. Of those seven, only three had cultural assessment tools that were well developed enough to be useful.

Myriad things have happened.

Senator Morin: Do I understand that you do not have hard outcomes to measure at present, for example, on the prevalence of mental illness, or on the incidents of suicide or this sort of thing? I realize what your programs are, but you still do not have hard outcomes? Am I right in saying that?

Ms. Wilson: We know about suicide rates, because you will be aware that we have one of the highest suicide rates in the world. Our suicide statistics are good and we know the rates well.

However, in terms of our overall prevalence, we are actually right in the middle of doing a major mental health survey that is nationwide. We will know the results of that by about 2006.

For that survey, we are not only interviewing about 10,000 people but also oversampling for Maori by doing 2,500 extra and oversampling for Pacific Island people.

Ms. Peretini: We do know that admission rates are disproportionately high for Maori entering mainstream services; we just have not qualified those statistics yet. However, we do know some of the data.

Senator Morin: Do you have many health professionals among your indigenous population? I am thinking of nurses and physicians among the Maori population.

Ms. Peretini: That is an excellent question. Two years ago, the Ministry of Health, as part of our workforce development strategy, commissioned the development and establishment of a Maori-focused workforce development organization. Almost a year ago, that organization undertook a series of surveys on our workforce. Rather than going into the detail, I will say is that we do not have a large workforce. We currently have probably about five psychiatrists in training.

un outil de mesure des résultats spécialement conçu pour les aborigènes, pour être en mesure de définir de meilleurs indicateurs des résultats dans leur cas.

Nous avons également mené de nombreuses recherches pour obtenir de bonnes données. Cela fait partie des fonctions de Mme Gaines. Il reste encore des lacunes dans notre connaissance de choses telles que les taux d'admission et de réadmission. Ayant réalisé une enquête il y a trois ans, nous savons que certains des 21 districts répondent vraiment aux besoins des Maoris parce qu'ils ont inclus dans leur évaluation clinique une composante d'évaluation culturelle. Très peu le faisaient auparavant. Sur neuf commissions de santé de district, sept seulement avaient, à un moment ou un autre, envisagé d'adopter des politiques visant à répondre aux besoins des aborigènes admis dans les services généraux. Sur ces 7, trois seulement avaient des outils d'évaluation culturelle assez développés pour être utiles.

Beaucoup de choses ont évolué.

Le sénateur Morin: Dois-je comprendre que vous n'avez pas à l'heure actuelle des résultats concrets à mesurer, comme la prévalence de la maladie mentale, les incidents de suicide et ainsi de suite? Je comprends la nature de vos programmes, mais vous voulez dire que vous n'avez pas encore de résultats concrets? Est-ce exact?

Mme Wilson: Nous connaissons les taux de suicide car, comme vous le savez, nous avons l'un des taux de suicide les plus élevés du monde. Nous avons de bonnes statistiques dans ce domaine.

Toutefois, pour ce qui est de la prévalence générale, nous sommes actuellement en plein milieu d'une grande enquête nationale sur la santé mentale. Nous connaîtrons les résultats vers 2006.

Pour cette enquête, non seulement nous interrogeons une dizaine de milliers de personnes, mais nous procédons à un suréchantillonnage dans la population maorie, où nous recruterons 2 500 enquêtés de plus, et parmi les gens des îles du Pacifique.

Mme Peretini: Nous savons que les taux d'admission de Maoris dans les services généraux sont disproportionnés, mais nous n'avons pas encore analysé les statistiques. Nous avons cependant des chiffres.

Le sénateur Morin: Y a-t-il beaucoup de professionnels de la santé dans la population aborigène? Je veux parler d'infirmières et de médecins maoris.

Mme Peretini: C'est une excellente question. Il y a deux ans, le ministère de la Santé a pris la décision, dans le cadre de notre stratégie de développement de la main-d'œuvre, d'établir une organisation axée sur les Maoris pour la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre. Il y a environ un an, cette organisation a réalisé une série d'enquêtes sur notre population active. Plutôt que de vous donner les détails des résultats, je dirai que nous n'avons pas une main-d'œuvre très importante. À l'heure actuelle, elle se limite probablement à cinq psychiatres en formation.

Mr. Chaplow: There are five psychiatrists practicing and probably about 30 in training.

Ms. Peretini: We are not major players at all as a workforce in either in the addictions field or the mental health field.

The Chairman: The five Aboriginals practicing and the 30 in training are all Maoris. Is that right?

Ms. Peretini: Yes.

The Chairman: In general, do members of that community provide the services that you provide to the Maori community? I do not think that there would be nearly enough Aboriginal Canadians who are adequately trained to be able to deliver mental health services to any but a small minority of our population. Senator Morin, who was dean of a medical school, says that does not think that there is a single Aboriginal psychiatrist.

Have you reached this point because you made a conscious educational effort to get there? How have you had this very positive result in terms of human resources?

Ms. Wilson: The approach helped. There have been targeted policies to increase the health professional workforce among Maori — that is just for doctors and nurses, and they are a subset of that. Yes, we have had specific targeted policies, which include scholarships.

Ms. Peretini: As Dr. Wilson was saying, there have been educational quotas for certain themes in this country. They have existed for at least the past 20 years. We also have had some key leaders in Maori health who have become psychiatrists.

Over two and half years we have offered scholarships specifically for psychiatric registrars as well as looking at how to make it a more attractive career option. We are working on the entire strata across education.

The Chairman: We use different terminology, but you have run a strong affirmative action program.

Ms. Peretini: Very much so.

The Chairman: It is hard for me to get my mind around how different our situations are. The percentage of Aboriginal Canadians who even finish high school is many percentage points below what it is for the rest of the population. Is it reasonable to conclude that not only have you had an affirmative action program to get indigenous people into the health professions but also there is a pretty heavy emphasis on the education system as a whole for Maoris? Is that correct?

Ms. Peretini: The tribal leaders have been involved and there has been a major impetus on education. Our success rate in the education system is still quite poor. Almost 50 per cent of indigenous peoples do not make it to a form school certificate.

M. Chaplow: Nous avons cinq psychiatres praticiens et une trentaine en formation.

Mme Peretini: Le nombre de nos professionnels de la santé est très limité, que ce soit dans le domaine des toxicomanies ou dans celui de la santé mentale.

Le président: Les cinq praticiens aborigènes et les 30 en formation sont tous maoris. C'est bien cela?

Mme Peretini: Oui.

Le président: D'une façon générale, est-ce que ces gens s'occupent de la population maorie? Au Canada, nous n'avons sûrement pas suffisamment d'Autochtones ayant la formation nécessaire pour assurer des services de santé mentale à plus qu'une petite minorité de notre population. Le sénateur Morin, qui a été doyen d'une faculté de médecine, dit qu'il ne croit pas qu'il y ait un seul psychiatre autochtone.

En êtes-vous arrivés à ce stade à cause d'un effort délibéré d'éducation? Comment avez-vous réussi à obtenir ce résultat très positif sur le plan des ressources humaines?

Mme Wilson: Notre approche y a beaucoup contribué. Nous avons appliqué des politiques ciblées conçues pour accroître le nombre des professionnels de la santé parmi les Maoris. Nous avons parlé des médecins et des infirmières, qui représentent un sous-ensemble de tout cela. Oui, nous avons adopté des politiques ciblées comprenant des bourses d'études.

Mme Peretini: Comme Mme Wilson vient de le dire, nous avons fixé des quotas pour l'enseignement de certaines disciplines en Nouvelle-Zélande. Nous le faisons depuis au moins 20 ans. Nous avons également quelques leaders maoris du domaine de la santé qui sont devenus psychiatres.

Pendant une période de deux ans et demi, nous avons offert des bourses en psychiatrie et avons cherché à augmenter l'attrait d'une carrière dans ce domaine. Nous travaillons dans tout le domaine de l'éducation.

Le président: Nous utilisons une terminologie différente, mais je crois que vous avez mis en œuvre d'excellents programmes d'action positive.

Mme Peretini: C'est tout à fait cela.

Le président: Il est difficile pour moi d'imaginer à quel point nos situations sont différentes. La proportion d'Autochtones canadiens qui finissent ne serait-ce que leurs études secondaires est très sensiblement inférieure à la moyenne du reste de la population. Est-il raisonnable de conclure que non seulement vous avez appliqué un programme d'action positive pour attirer des aborigènes dans les professions de la santé, mais que vous avez aussi beaucoup insisté sur l'éducation, d'une façon générale, pour l'ensemble des Maoris? Est-ce exact?

Mme Peretini: Les chefs de tribu y ont participé. Nous avons en effet beaucoup insisté sur l'éducation. Notre taux de succès dans le système éducatif reste encore assez médiocre. Près de 50 p. 100 des aborigènes n'atteignent pas le niveau du certificat.

I do not know your equivalent. The education achievement is still low but high enough for us to gauge that influx of workforce that we need.

The Chairman: To what extent is your success in delivering programs to the Maori population dependent upon the programs being delivered by Maoris? If you were in our position, without the supply of Aboriginal health care professionals and wanted to deliver the same services, you would do so using non-Maoris.

I understand this is speculative. What is your guess on the impact of the success of the program?

Ms. Peretini: It is an excellent question and a hard one to answer.

Ms. Wilson: One of the key things about mental illness is that it affects the way that you think about yourself — your spiritual and cultural beliefs. People relate much better to people of their own culture. If you are the person with the illness, the relationship you have with your care provider — your doctor or nurse — is probably the most crucial thing to getting well and gaining recovery. If that person is able to understand your cultural belief system, then the chances of a successful outcome are better.

That is what we think happens. The truth is we have not done any comparative research yet to see if that is really true.

Mr. Chaplow: Having built services 15 years ago that struggled with all these issues of workforce, it would be true to say that a decade or so ago there was a renaissance in New Zealand in respect of language and government recognition that if the indigenous people, were to flourish, they needed to do it themselves. They needed to have ownership.

There was an incremental development of services. Whether they purchase skill from another culture is a slightly different issue. I am trying to say is that one of the significant advances is that now Maori people own their services and own the challenge. We are in an interim stage. The indigenous psychiatrists will have to be augmented or supplemented by others. That is one of the realities that we face.

The Chairman: The point you stated is that even if you do that, the Maoris have in fact taken ownership of the program, regardless of who is doing the service. They understand that it is their program. It is not as though they have been given a program by a bunch of outsiders, which is where we would have to begin. Nevertheless, that is a useful long-term observation.

Mr. Chaplow: We talked about the medical model or the psychosocial interventionist model. The indigenous model puts alongside the doctor or the psychiatrist a partnership with elders. I would think that this would work similarly in your indigenous culture. If the elders and the specialists can work together, you will have a good outcome.

Je ne sais pas quel est l'équivalent chez vous. Le niveau de scolarisation est encore peu élevé, mais il est suffisant pour nous fournir la main-d'œuvre dont nous avons besoin.

Le président: Dans quelle mesure le succès de vos programmes destinés à la population maorie dépend-il des professionnels de la santé maoris? Si vous étiez à notre place et que vous n'aviez pas de professionnels de la santé aborigènes, vous seriez obligés de recourir à des non-Maoris pour dispenser les mêmes services.

Je sais bien que tout cela est hypothétique, mais, à votre avis, quelles en seraient les conséquences sur le succès de votre programme?

Mme Peretini: C'est une excellente question à laquelle il est très difficile de répondre.

Mme Wilson: La maladie mentale a ceci de particulier qu'elle touche la façon dont vous vous envisagez vous-même ainsi que vos croyances sur le plan spirituel et culturel. Les gens communiquent beaucoup mieux avec ceux de leur propre culture. Si vous êtes un patient, votre relation avec la personne qui vous soigne, que ce soit un médecin ou une infirmière, est probablement le facteur le plus critique qui agisse sur la guérison. Si cette personne peut comprendre votre culture et vos croyances, les chances d'un résultat positif sont sensiblement meilleures.

C'est ce qui se produit, à notre avis. En réalité, nous n'avons procédé à aucune recherche comparative pour déterminer si cela est vrai.

M. Chaplow: Ayant monté des services, il y a 15 ans, qui se débattaient avec tous ces problèmes de main-d'œuvre, je crois qu'il faut reconnaître que la Nouvelle-Zélande a connu une renaissance sur le plan de la langue. Le gouvernement a reconnu que pour permettre aux aborigènes de s'épanouir, il fallait qu'ils agissent par eux-mêmes, qu'ils aient eux-mêmes l'initiative.

Les services ont augmenté progressivement. Le fait qu'ils empruntent des connaissances à une autre culture est une question un peu différente. Je veux dire que l'un des aspects les plus importants des progrès réalisés est que les Maoris s'occupent eux-mêmes de leurs services et relèvent eux-mêmes les défis. Nous sommes dans une étape de transition. Il faudra augmenter le nombre de psychiatres aborigènes ou leur adjoindre d'autres. C'est l'une des réalités que nous devons affronter.

Le président: Vous dites donc que, même si vous agissez ainsi, les Maoris ont pris leur programme en main, indépendamment du personnel qui dispense les services. Ils savent que le programme leur appartient. Ce n'est pas comme s'ils l'avaient reçu de gens de l'extérieur. C'est pourtant là que nous devons commencer. Vos observations nous seront néanmoins utiles à long terme.

M. Chaplow: Nous avons parlé du modèle médical et du modèle d'intervention psychosociale. Le modèle aborigène y ajoute, aux côtés du médecin ou du psychiatre, un partenariat avec les Aînés. Je crois qu'il pourrait en être de même chez vos Autochtones. Si les Aînés et les spécialistes peuvent travailler ensemble, vous aurez de bons résultats.

Senator Cook: I am trying to get a sense of the parallel between your system and ours. I will ask my questions by trying to understand your system — that may make it easier for all of us.

New Zealand has a population of 4 million. What is the indigenous population? Do they live separately or are they integrated with the rest of the population? In this country, there are reserves and self-governance and so forth. They are also found in our cities. Are the Maori also found in urban areas? I am trying to understand where the Maori population live before I can go further with my questions.

Ms. Peretini: Our indigenous population is currently at 15 per cent of the total population. The majority of that 15 per cent live in urban settings. They have no reservations. They tend to be fairly integrated into mainstream society. The majority exist probably in one city in particular in the northern part of the island, which is mostly urban. There has been, over the last 10 years, a call for many Maori to return to their tribal lands, or which about 90 per cent are rural based. However, the call has not occurred for many because most work in the urban settings.

Senator Cook: Is the Maori population serviced completely by the 35-40 Maori psychiatrists and other professionals or is there an integrated delivery system? Do the Maori psychiatrists look after your other population, or are they separate and apart?

Ms. Peretini: They are based mostly in the mainstream services. They work across the board.

Senator Cook: Is substance abuse and addiction higher in the indigenous population of New Zealand? Does the state fund the Maori so they can pursue a medical career or do they pay for their own education?

Ms. Peretini: There are a few intervention programs that support the quota system for the Maori to get into education services. We also have scholarships. There is a form of support but the majority of funding for all peoples in this country tends to be through the individual.

Senator Cook: Does that apply to other indigenous health professionals as well?

Ms. Peretini: The Pacific Nations people have a quota system and we have funding available for nurses and other health officials.

Senator Cook: You said that you have a community-based service in the form of district health boards. Are other services included or are they primarily for mental health services? Is it a public health care service system? Are the district health boards dedicated to mental health services?

Ms. Wilson: At the moment, they are for mental health only. We have community-based centres or teams of mental health professionals that work together. It is predominantly a mental health system.

Le sénateur Cook: J'essaie de faire un parallèle entre votre système et le nôtre. Je vais poser des questions en essayant de comprendre votre système. Ce sera ainsi plus facile pour nous tous.

La Nouvelle-Zélande a une population de 4 millions d'habitants. Combien avez-vous d'aborigènes? Vivent-ils à part ou bien sont-ils intégrés dans le reste de la population? Au Canada, nous avons des réserves, nous avons l'autonomie gouvernementale, et cetera. Il y a aussi des Autochtones dans nos villes. Y a-t-il des Maoris dans les zones urbaines? J'essaie de savoir où vit la population maorie avant de poser d'autres questions.

Mme Peretini: Nos aborigènes représentent actuellement 15 p. 100 de la population totale. Ils vivent surtout en milieu urbain. Nous n'avons pas de réserves. Les aborigènes sont dans une grande mesure intégrés dans le reste de la société. La majorité vit probablement dans une ville du nord de l'île. Ces 10 dernières années, nous avons eu un mouvement préconisant le retour des Maoris dans leurs terres tribales, dont environ 90 p. 100 se trouvent dans des régions rurales. Toutefois, beaucoup n'ont pas suivi le mouvement parce qu'ils travaillent dans des agglomérations urbaines.

Le sénateur Cook: La population maorie est-elle entièrement desservie par les 35 à 40 psychiatres maoris et d'autres professionnels ou bien la prestation des soins est-elle intégrée? Les psychiatres maoris s'occupent-ils d'autres patients?

Mme Peretini: Ils travaillent surtout dans les services généraux, c'est-à-dire partout.

Le sénateur Cook: La toxicomanie est-elle plus fréquente parmi les aborigènes de la Nouvelle-Zélande? L'État finance-t-il les études des Maoris pour qu'il devienne médecins ou bien doivent-ils payer eux-mêmes leurs études?

Mme Peretini: Nous avons quelque programme d'intervention à l'appui du système des quotas pour l'éducation des Maoris. Nous avons aussi des bourses d'études. Nous offrons de l'aide, mais la plus grande part du financement pour tous les Néo-Zélandais vient des gens eux-mêmes.

Le sénateur Cook: Cela s'applique-t-il à d'autres professionnels de la santé aborigènes?

Mme Peretini: La population des îles du Pacifique a aussi un quota, et nous avons des fonds pour la formation d'infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Le sénateur Cook: Vous avez dit que vous dispensez des services communautaires par l'entremise de commissions de santé de district. Assurez-vous d'autres services ou essentiellement des services de santé mentale? S'agit-il d'un système public de soins de santé? Ou bien les commissions de district s'occupent-elles seulement de santé mentale?

Mme Wilson: Elles ne s'occupent pour le moment que de santé mentale. Nous avons des centres ou des équipes communautaires de professionnels de la santé mentale qui travaillent ensemble. C'est essentiellement un système de santé mentale.

However, Mr. Chaplow made the point that this being an evolutionary, developmental process, it looks as though, over the next 10 years, one of our challenges will be to look at how we integrate the community mental health system with the primary health system. In some parts of the country there may be a centre that would provide a combination of health services. We are moving toward that in some areas.

Senator Cordy: Ms. Wilson, you said that when you implemented your national health strategy you had two key goals. One was related to family — reducing the impact on consumers, families, and caregivers. A witness earlier today from Canada spoke to the hidden burden on the families of those who are mentally ill. That burden related to the stigma, to the frustration of dealing with the system, and to dealing with the family member who is mentally ill and who sometimes may not be as rational as one would hope.

What do you do to help the families of people who are mentally ill, given that was one of your key goals? How do you give them the support systems that they need?

Ms. Wilson: That is a good question, which I will try to answer. Others may add their comments on this. Nationally we have help to support the funding of a national family organization that has grown out of an organization called Schizophrenia Fellowship, which, as you know, is an international organization. Through that, they have built a strong support of advocacy, training material and support for families throughout the country. That was the first step.

As well, we have produced guidelines for services to use on how to allow families to and be involved in services and how they need to be involved when dealing with their family members. It is one thing to produce national guidelines, which is easy to do, but it is another thing to get people to use them; that is the challenge.

It has been a significant challenge for us over the last five or six years, partly because we have quite strong privacy legislation. The way in which mental health professionals have tended to interpret privacy legislation has often meant that families have been excluded. We have been working hard on that and I would ask Mr. Chaplow to speak to some of the ways that we have been trying to tackle that issue.

In the blueprint we have specific positions in services for family advisers. Although that has not been implemented as rapidly as we would like, services are beginning to appoint people to act as a kind of family adviser to the services about how to involve families much more and how to deal with some of the often complex privacy issues, particularly if an individual does not want family to know. That is a rather loose answer.

Mr. Chaplow: It is a very relevant issue, senator, and one that we have not cracked yet. The first complaint we hear is that families are not consulted. The second complaint we hear is that the burden of care sometimes becomes too great, particularly with deinstitutionalization. In about 2001, we amended the Mental

Toutefois, M. Chaplow a précisé que le processus est évolutif. Il semble bien qu'au cours des 10 prochaines années, nous aurons à examiner les moyens d'intégrer le système communautaire de santé mentale dans le système de santé primaire. Dans certaines régions du pays, il peut y avoir des centres qui offrent des services de santé mixtes. Nous nous orientons vers des services intégrés dans quelques régions.

Le sénateur Cordy: Madame Wilson, vous avez dit que, lorsque vous avez appliqué votre stratégie nationale sur la santé, vous aviez deux grands objectifs. L'un concernait la famille. Il s'agissait d'atténuer l'impact sur les patients, les familles et les dispensateurs de soins. Un témoin canadien nous a parlé aujourd'hui du fardeau caché que les malades mentaux constituaient pour les familles. Ce fardeau, c'est le regard de la société, les contacts exaspérants avec le système, l'accompagnement du membre de la famille qui est malade et n'est pas toujours aussi rationnel qu'on le souhaiterait.

Que faites-vous pour aider les familles des malades mentaux, puisque c'était l'un de vos objectifs principaux? Comment leur procurez-vous les systèmes de soutien dont ils ont besoin?

Mme Wilson: Excellente question. Je vais essayer de répondre. D'autres pourront ajouter leur grain de sel. Au niveau national, nous avons aidé à financer une organisation nationale de la famille qui est issue d'une organisation appelée Schizophrenia Fellowship. Comme vous le savez, il s'agit d'une organisation internationale. Grâce à cette organisation, nous avons établi un solide réseau de promotion et offert du matériel de formation et du soutien aux familles de tout notre pays. Ce fut la première étape.

En outre, nous avons élaboré des lignes directrices sur les services à utiliser pour permettre aux familles de faire face à la situation et de participer lorsqu'il s'agit de leurs membres. C'est une chose d'élaborer des lignes directrices nationales, mais c'en est une autre d'amener les gens à les appliquer. C'est là que réside la difficulté.

Depuis cinq ou six ans, c'est un lourd défi à relever, en partie parce que nous avons des lois très fermes qui protègent la vie privée. Les professionnels de la santé mentale ont eu tendance à interpréter ces lois de telle sorte qu'ils se sentent obligés d'exclure la famille. Nous avons beaucoup travaillé sur ce point. Je demanderais à M. Chaplow d'expliquer certains des moyens que nous avons pris pour nous attaquer à ce problème.

Dans notre plan directeur, nous avons prévu pour nos services des postes de conseillers familiaux. Ils n'ont pas été créés aussi rapidement que nous l'aurions souhaité, mais les services commencent à nommer des gens qui jouent un rôle de conseiller familial auprès des services et leur expliquent comment faire participer les familles beaucoup plus et comment faire face à des problèmes souvent très complexes de protection de la vie privée, surtout lorsqu'un malade refuse que sa famille soit mise au courant. Ma réponse reste assez vague.

M. Chaplow: Sénateur, la question est fort pertinente, et nous n'avons pas encore réussi à tout régler. La première plainte que nous entendons, c'est que les familles ne sont pas consultées. La deuxième, c'est que le fardeau des soins devient parfois trop lourd, notamment à cause de la désinstitutionnalisation. Aux environs

Health Act to strengthen obligatory consultation with families. The move toward that position has been slow and difficult. As you know, some families are difficult to deal with and are part of the problem rather than part of the answer. Thus, we have had to move carefully on that.

The second issue surrounding the burden of care is that sometimes there is an immediate lack of a place for a person to be placed in an institution. That becomes a criticism of the system. The provider services are working through that, again using some of the blueprint money for respite care and for other support for the family. Thus, it is not a done deal and we are working through all of those very pertinent issues.

Ms. Gaines: I wanted to let you know about our research and development stream. We are in the early stages of developing and implementing consumer outcome measures into services on a routine basis. Ms. Peretini mentioned the *Hua Oranga*, the Maori outcome measure, which specifically includes a "whanau," or family, care perspective. Our agenda is to develop a specific care and perspective in terms of measures that will be collected as a suite of measures in the future.

Senator Cordy: You spoke about an adviser to help somebody work through the system. I will just ask you to be a little more specific in relation to children who are suffering from mental health problems. In my other life, I was an elementary school teacher. I found that sometimes parents were being pulled from all directions. They had school officials speaking with them, psychologists, hospital officials, and family friends who were trying to be helpful, but everybody was giving them conflicting advice.

Would your adviser help parents of children who are suffering from a mental illness work through the system?

Mr. Chaplow: These adviser positions are relatively new. In a sense they came about as a balance from the consumer perspective. Often, the family and the consumer form a tension there. Most of the advisers operate as advocates to support the family. They also operate as intermediaries or facilitators so that they can actually help work with the family and the team. That is exactly what happens.

Senator Cordy: I suppose we are making an assumption here that the families wish to work through the system, are we not?

Mr. Chaplow: Absolutely.

Senator Cordy: Sometimes they are part of the problem.

Mr. Chaplow: Yes.

Senator Cordy: In regard to human resources, do you have enough psychologists and psychiatrists to work through, or do you have long waiting lists as we do in Canada?

de 2001, nous avons modifié notre loi sur la santé mentale pour en raffermir les dispositions sur la consultation obligatoire des familles. Il a été long et difficile d'en arriver là. Comme vous le savez, il est difficile de traiter avec certaines familles, et elles font partie du problème plutôt que de la solution. Nous avons donc été obligés d'agir prudemment.

Le deuxième élément, à propos du fardeau des soins, c'est que, dans l'immédiat, il n'y a pas toujours de place pour un malade dans un établissement. C'est là une critique du système. Les services essaient de résoudre le problème, encore une fois en utilisant une partie de l'argent prévu pour le plan directeur, afin d'offrir à la famille un service de relève et d'autres formes de soutien. Tout n'est donc pas réglé, et nous travaillons sur toutes ces questions très pertinentes.

Mme Gaines: Je voulais vous parler de nos efforts de R et D. Nous en sommes aux premières étapes dans l'élaboration et la mise en place de mesures régulières des résultats pour le patient. Mme Peretini a parlé du *Hua Oranga*, la mesure de résultats des Maoris, qui comprend expressément un «whanau», c'est-à-dire une optique de soin, une optique familiale. Nous cherchons à élaborer une façon particulière d'aborder les soins, en ce qui concerne les mesures des résultats comme ensemble de mesures pour l'avenir.

Le sénateur Cordy: Vous avez parlé d'un conseiller qui peut aider la personne à se débrouiller dans le système. Je vous demanderais de donner un peu plus de précisions au sujet des enfants qui ont des problèmes de santé mentale. À une autre époque de ma vie, j'ai enseigné à l'élémentaire. J'ai constaté que, parfois, les parents étaient tirés dans tous les sens. Des responsables scolaires, des psychologues, des responsables des hôpitaux et des amis qui essayaient de les aider leur donnaient des conseils contradictoires.

Le conseiller dont vous parlez aide-t-il les parents dont les enfants sont atteints d'une maladie mentale à se débrouiller face au système?

M. Chaplow: Ces postes de conseiller sont relativement nouveaux. En un sens, on peut dire qu'ils sont là pour assurer un équilibre du point de vue du consommateur. Souvent, il existe une tension entre la famille et le consommateur. La plupart des conseillers agissent comme des défenseurs qui soutiennent la famille. Ils agissent aussi comme intermédiaires ou facilitateurs. Ils peuvent aider à travailler avec la famille et l'équipe. C'est exactement ce qui se passe.

Le sénateur Cordy: Je suppose que nous présumons ici que les familles veulent travailler avec le système, n'est-ce pas?

M. Chaplow: Absolument.

Le sénateur Cordy: Parfois, elles font partie du problème.

M. Chaplow: Effectivement.

Le sénateur Cordy: En ce qui concerne les ressources humaines, avez-vous assez de psychologues et de psychiatres ou avez-vous de longues listes d'attente comme nous en avons au Canada?

Mr. Chaplow: In terms of world health statistics, such as the suggestion that there should be one psychiatrist for 10,000 people per population, we only have one psychiatrist per 15,000 people here. We are short a hundred or so. That is often not the issue. The issue is how you utilize psychiatrists as part of the team. Also, psychiatrists tend to cluster near universities or schools. That is what happens. You often have an imbalance between urban and rural access to good psychiatry.

At the moment that is not a significant impediment to the successful operation of our services. We do find that our psychiatrists are competitive on a world scale — no doubt as yours are. We import psychiatrists from Canada, the U.K. and the United States. We export psychiatrists to Australia, to the U.K., and so on. About 50 per cent of our psychiatrists come back and one of our challenges is how to get them all back and to build capacity. Part of our workforce strategy is to do that.

Ms. Wilson: In respect of the workforce overall, of course we are short throughout the system. It is not just psychiatrists. We have shortages of nurses, psychologists and all the other professionals. That is why we have a major workforce initiative that includes looking at how we recruit as well as retain.

The Chairman: You talked about changing the laws so that there was obligatory consultation with families. I presume that meant obligatory consultation as long as the patient agreed. Is that right?

Mr. Chaplow: There are caveats to that amendment. It must be seen as advantageous to the patient. Quite often, if, for example, a patient is informal or not coerced into treatment, of course there cannot be any obligatory consultation without their permission.

If the patient is coerced, then strong consideration must be given as to whether to bring the family into that setting.

The Chairman: In responding to Senator Cook, Ms. Peretini made the observation that you are moving in rural areas toward a more holistic, comprehensive approach. Can you expand on what is included in that and tell us what is covered by that approach and how it is actually delivered?

Ms. Peretini: The holistic approach incorporates spirituality, involvement of family, culture, and tribal and sub-tribal identity. Those are some of the key elements. Across the board it is not just about mental health but also about the issues of unemployment, housing, education, and physical health.

The Chairman: What is the background, the training, et cetera? This is obviously a multi-person team; it is not a single individual. Could you tell me something about the make up of the team?

M. Chaplow: Dans les statistiques sur la santé dans le monde, on dit qu'il faudrait avoir un psychiatre pour 10 000 personnes. Nous n'en avons qu'un pour 15 000. Il nous en manque donc une centaine. Mais souvent, le problème n'est pas là. Le problème, c'est de savoir comment utiliser les psychiatres comme membres de l'équipe. De plus, les psychiatres ont tendance à se regrouper autour des universités ou établissements d'enseignement. Souvent, il y a déséquilibre entre la ville et la campagne, pour ce qui est de l'accès à de bons services de psychiatrie.

Pour le moment, ce n'est pas un obstacle important au bon fonctionnement de nos services. Nous constatons que nos psychiatres sont compétitifs sur le plan mondial — sans doute comme les vôtres. Nous importons des psychiatres du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis. Nous en exportons vers l'Australie, le Royaume-Uni, et cetera. Environ 50 p. 100 de nos psychiatres reviennent, et l'un des défis que nous avons à relever est de les ramener tous pour constituer une capacité solide. Notre stratégie sur la population active a fixé cet objectif, entre autres.

Mme Wilson: Dans l'ensemble de l'effectif, il va sans dire que nous sommes à court dans tout le système. Il n'y a pas que les psychiatres. Nous avons des pénuries d'infirmières, de psychologues et de toutes sortes d'autres professionnels. C'est pourquoi nous avons une initiative importante qui porte sur le recrutement et le maintien à l'effectif.

Le président: Vous avez parlé de modifications législatives rendant obligatoire la consultation des familles. Je présume que cela veut dire que la consultation est obligatoire si le patient y consent. Est-ce juste?

M. Chaplow: Cette modification est assortie de réserves. Il faut que la consultation semble avantageuse pour le patient. Très souvent, si, par exemple, une personne n'est pas un patient au sens strict ou si elle n'est pas tenue d'accepter un traitement, il ne peut y avoir une consultation obligatoire sans sa permission, bien entendu.

Si le patient fait l'objet d'une contrainte, il faut réfléchir sérieusement à la possibilité de faire intervenir la famille dans ce contexte.

Le président: En réponse au sénateur Cook, Mme Peretini a signalé que, dans les régions rurales, vous vous acheminiez vers une approche plus holistique, plus englobante. Pourriez-vous expliquer plus longuement ce que cela comprend et ce qui est visé par cette approche, et comment on l'applique?

Mme Peretini: L'approche holistique intègre la spiritualité, la participation de la famille, la culture, l'identité tribale et sous-tribale. Ce sont là certains des éléments clés. Dans l'ensemble, il ne s'agit pas seulement de santé mentale. On aborde aussi les questions de chômage, de logement, d'éducation et de santé physique.

Le président: Quels sont les antécédents, la formation, et cetera? Il faut évidemment toute une équipe. Ce n'est pas l'affaire d'une seule personne. Pourriez-vous nous parler de la composition de l'équipe?

Ms. Peretini: Some providers of services are very well developed and have structures around them that incorporate both clinical and cultural staff. Some of the smaller non-government organizations have less clinical specialization and more cultural. Much of the support provided to consumers and their families is by community support workers. Part of the primary job is to ensure that their cultural-clinical coordination occurs. If it cannot occur within that service, then they coordinate to see what other services can support that family and that individual.

The Chairman: Has it been your experience — at least in the early stages — that adding this sort of holistic-cultural dimension has had a noticeable impact in terms of the delivery of service and the impact on the patient?

Ms. Peretini: We have no definitive evidence. However, anecdotal evidence in the services that many of us have seen across the board — not only in mental health — we have seen that the individual community and family involvement has increased health status significantly.

In the tribal area from which I come, with the involvement of family, the individual and the sub-tribe and the emphasis on mental health and asthma and diabetes, in particular, has been far better coordinated and more affirming when it is done sub-tribally. In my own tribal area, I have seen significant change.

The Chairman: I am sure the answer to my question will be that you have not tried it. However, if this focus on the holistic approach and the cultural background of the patient works for Aboriginals, why is it that the rest of us in society assume it would not work for us and, therefore, we never try those kinds of service delivery approaches with the ordinary white Caucasian population? Has anybody looked at that?

Ms. Peretini: Well, there are two things that I said constantly. One is, "By indigenous peoples, what is good for us will be good for all of you." When non-indigenous people say, "We are a whole person, we have a spiritual element." Being indigenous does not exclude you from any of that.

Mr. Chaplow: I actually think that this pertains very much to cultural ideation as to how the Caucasian world might separate out their lives. In looking at indigenous statistics, the issues of access, acceptability and compliance are very important in terms of outcomes. Engaging so that you increase the access, acceptability and the compliance, are largely cultural factors. Those are issues that we are trying to use to better the outcomes.

Mme Peretini: Certaines entités qui fournissent des services sont très bien développées et ont des structures intégrant des personnes qui s'occupent des aspects cliniques et culturels. Certaines petites organisations non gouvernementales se spécialisent plus du côté culturel que clinique. Une grande partie du soutien assuré aux patients et à leurs familles est le fait de travailleurs communautaires. Une partie du travail primaire consiste à assurer la coordination entre le culturel et le clinique. Si cela ne peut se faire à l'intérieur du service en cause, on assure une coordination pour voir quels autres services pourraient assurer le soutien à la famille et à la personne en cause.

Le président: D'après votre expérience, du moins aux premières étapes, l'ajout de la dimension holistique et culturelle a-t-il eu un impact notable sur la prestation des services et sur le patient?

Mme Peretini: Nous n'avons pas d'éléments de preuve très nets. Cependant, d'après des éléments observés de façon non scientifique par beaucoup d'entre nous dans l'ensemble du service, et pas uniquement en santé mentale, la participation communautaire et la participation des familles ont amélioré l'état de santé de façon marquée.

Dans la région tribale d'où je viens, avec la participation de la famille, de la personne en cause et de la sous-tribu, avec l'accent qui est mis sur la santé mentale, l'asthme et le diabète, notamment, la coordination est bien meilleure et il y a des résultats plus positifs lorsqu'on agit au niveau sous-tribal. Dans ma propre région tribale, j'ai observé des changements significatifs.

Le président: Je suis sûr que vous répondrez à ma question en disant que vous n'avez pas fait l'essai. Néanmoins, si l'accent qui est mis sur l'approche holistique et le contexte culturel du patient donne des résultats pour les aborigènes, pourquoi le reste d'entre nous, dans le reste de la société, supposons-nous que cela ne marcherait pas pour nous? Nous n'essayons jamais d'appliquer ces approches de la prestation des services auprès de la population caucasienne blanche ordinaire. Quelqu'un a-t-il étudié cette question?

Mme Peretini: Il y a deux choses que j'ai sans cesse répétées. D'abord, les peuples aborigènes disent: ce qui est bon pour nous sera bon pour vous tous. Les personnes qui ne sont pas aborigènes disent: nous sommes des personnes complètes, avec un élément spirituel. Le fait d'être aborigène ne vous exclut de rien de tout cela.

M. Chaplow: Je crois que cela tient beaucoup à une conception culturelle, à la façon dont les Caucasiens peuvent faire des distinctions dans leur vie. En étudiant les statistiques sur les aborigènes, les questions d'accès, d'acceptabilité et de conformité sont très importantes du point de vue des résultats. Un engagement qui vise à accroître l'accès, l'acceptabilité et la conformité, cela tient en grande partie à des facteurs culturels. Ce sont ces aspects que nous essayons d'utiliser pour améliorer les résultats.

The Chairman: I share Ms. Peretini's position; it probably ought to work for everybody else but the rest of us are either too scared to try it or too scared to admit that we might actually have a spiritual side. I think that is the problem.

Senator Morin: I would like to return to your mental health strategy that was released in 1998. As Senator Kirby said earlier, we do not have a national plan for mental health in Canada.

From your experience, was this blueprint worth trying? I notice that it coincided with extremely generous extra resources: You went from a budget of $270 million to $725 million in a short time. That is generous funding.

Do you think that a national plan like the one you have can be done without additional resources? If you think it was successful, was it a result of the resources or the plan or both?

I notice that you had seven strategic directions. Were they all implemented? Did you have a chance to evaluate this?

There is no doubt that you have had successes that we have not reached here by any means. Would you recommend this? Do people in the field refer to it? Where there yearly reports? Has this been a major element in the mental health field since 1998?

Ms. Wilson: The short answer to that is yes, it was a major element. It is referred to almost like the Bible. It is the benchmark that they apply or work toward. It does have problems because it is generally input driven, however, we are trying to move away from that in our second plan. We can talk about that later, if you like.

Was the funding important? The history of mental health care in this country was that it was a "Cinderella" of health services funding. It probably did not have adequate resources in the first place. It needed resources. Second, if you have a major reform agenda that is moving from an institutional way of treating people to a much more complex way of treating people, you actually need resources for the reform agenda itself.

There are those two elements. First, mental health care was behind the eight ball by a long way, so it needed to catch up. Second, you are totally reconfiguring the way people think about mental health and the way they deal with people with mental illness. You are changing attitudes and trying to change the way a community thinks about those people in terms of stigma and discrimination. You need resources when you have a major reform agenda like that.

Le président: Je partage le point de vue de Mme Peretini. Cette approche devrait marcher pour tout le monde, mais les non-Autochtones ont peut-être trop peur d'essayer, trop peur d'admettre qu'ils ont en eux une dimension spirituelle. Je crois que le problème réside là.

Le sénateur Morin: Je voudrais en revenir à votre stratégie de 1998 sur la santé mentale. Comme le sénateur Kirby l'a dit tout à l'heure, le Canada n'a pas de plan national en matière de santé mentale.

À la lumière de votre expérience, va-t-il la peine d'essayer ce plan directeur? Je constate qu'il a été doté de ressources supplémentaires extrêmement généreuses. En peu de temps, votre budget est passé de 270 à 725 millions de dollars. C'est là un financement généreux.

Pensez-vous qu'un plan national comme le vôtre peut s'appliquer sans ressources supplémentaires. Si vous pensez qu'il a été une réussite, est-ce que le succès est attribuable aux ressources, au plan ou aux deux?

Je remarque que vous aviez sept orientations stratégiques. Ont-elles toutes été suivies? Avez-vous eu la possibilité de faire une évaluation?

Il ne fait pas de doute que vous avez remporté des succès que nous sommes loin d'avoir obtenus chez nous. Recommanderiez-vous d'appliquer un plan semblable? Sur le terrain, est-ce qu'on s'y reporte? Y a-t-il eu des rapports annuels? Est-ce que cela a été un élément majeur dans le domaine de la santé mentale depuis 1998?

Mme Wilson: La réponse rapide est oui, c'est un élément majeur. On s'y reporte presque comme à la Bible. C'est le point de repère qu'on utilise et qu'on cherche à atteindre. Il y a des problèmes parce que l'accent est mis généralement sur les intrants, mais nous essayons de nous éloigner de cette approche dans notre deuxième plan. Nous pourrons y revenir plus tard, si vous voulez.

Le financement a-t-il été important? L'histoire des soins en santé mentale dans ce pays fait penser à Cendrillon, pour ce qui est du financement. Au départ, il n'y avait sans doute pas des ressources suffisantes. Il fallait débloquer des ressources. Deuxièmement, si on veut appliquer une importante réforme qui remplace l'institutionnalisation par une façon plus complexe de traiter les patients, il faut des ressources pour appliquer le programme de réforme en soi.

Il y a donc ces deux éléments. D'abord, les soins en santé mentale étaient très en retard. Il fallait un rattrapage. Deuxièmement, il faut reconfigurer totalement la façon de penser la santé mentale et la façon de traiter les malades mentaux. Il s'agit de changer les attitudes et d'essayer de changer la façon dont la société perçoit ces malades, les met à part et fait de la discrimination. Pour un important programme de réforme comme celui-là, il faut des ressources.

Has it been successful? We have had yearly progress reports. The Mental Health Commission must report to Parliament annually on how we are progressing. Overall, we are about 75 per cent of the way there. Some of the strategic directions are further along than others.

Most of the targets that we set in that mental health plan have been implemented. We are now at the start of formulating the second plan with some new targets.

Mr. Chaplow: I would like to add that one other issue is advocacy. The question politicians asked of the mental health sector was, "Why it is so bad, and what can we do about it?" Having a costed plan with analysis of the gap between what existed and what we needed was a very powerful advocacy tool. Our treasury saw that and said, "Well, you have a plan. You have a shape. We know the dimension of the problem. We will try to close the gap." That was very important.

The Chairman: Ms. Wilson, in your comment a moment ago you spoke about the programs that you would run to reduce discrimination. I thought the title, "Like Minds, Like Mine," was very clever.

As I understand it, for a number of years you ran what I would call an awareness-raising program. You subsequently moved beyond awareness raising into actually attempting to reduce stigma and discrimination. If you have samples of your old communications material — the material you used in the awareness-raising campaign — I would love if you would send that to us. That would give us a real feel for what it is like. Indeed, we would also appreciate some examples of the current program.

Can you give me some sense of what resources went into it? As well, how did the population as a whole react? In Canada, people are fond of saying that the mental health system is the "orphan" of the health care system, in that people pretend it is not there and certainly do not talk about it in public conversation. How effective was the program? Did you measure its effectiveness? What did it involve?

Ms. Wilson: First, it is quite important to understand at the very beginning of this initiative or program, a significant amount of base research was undertaken. There was research done on attitudes in the community and on how people might respond to such an awareness raising. That went alongside our community development approach.

This campaign is not run by mental health experts; it is run by public health experts who are experts at public health campaigns such as HIV, anti-smoking, alcohol and drug and so on. There is a significant amount of expertise from that perspective. They used a community development approach where a range of public health professionals alongside other

Est-ce que ce fut une réussite? Nous avons déjà des rapports provisoires. La Commission de la santé mentale doit chaque année faire rapport au Parlement des progrès accomplis. Globalement, nous sommes à 75 p. 100 du parcours. Dans certaines orientations stratégiques, nous sommes plus avancés que dans d'autres.

La plupart des objectifs que nous avons fixés dans le plan de santé mentale ont été atteints. Nous en sommes à formuler le deuxième plan, qui comprend de nouveaux objectifs.

M. Chaplow: Il y a une autre question à ajouter, celle de la promotion. Les hommes et femmes politiques demandaient, à propos du secteur de la santé mentale: «Pourquoi est-ce que ça va si mal? Que pouvons-nous faire?» Un plan assorti de données sur les coûts de réalisation, avec une analyse de l'écart entre ce qui existait et ce dont nous avions besoin a été un outil de promotion très puissant. Au Trésor, on a regardé tout cela et on a dit: «Vous avez un plan. Vous avez une façon d'aborder le problème. Nous allons essayer de combler l'écart.» Cette étape a été très importante.

Le président: Madame Wilson, tout à l'heure, vous avez parlé des programmes que vous appliqueriez pour atténuer la discrimination. Le titre «Like Minds, Like Mine» m'a semblé très astucieux.

Si je comprends bien, vous avez appliqué pendant un certain nombre d'années un programme de sensibilisation. Vous êtes ensuite allés au-delà de la sensibilisation pour essayer d'atténuer l'opprobre et la discrimination. Si vous avez encore des exemplaires de votre ancien matériel de communication, des documents employés au cours de la campagne de sensibilisation, je voudrais bien que vous nous les fassiez parvenir. Cela nous donnerait une idée plus concrète de ce dont il s'agit. Nous aimerions aussi avoir des exemples des documents de votre programme actuel.

Pouvez-vous me donner une idée des ressources que vous avez consacrées au programme? Comment l'ensemble de la population a-t-elle réagi? Au Canada, on aime à dire que le système de soins en santé mentale est le parent pauvre du système de santé en ce sens qu'on prétend qu'il n'existe pas et qu'on n'en parle certainement pas en public. Dans quelle mesure le programme a-t-il été efficace? En avez-vous mesuré l'efficacité? En quoi cela consistait-il?

Mme Wilson: D'abord, il est très important de comprendre que, au tout début de cette initiative ou de ce programme, des recherches de base considérables ont été entreprises. Elles ont porté sur les attitudes dans la population et sur les réactions que susciterait une campagne de sensibilisation. Cette démarche s'est déroulée parallèlement à notre approche de développement communautaire.

Cette campagne n'est pas menée par des experts en santé mentale, mais par des experts en santé publique qui s'y connaissent en campagnes sur des choses comme le VIH, le tabac, l'alcool, les drogues, et cetera. De ce point de vue, il y a des compétences considérables. On utilise l'approche du développement communautaire dans laquelle tout un ensemble

people such mental health consumers built relationships with local government and small community groups raising awareness in a different kind of way.

Then first national campaign was run and the research that followed indicated a surprising change in attitudes. There seemed to be increased understanding the common mental disorders such depression, anxiety disorders, alcohol addiction and so on.

The campaign was based on famous New Zealanders who were willing to talk publicly about their problems with depression and anxiety disorders. I have some of the clips here. I will show you one of them. You probably have heard of the All Blacks, New Zealand's national rugby football team. One of their players was on the national campaign. Every successive bit of the program has been thoroughly evaluated with independent research that shows the ongoing change in awareness and attitudes in the community. It has been quite carefully done.

The current campaign has moved away from the famous people to ordinary people who have also suffered significant illnesses such as manic-depressive or bipolar disorder, schizophrenia and so on. It focuses on them, their families and lives.

On the amount of resources, I do not have the figures, but I can certainly get them for you. They may have a base budget of something quite small — $2 million a year. Each campaign is funded on top of that. Everybody gave their time for free, so even the famous people who were in the advertisements did not get paid for it. They did it voluntarily. There is a significant amount of goodwill amongst New Zealanders in donating their time. Of course, it has gone alongside a media campaign — a relationship-building with organizations such as the police and other agencies and community organizations and how they deal with people with mental illness. I could send the committee a large package; that is not a problem.

The Chairman: That would be wonderful. My guess is that attitudes among young people changed far faster than attitudes among people our age. Is that right?

Ms. Wilson: I do not know off the top if that is true, although it might be true. I would have to look at the statistics.

The Chairman: For example, there have been a number of polls on same-sex marriage, which is a big issue in this country. The polls show that of those who are under 35, two-thirds to 70 per cent say there is nothing wrong with it; and among those who are over 65, two-thirds to 70 per cent say it is a terrible idea. It just seems that changing basic attitudes is easier when you are young and fresh rather then when you are old and crotchety like we are. I was curious if that applied there, too.

de professionnels de la santé publique et d'autres personnes, comme des consommateurs de soins en santé mentale, établissent des relations avec l'administration locale et des petits groupes communautaires pour assurer la sensibilisation d'une manière différente.

La première campagne nationale a eu lieu, et les recherches qui ont suivi ont révélé une évolution étonnante de l'attitude. On semblait mieux comprendre les troubles mentaux courants comme la dépression, les troubles anxieux, l'alcoolisme, et cetera.

La campagne faisait appel à des Néo-Zélandais très connus qui étaient disposés à parler publiquement de leurs problèmes de dépression et de troubles anxieux. J'ai ici quelques clips. Je vais vous en montrer un. Vous avez probablement entendu parler des All Blacks, l'équipe nationale de rugby de la Nouvelle-Zélande. L'un de ses joueurs a participé à la campagne nationale. Chaque élément du programme a fait l'objet d'une évaluation approfondie, avec des recherches indépendantes qui montrent les changements dans la sensibilisation et les attitudes de la collectivité. Cela a été fait avec beaucoup de soins.

La campagne actuellement en cours a laissé tomber les personnalités connues pour faire appel à des gens ordinaires qui ont été atteints de maladies assez graves, comme la manie-dépression ou le trouble bipolaire, la schizophrénie, et cetera. L'accent est mis sur ces personnes, leur famille, leur vie.

Quant à l'ampleur des ressources, je n'ai pas les chiffres, mais je pourrais certainement vous les communiquer. Ils peuvent avoir un budget de base assez modeste, comme 2 millions de dollars par année. Chaque campagne reçoit un financement supplémentaire. Tous ont donné leur temps gratuitement. Les personnalités connues qui ont participé aux annonces l'ont fait gratuitement, volontairement. Chez les Néo-Zélandais, il y a beaucoup de bonne volonté, lorsqu'il s'agit de donner de son temps. Bien entendu, il y a eu parallèlement une campagne dans les médias — on a établi des relations avec des organisations comme la police et d'autres services et des organismes communautaires au sujet de leur façon d'aborder les malades mentaux. Je pourrais faire parvenir au comité une volumineuse documentation. Ce n'est pas un problème.

Le président: Ce serait magnifique. Je suppose que les attitudes ont changé plus rapidement chez les jeunes que chez les personnes de notre âge. Ai-je raison?

Mme Wilson: D'emblée, je ne pourrais pas dire si c'est vrai ou non. Vous avez peut-être raison. Il faudrait que je voie les statistiques.

Le président: Par exemple, il y a eu un certain nombre de sondages sur le mariage entre conjoints de même sexe, ce qui est la question de l'heure, au Canada. Les sondages montrent que chez les personnes de moins de 35 ans, entre les deux tiers et 70 p. 100 n'ont rien contre. Chez les 65 ans et plus, entre les deux tiers et 70 p. 100 disent que c'est une idée atroce. Il semble qu'il soit plus facile de modifier les attitudes fondamentales lorsqu'on est jeune et tout neuf que lorsqu'on est vieux et grincheux comme nous le sommes. Je me demandais si c'était la même chose chez vous.

Senator Cordy: I am still amazed at how you managed to convince everyone to buy into spending the amount of money for the plan, which is a wonderful idea. Did it just snowball? You had leaders that came from the medical sector, from the community and from the patient base. How did it begin? Did it start slowly and gradually build up? What was the momentum? Was there a turning point when you said, "We've got it!"?

Ms. Wilson: People may have different perspectives — and this may seem cynical — but the truth is we had a series of critical events in which an identified person, or people, with mental illness committed homicide. New Zealand is small and everybody knows everybody else, more or less. These things are painful, difficult and tragic, and there is often a significant amount of adverse publicity around them.

I do not think that we have more such incidents than any other country, to be honest, but it is just the nature of New Zealand and that we have a totally public-funded national health service. It becomes a political issue. Although we had the strategy and some funding to implement it, the general sector and the community were not happy. This resulted in a lengthy inquiry that lasted over one year. The inquiry talked to people across the country and internationally — just as you are doing. It resulted in a number of recommendations, including the one for a significant increase in resources and the development of this blueprint to analyze more accurately the kind of resources required. I must say that the politicians of the day basically bit the bullet and decided to go ahead with it.

Is my perspective right?

Mr. Chaplow: That is pretty much right, yes.

Ms. Wilson: Does that answer your question?

Senator Cordy: It does, thank you.

When you spoke to the issue of deinstitutionalization, I found it interesting to learn that you retained the same number of hospital beds, despite the fact that people were going into the community for services, but their disbursement was reconfigured. I was not sure what you meant. Were you referring to group homes where people would live in a home situation together? Could you clarify that?

In Canada, we have lost hospital beds because of deinstitutionalization but that money is not necessarily going to the community, which was the plan when this happened. How does that work?

Mr. Chaplow: It often depends on how you count things. One of the characteristics of the asylum — or the big bin — was that all of the beds were together. The advantage to that was capacity and flexibility. We took out the various streams. For example, we felt that it would be far better for the acute beds to go on hospital

Le sénateur Cordy: Je suis toujours étonnée de la façon dont vous avez pu convaincre tout le monde de consacrer autant d'argent au plan, qui est une excellente idée. Est-ce qu'il y a eu un effet boule de neige? Vous avez eu des chefs de file qui sont venus du milieu médical, du niveau communautaire et des patients. Comment cela a-t-il commencé? Le mouvement a-t-il commencé lentement pour s'amplifier par la suite? Est-ce ainsi que les appuis sont venus? Y a-t-il eu un point tournant où vous avez pu vous dire que c'était gagné?

Mme Wilson: Les gens peuvent avoir des points de vue différents — et cela peut sembler cynique — mais la vérité, c'est que nous avons eu une série d'incidents graves. Une certaine personne atteinte d'une maladie mentale a commis un homicide. La Nouvelle-Zélande est un petit pays et tout le monde se connaît, plus ou moins. Ces incidents sont douloureux, difficiles et tragiques et ils sont souvent entourés d'une certaine publicité négative.

Pour être honnête, je ne crois pas que nous ayons plus d'incidents semblables que n'importe quel autre pays. C'est simplement que la Nouvelle-Zélande est ainsi faite. Et nous avons un service de santé publique qui est entièrement financé par l'État. L'affaire prend une dimension politique. Nous avions une stratégie et des ressources pour l'appliquer, mais le secteur en général et la collectivité n'étaient pas satisfaits. Il y a donc eu une longue enquête qui a duré plus d'un an. Pour mener l'enquête, on a consulté des gens un peu partout en Nouvelle-Zélande et à l'étranger, exactement comme vous le faites. L'enquête a accouché d'un certain nombre de recommandations, dont celle prévoyant une augmentation marquée des ressources et l'élaboration de ce plan directeur visant à analyser avec plus de précision la nature des ressources nécessaires. Je dois dire que les hommes et femmes politiques de l'époque ont serré les dents et sont allés de l'avant.

Ma façon d'aborder la question est-elle la bonne?

M. Chaplow: Oui, c'est passablement juste.

Mme Wilson: Cela répond-il à votre question?

Le sénateur Cordy: Oui, je vous remercie.

Quand vous avez parlé de désinstitutionnalisation, j'ai trouvé intéressant d'apprendre que vous aviez gardé le même nombre de lits dans les hôpitaux, même si les patients recevaient les services dans la collectivité, mais il y a eu reconfiguration. Je ne vois pas très bien ce que vous vouliez dire. S'agissait-il de foyers collectifs où les patients vivaient ensemble comme dans une maison ordinaire? Pourriez-vous préciser?

Au Canada, nous avons perdu des lits dans les hôpitaux, mais cet argent ne va pas nécessairement dans la collectivité, ce qui était pourtant prévu au départ. Comment cela fonctionne-t-il?

M. Chaplow: Cela dépend souvent de la façon de compter. L'une des caractéristiques de l'asile, du grand établissement, c'était que tous les lits se trouvaient au même endroit. L'avantage, c'était la capacité et la souplesse. Nous avons séparé les divers types de soins. Par exemple, il nous a semblé bien préférable

campuses where diagnoses can be made. By and large, the forensic services should be in their own stream — likewise for the elderly and children and so forth.

When we counted up the beds in the various streams, we had not lost the number of beds. We have had to build the capacity in the community. For example, how much support does a person need to be in the community? Do we have respite care available? A person might not need to go to hospital but we need to relieve the family or the caregivers for a number of days, and so on. These are the kinds of things.

Senator Cordy: Did the money for community housing come out of the health budget? Was there bickering between various government departments as to who would be responsible for housing? Are all government departments working together?

Ms. Wilson: That is a good question. In the early 1990s — almost at the same time as the first mental health strategy was being formed — there was a government policy to move funding that had been in Vote Social Welfare for supporting people with disability, in their own homes and in group homes to Vote Health. Part of our increased funding around 1992-93 was a transfer of Vote from Social Welfare to Vote Health. That meant that we picked up most of the funding for the support of people.

We then had different levels — levels 4 and 3, which are more intensive support, received higher levels of per capita funding; level 1 has a lower level of support. We do have group homes of perhaps four or five people. There has been a move toward much smaller, home-like bases that we all experience. There has also been a move, since then, for people to be in their own homes with whomever they wish — alone or with their friends or family. That has been a more recent move.

How do you get a house? Actually, the funding for the house has stayed with Housing New Zealand, the government department responsible for housing. It has been that department's responsibility to find the house. The support required to maintain the house comes out of vote health at this time.

Mr. Chaplow: May I say that it is not all sweetness and light in New Zealand. One or two councils have tried to pass by-laws preventing this from happening. By and large, they have not been successful but it does amount to a rearguard action by people who do not want these people in their communities.

The second thing is that there has been queuing for housing. We have been trying to get preferential treatment for the mental health patients coming back into the community. That has been a struggle sometimes. Sometimes it has been fine, and sometimes it has been a struggle in some areas.

d'avoir les lits pour soins actifs dans les hôpitaux universitaires, où on peut faire des diagnostics. Dans l'ensemble, les services de psychiatrie légale doivent être à part. Même chose pour les personnes âgées et les enfants, et cetera.

Lorsque nous avons fait le décompte des lits des divers types de services, nous avons constaté que nous n'avions rien perdu. Nous avons dû mettre en place une capacité de service dans la collectivité. Par exemple, de quel soutien une personne a-t-elle besoin dans la collectivité? Avons-nous des services de relève. Un patient n'a peut-être pas à être hospitalisé, mais nous devons donner quelques jours de répit à sa famille ou à ceux qui s'occupent de lui. Ce genre de chose.

Le sénateur Cordy: L'argent nécessaire pour le logement communautaire est-il venu du budget de la santé? Y a-t-il eu des querelles entre les différents ministères au sujet de la responsabilité du logement? Tous les ministères travaillent-ils de concert?

Mme Wilson: Excellente question. Au début des années 90 à peu près au moment de l'élaboration de la première stratégie sur la santé mentale —, il y a eu une politique gouvernementale qui a fait passer au crédit de la santé le financement qui était prévu dans le crédit des affaires sociales pour aider les personnes handicapées qui habitent dans leur propre logement ou dans des foyers collectifs. Cela veut dire que nous avons hérité de la majeure partie des ressources utilisées pour assurer un soutien aux patients.

Nous avons défini des niveaux différents. Les niveaux 4 et 3 correspondaient à un soutien plus intensif. Ils ont donc reçu un financement par personne plus élevé. Pour le niveau 1, le soutien était moins considérable. Nous avons des foyers collectifs prévus pour quatre ou cinq personnes. Nous avons évolué vers des établissements plus petits, semblables à des maisons comme nous les connaissons tous. Depuis lors, nous avons eu tendance à placer les gens dans leur propre chez-soi, seuls ou avec qui ils veulent, des amis ou des membres de leur famille. C'est là une évolution plus récente.

Comment on obtient une maison? En réalité, le financement des logements relève toujours de Housing New Zealand, le ministère chargé du logement. Il incombe toujours au ministère de trouver un logement. En ce moment, le soutien pour entretenir le logement vient du crédit de la santé.

M. Chaplow: Puis-je ajouter que tout ne se passe pas toujours de façon agréable et sans difficultés, en Nouvelle-Zélande. Un ou deux conseils ont essayé de prendre des règlements pour empêcher cette évolution. Généralement, ils n'ont pas réussi, mais cela équivaut à une lutte d'arrière-garde de la part de ceux qui ne veulent pas voir ces malades dans leur collectivité.

Le deuxième problème, c'est l'attente pour obtenir un logement. Nous avons essayé d'obtenir un traitement préférentiel pour les patients ayant des troubles mentaux qui réintègrent la collectivité. Il a fallu parfois lutter. Parfois, tout s'est passé à merveille, mais, à d'autres moments, il y a eu des luttes dans certains secteurs.

Senator Cordy: Thank you very much. That has been helpful. We also have what we call the NIMBY, or the not-in-my-backyard syndrome. It is not as common as it used to be, thank goodness.

The Chairman: I should like to close by asking you to make some general comments on the way you are developing your new blueprint — you put out the issues paper last month seeking comment. Can you tell us what the timetable is for actually producing the blueprint? I ask partly because Senator Morin just whispered, "Are we ever behind where they are." That is certainly true.

To the extent that we can learn and plagiarize from what you are going to do in your next draft of the blueprint, it would be helpful to us. Can you tell us a little bit about the kind of timetable and where you see that process heading and when?

Ms. Wilson: Before I do, I think it is important that you are clear that we have had a strategy and a plan. The first one was called "Looking Forward" and the plan was called "Moving Forward." The blueprint, which came in 1998, was produced by the Mental Health Commission rather than government itself, although government has since adopted it as policy. We are currently preparing the second national plan, and we do not know whether there will be a redraft of the blueprint or not. That will have to follow the second plan.

We are about to go to cabinet on a draft plan, which will then go out for wide consultation in the community. Our timeline for this plan is really the rest of this year. We hope to have our second plan finalized and accepted by government by November-December.

It is not a zero base, so we will try to carry on from where we are. Continuing implementation of the blueprint is still very much a part of the plan. We still have a major focus on the Maori, our indigenous people. We have a major focus on workforce development, infrastructure development, and information development, and developing a performance management system so we can see if we are doing what we are supposed to be doing. Is this working? Is the investment worthwhile? We have a major strategic direction on mental health in the primary health care sector, prevention and promotion and, lastly, social inclusion.

We will be tackling those social exclusion issues relating to why people with mental illness face barriers to reintegrating into communities and society. We will also examine what effects they experience in terms of their income, employment and education opportunities because of their mental illness. Finally, we are bringing addiction into the plan more formally.

The Chairman: We are delighted on that last piece, because we have included addiction in our terms of reference.

Le sénateur Cordy: Merci beaucoup. Ces renseignements sont très utiles. Nous avons aussi chez nous le syndrome «d'accord, mais pas dans ma cour». Ce n'est pas aussi courant que par le passé, Dieu merci.

Le président: Je voudrais terminer en vous demandant de faire des observations générales sur la façon dont vous élaborez en ce moment votre deuxième plan directeur. Vous avez publié un document sur les enjeux le mois dernier pour demander des commentaires. Quel est le calendrier que vous voulez respecter pour produire le plan directeur? Je pose la question en partie parce que le sénateur Morin vient de me murmurer: sommes-nous toujours en retard sur eux? C'est tout à fait vrai.

Dans la mesure où nous pouvons tirer des enseignements de ce que vous faites et plagier la prochaine version de votre plan directeur, cela nous serait utile. Pourriez-vous nous dire un mot de votre calendrier, de l'orientation de la démarche et des repères dans le temps?

Mme Wilson: Au préalable, il me semble important que vous compreniez clairement que nous avons eu une stratégie et un plan. La première s'appelait «Looking Forward» et le plan «Moving Forward». Le plan directeur, qui a été publié en 1998, a été l'œuvre de la Commission de la santé mentale plutôt que du gouvernement, bien que le gouvernement en ait ensuite fait sa politique. Nous sommes en train d'élaborer le deuxième plan national, et nous ignorons s'il y aura une nouvelle version du plan directeur ou non. Cela viendra après le second plan.

Nous sommes sur le point de présenter une version provisoire au Cabinet. Il y aura ensuite de vastes consultations publiques. Nous espérons que notre deuxième plan sera terminé et accepté par le gouvernement d'ici novembre ou décembre.

Nous ne partons pas de zéro. Nous essayons de repartir de là où nous en sommes. La poursuite de l'application du plan directeur fait toujours partie du plan. Nous insistons encore beaucoup sur les Maoris, notre peuple aborigène. Nous insistons également sur le perfectionnement de la main-d'œuvre, le développement de l'infrastructure et de l'information, l'élaboration d'un système de gestion du rendement pour savoir si nous faisons ce que nous sommes censés faire, si le système fonctionne, si l'investissement en vaut la peine. Nous avons une importante orientation stratégique en santé mentale dans le secteur des soins de santé primaire, la prévention et la promotion et, enfin, l'intégration sociale.

Nous allons nous attaquer aux problèmes d'exclusion sociale qui ont pour conséquence que les malades mentaux ont du mal à s'intégrer dans les collectivités et la société en général. Nous examinerons aussi les conséquences de leur maladie mentale sur leur revenu, leur emploi et leurs possibilités de faire des études. Enfin, nous allons intégrer de façon plus officielle la toxicomanie dans le plan.

Le président: Nous sommes enchantés de ce dernier élément, car nous avons également englobé la toxicomanie dans notre mandat.

When you send the draft plan out for what you call wide consultation, does that make it a public document? If so, could you send us a copy? I assume, like us, wide consultation by definition means it might as well be a public document because someone will leak it anyway.

Ms. Wilson: The media will have it. You might as well have it.

The Chairman: If you could send us one, we would appreciate that. It would be great.

Senator Cook: I walked myself through your blueprint beginning in 1998, and I am at April 2004. Of particular interest to me is the bullet that says: "A new, non-clinical workforce has emerged, primarily in the NGOs, with nationally agreed minimum standards of training." Would you share what you mean by "nationally agreed minimum standards of training?"

Ms. Wilson: We have an organization here called the National Qualifications Framework. This organization sets all qualifications that are below degree level at universities. This includes certificates and diplomas. We have a certificate in community mental health support work, which has now trained about 2,000 new workers.

We have a new workforce, called community mental health support workers, that has been training over the last five years probably. They work predominantly in the NGO sector but they also work in the public mainstream sector. They are trained to support patients or consumers with mental illness, either in their homes or in formal residential settings in the community, or to help them work through the system. They would be the person who would go with them to the income support agency, to the employment agency, to help them battle the societal barriers.

Does that make sense?

Senator Cook: It does. I am particularly interested in it because in an ad hoc fashion here in Canada — especially where I live — that is happening, but not in an organized manner. There are no standards for training or the delivery of the service. It is out of the caring and goodness of people's hearts that they provide a service when they see a gap. I am particularly interested in how you have managed and achieved those national standards.

Thank you.

The Chairman: Ms. Wilson, may I say on behalf of my colleagues how much we appreciate you and your colleagues taking the time to be with us today. It has been very helpful. It is almost embarrassing to realize how far behind we are. On the other hand, it generates a huge degree of optimism in the sense that it has been possible to make progress over the decade that you have been at it. It would be a huge step forward if we can begin to launch a similar process here next year.

Lorsque vous diffusez le plan provisoire pour ce que vous appelez de vastes consultations, cela en fait-il un document public? Si oui, pourriez-vous nous en envoyer un exemplaire? Je présume que, comme chez nous, les vastes consultations, par définition, veulent dire que ce peut être un document public, puisqu'il y aura des fuites de toute façon.

Mme Wilson: Les médias le recevront. Aussi bien que vous l'ayez aussi.

Le président: Si vous pouviez nous l'envoyer, nous vous en serions reconnaissants. Ce serait magnifique.

Le sénateur Cook: J'ai parcouru votre plan directeur qui commence en 1998, et j'en suis rendu à avril 2004. J'ai trouvé particulièrement intéressant le passage qui dit: «Un nouvel effectif non clinique est apparu, surtout dans les ONG, avec des normes de formation minimums acceptées au niveau national». Pourriez-vous expliquer ce que vous entendez par «normes de formation minimums acceptées au niveau national»?

Mme Wilson: Nous avons une organisation, le National Qualifications Framework, qui définit toutes les compétences qui se situent à un niveau inférieur à celui des universités. Cela comprend les certificats et les diplômes. Nous avons un certificat pour le travail de soutien communautaire en santé mentale. Environ 2 000 nouveaux travailleurs ont reçu cette formation.

Nous avons un nouveau groupe de travailleurs, les travailleurs du soutien communautaire en santé mentale, qui reçoivent une formation depuis probablement cinq ans. Ils travaillent surtout dans le secteur des ONG, mais ils travaillent aussi dans le secteur public principal. Ils reçoivent une formation pour aider les patients ou consommateurs qui ont des troubles mentaux, que ce soit à domicile ou dans des unités résidentielles communautaires, ou pour les aider à se débrouiller avec le système. Ils peuvent par exemple les accompagner au service du soutien du revenu, au service de l'emploi, pour les aider à surmonter les obstacles sociaux.

Cela vous semble logique?

Le sénateur Cook: Bien sûr. Je m'intéresse particulièrement à la question parce que, au Canada, et surtout là où j'habite, ce genre de chose se fait de façon occasionnelle, mais pas de façon organisée. Il n'y a pas de normes de formation et de prestation des services. C'est par compassion et bonté que les gens rendent service lorsqu'ils s'aperçoivent qu'il y a une lacune. Je suis particulièrement intéressée par la façon dont vous avez géré ce dossier et êtes parvenus à ces normes nationales.

Merci.

Le président: Madame Wilson, au nom de mes collègues, je tiens à vous dire à quel point nous vous sommes reconnaissants d'avoir bien voulu prendre le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui. Vous nous avez été très utiles. Il est presque embarrassant de constater à quel point nous tirons de l'arrière. Par ailleurs, votre témoignage suscite énormément d'optimisme, en ce sens que vous avez accompli de grands progrès en seulement dix ans. Ce serait un grand progrès pour nous d'arriver à lancer un processus semblable chez nous l'an prochain.

Thank you all for your help. I look forward to receiving your information packages. Inevitably, there may be additional questions, so we unilaterally reserve the right to bug you again and to try to get additional information as it comes to us.

The committee adjourned.

Merci de toute votre aide. J'ai hâte de recevoir la documentation que vous nous avez proposée. Inévitablement, d'autres questions surgiront. Nous nous réservons donc unilatéralement le droit de vous ennuyer de nouveau pour essayer d'obtenir un complément d'information, lorsque la documentation nous parviendra.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, May 6, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:00 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.

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

[*English*]

The Deputy Chairman: I believe we have a quorum. We shall get started on our continuing study on issues arising from and develop during our health care study. As everyone knows, we are authorized by the Senate of Canada to examine issues concerning mental health and mental illness.

This morning we have a witness by video conferencing, Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, in the United Kingdom. In half an hour, her colleague, Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch, will join her.

Welcome, Ms. Richardson. Thank you very much for giving us your time today on this very important issue that I hope we can raise to a new level of awareness in this country. We are looking forward to hearing what you have done in the United Kingdom to advance this important health issue.

If you would proceed with your statement and then my colleagues will have questions for you.

Ms. Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, Government of the United Kingdom: I will give you an overarching summary of where I think we are on mental health reform in England. It has been a very significant period of change for us, really since the government changed in 1997. I will set out some of the highlights of the progress that we have made with mental health reform since that time. I am sure you will want to pick up on questions about particular details as we go through.

When the Labour government came into office in this country in 1997, it made mental health a priority for reform. In 1998, we published a white paper called "Modernizing Mental Health Services," which set out an agenda for probably the most radical

OTTAWA, le jeudi 6 mai 2004

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

La vice-présidente: Je crois que nous avons le quorum. Nous poursuivons notre étude sur les questions qu'a suscitées le dépôt de notre rapport final sur le système de soins de santé. Comme tout le monde le sait, le Sénat du Canada nous a autorisés à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Ce matin, nous entendrons, par vidéoconférence, Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale du ministère de la Santé du Royaume-Uni. Dans une demi-heure, son collègue, Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale se joindra à elle.

Bienvenue, madame Richardson. Je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps aujourd'hui de nous renseigner sur cette question très importante à laquelle, je l'espère, nous pouvons mieux sensibiliser la population de notre pays. Nous avons hâte d'entendre les mesures que vous avez prises au Royaume-Uni pour promouvoir cet aspect important de la santé.

Je vous demanderais de bien vouloir présenter votre déclaration, après quoi mes collègues auront des questions à vous poser.

Mme Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé, gouvernement du Royaume-Uni: Je vais vous présenter une vue d'ensemble de la situation de la réforme de la santé mentale en Angleterre. Depuis le changement de gouvernement en 1997, nous avons traversé une période de changement très importante. Je vous indiquerai les principaux progrès que nous avons réalisés dans le cadre de la réforme de la santé mentale depuis. Je suis sûre que vous voudrez poser des questions sur certains détails au fur et à mesure de ma présentation.

Lorsque le gouvernement travailliste a pris le pouvoir dans ce pays en 1997, il a fait de la santé mentale une priorité pour la réforme. En 1998, nous avons publié un Livre blanc intitulé «Modernizing Mental Health Services», qui établissait le

reform since the 1960s, when it became clear that it was appropriate to think about closing the large traditional Victorian psychiatric hospitals.

We made a start with our white paper, which set out three components of reform. First, there was modernization of the legislation. Second, there were changes to the investment in mental health services and the development of new models of care. Third, there was reform of "care processes," or the means by which mental health care is delivered.

That white paper was followed in 1999 by the publication of the National Service Framework for Mental Health. Since that time we have published a series of national service frameworks on various issues such as coronary heart disease and cancer. We are about to publish one on children's and women's services. However, the one on mental health was the first.

The national service framework contains seven standards for improvements in services. Standard one is concerned with mental health promotion — that is all the action that is needed to help us take action against the stigma that there is surrounding mental ill health and the risks, to reduce risks of people developing mental ill health. Standards two and three were about mental health in primary care, which addressed the action that was needed to improve access to services by people with so-called common mental disorders.

Standards four and five were about people with severe mental ill health — the relatively small proportion of the total group of people with mental health problems — who nonetheless carry the biggest risk in relation to death by suicide and other causes, and who also carry the highest levels of morbidity. I am thinking of people with a diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder or very severe depression.

Standard six concerned the action that was needed to improve services and supports for caregivers. Standard seven focused on all that we needed to do across the spectrum of mental health and social care services to reduce the risk of death by suicide.

Those seven standards were broadly evidence based. We wrote the national service framework on the basis of advice from an external reference group. We established a group of stakeholders and players in the mental health service picture and we asked that external reference group, which was chaired for us by a leading psychiatrist in England, to give us advice about the things that would really make the most difference for service users and caregivers and that would make the most difference to the quality of care provided.

programme de ce qui était probablement la réforme la plus radicale apportée depuis les années 60, lorsqu'il est devenu clair qu'il fallait songer à fermer les grands hôpitaux psychiatriques traditionnels remontant à l'ère victorienne.

Nous avons commencé par le Livre blanc qui a énoncé trois éléments de réforme. Le premier était la modernisation des lois. Le deuxième consistait en changements à l'investissement dans les services de santé mentale et à la mise au point de nouveaux modèles de soins. Le troisième élément portait sur la réforme des procédés de soins, c'est-à-dire les moyens par lesquels on assure des soins en santé mentale.

En 1999, ce Livre blanc a été suivi de la publication d'un document sur le cadre du service national pour la santé mentale, le «National Service Framework for Mental Health». Depuis, nous avons publié une série de cadres du service national comme l'insuffisance coronaire et le cancer. Nous sommes sur le point d'en publier un sur les services aux enfants et aux femmes. Cependant, celui sur la santé mentale a été le premier.

Le cadre du service national prévoit cette norme pour l'amélioration des services. La première concerne la promotion de la santé mentale — c'est-à-dire toutes les mesures nécessaires pour vous aider à lutter contre les préjugés qui entourent la maladie mentale et réduire les risques que les personnes développent une maladie mentale. Les normes deux et trois portaient sur la santé mentale et les soins primaires, afin de prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'accès aux services par des personnes atteintes de ce qu'on appelle des troubles mentaux courants.

Les normes quatre et cinq concernent les personnes ayant une grave maladie mentale — la proportion relativement faible du groupe total de personnes ayant des problèmes de santé mentale — qui néanmoins présentent le plus de risques de décès par suicide et autres causes, et qui présentent aussi les taux les plus élevés de morbidité. Je songe entre autres aux personnes diagnostiquées schizophrènes, bipolaires ou très gravement déprimées.

La norme six portait sur les mesures nécessaires pour améliorer les services et les mécanismes de soutien à l'intention des personnes qui prodiguent des soins. La norme sept mettait l'accent sur toutes les mesures nécessaires dans l'ensemble du réseau des soins de santé et des services sociaux pour réduire le risque de suicide.

Ces sept normes étaient essentiellement fondées sur des preuves. Nous avons rédigé le cadre du service national en fonction de conseils provenant d'un groupe de référence externe. Nous avons mis sur pied un groupe d'intervenants et de participants du secteur de la santé mentale et nous avons demandé à ce groupe de référence externe, présidé pour nous par un psychiatre de renom en Angleterre, de nous donner des conseils à propos des mesures qui seraient les plus utiles pour les utilisateurs de services et le personnel soignant et qui amélioreraient le plus la qualité des soins fournis.

Many of you will be familiar with the national service frameworks that have been published in Australia. We visited Australia in 1998 and that visit helped us enormously in the thinking that we did about what our national service framework should look like.

In 2000, a year after we published the National Service Framework for Mental Health, we published something called the National Health Services, NHS, plan. While it covered the spectrum of health and social care services, it did contain a specific section on mental health and it was backed by a promise of additional investment of over £300 million extra over and above baseline in order to "fast-forward" the mental health national service framework. In 2002, we published a document entitled, "Priorities and Planning Guidance," which set out local targets for services on which to spend that extra money.

I should like to say something about how our health care and social care system is structured in England. In 2001, we undertook to reorganize the National Health Service. This is an important point for you to understand, because it meant that as local services were examining what they needed to do to implement the national service framework, they were also facing major service reorganization at the same time.

Since 2001, we have had three tiers in the National Health Service. I will start at the Department of Health, which is now a relatively small, relatively strategic department, staffed by civil servants, people like myself. I have a professional background, as do people in the civil service. I am a psychologist by training. The Department of Health exists to develop policy as well as the systems and structures needed to deliver services. However, it does not actually implement that change directly. We support ministers; we develop the policy; and we develop and support the systems needed. I am speaking now just about England. We have 28 strategic health authorities, SHAs, that are responsible for managing the performance of local services. They vary in size from 20 to 30 staff per location. They are responsible for as many as 30 Primary Care Trusts, which I will speak to in a minute. They help local services to design a plan to meet national service framework targets for their population.

The next tier is Primary Care Trusts, PCTs, of which there are 302 across England. Again, like the SHAs, they vary in size and some are urban and some are rural. The average population size for each PCT is approximately 100,000. They are responsible for commissioning services for their population. They have the job of looking at national standards and targets, balancing those against the needs of their local population and interpreting national standards for their local population. As you can see, there will be quite a difference between an inner urban area and a more rural area, where the population is thinly spread.

Un grand nombre d'entre vous sont au courant des cadres du service national qui ont été publiés en Australie. Nous sommes allés en Australie en 1998 et cette visite nous a énormément aidés à planifier notre propre cadre du service national.

En 2000, un an après avoir publié le cadre de service national pour la santé mentale, nous avons publié le plan du service national de santé. Ce plan traitait de toute la gamme des services de santé et des services sociaux et comportait une partie consacrée à la santé mentale et pour laquelle on promettait un investissement supplémentaire de plus de 300 millions de livres en sus du montant de base afin d'accélérer la mise en oeuvre du cadre du service national pour la santé mentale. En 2002, nous avons publié un document intitulé «Priorities and Planning Guidance», qui établissait les objectifs locaux des services auxquels seraient consacrés ces fonds supplémentaires.

J'aimerais vous parler de la façon dont notre système de soins de santé et de services sociaux est structuré en Angleterre. En 2001, nous avons entrepris la réorganisation du Service national de santé. C'est un aspect dont il est important de tenir compte parce que cela signifie que pendant que les services locaux étaient en train d'examiner les mesures à prendre pour mettre en oeuvre le service national de santé, ils devaient aussi composer simultanément avec une importante réorganisation du service.

Depuis 2001, le Service national de santé comporte trois paliers. Il y a d'abord le ministère de la Santé, qui est désormais un ministère relativement petit et stratégique doté de fonctionnaires comme moi-même. J'ai des antécédents professionnels, tout comme les membres de la fonction publique. Je suis psychologue de formation. Le rôle du ministère de la Santé est d'élaborer des politiques ainsi que les systèmes et les structures nécessaires pour assurer les services. Cependant, il ne s'occupe pas directement de la mise en oeuvre de ce changement. Nous appuyons les ministres; nous élaborons les politiques; et nous développons et appuyons les systèmes nécessaires. Je ne parle pas uniquement de l'Angleterre. Nous avons 28 administrations stratégiques de la santé qui sont chargées d'administrer le rendement des services locaux. Leur effectif varie d'un endroit à l'autre et se compose d'une vingtaine à une trentaine d'employés. Elles sont responsables de jusqu'à 30 groupes de soins primaires, dont je parlerai dans un instant. Elles aident les services locaux à concevoir un plan destiné à les aider à répondre aux objectifs du cadre du service national établis pour leur population.

Le palier suivant est celui des groupes de soins primaires. Il y en a 302 dans l'ensemble de l'Angleterre. Tout comme les administrations stratégiques de la santé, leur taille varie et certains sont situés en milieu urbain et d'autres en milieu rural. Chaque groupe de soins primaires dessert en moyenne une population d'environ 100 000 personnes. Ils sont responsables de commander les services pour leur population. Leur travail consiste à interpréter les normes et les objectifs nationaux en fonction des besoins de leur population locale. Comme vous pouvez le constater, il y aura une importante différence entre une région urbaine et une région rurale, où la population est dispersée.

I will speak briefly to our national service framework and our priorities and planning framework targets, of which there is a large number. In the priorities and planning framework, the overarching objectives were: to improve health and social care outcomes for everyone; to improve life outcomes of adults and children with mental health problems through year-on-year improvements to access in crisis and child and adolescent mental health services; and to reduce mortality rate from suicide and undetermined injury by at least 20 per cent by 2010. We have a broad target that reaches across all of the local targets to reduce the rate of death from suicide and increase access for people in crisis.

Beneath that overarching target we have a number of capacity assumptions and, in particular, local targets: 335 crisis resolution teams by December 2004; 50 additional assertive outreach teams to make 220, due at the end of last year; 50 new early intervention teams for people developing the early signs of a psychosis, because we know that young people are vulnerable to death by suicide. In England, death by suicide is the commonest cause of death for men under the age of 35, which is a compelling statistic. Young men are more likely to kill themselves by their own hand than they are to die of a motorbike accident.

We have targets to improve the provision for those who are dangerous and have severe personality disorder. We have targets for those who are in prison, where mental health problems are really extremely prevalent. For instance, we have set a target to develop 140 new secure places for people with personality disorder who are dangerous, and to increase the number of nurses and staff working in prisons. There are targets across the board such that we have specific targets for psychiatrists, psychologists, nurses, and so on. We also have targets to develop new staff and new ways of working. We know that our existing recruitment and retention capability is limited. New staff and new ways of working are crucial to enable us to deliver this.

We have been making good progress in some areas. The priorities and planning framework was published in 2002. We have already hit our target to develop new assertive outreach teams. However, our targets to develop 335 crisis resolution home treatment teams have been much slower to be realized. The same applies to our targets for early intervention, although that one is a bit better. That is because working in that way represents a challenge to existing services. It is difficult for services to work in new ways and, at the same time, face the NHS reorganization that they were required to implement in 2001. We have asked our NHS and social care staff to do a difficult thing. Their progress has been incredibly impressive.

Je parlerai brièvement de notre cadre du service national et des objectifs établis dans le cadre de nos priorités et de nos plans, qui sont très nombreux. En ce qui concerne le cadre des priorités et des plans, les objectifs généraux étaient: améliorer les résultats en matière de soins de santé et de services sociaux pour chacun; améliorer les perspectives de vie des adultes et des enfants ayant des problèmes de santé mentale grâce à des améliorations annuelles à l'accès aux services de santé mentale en cas de crise et à l'intention des enfants et des adolescents; et réduire le taux de mortalité attribuable à des suicides et à des blessures indéterminées d'au moins 20 p. 100 d'ici 2010. Nous avons un objectif général qui recoupe tous les objectifs locaux visant à réduire le taux de décès attribuables aux suicides et à accroître l'accès pour les personnes en crise.

Cet objectif général comporte un certain nombre d'hypothèses de capacité et en particulier d'objectifs locaux: 335 équipes d'intervention d'urgence d'ici décembre 2004; 50 équipes mobiles d'intervention supplémentaires pour porter leur nombre à 220, à la fin du dernier exercice; 50 nouvelles équipes d'intervention précoce pour les personnes qui manifestent les premiers signes d'une psychose, parce que nous savons que les jeunes sont vulnérables à la mort par suicide. En Angleterre, la mort par suicide est la cause la plus courante de décès chez les hommes de moins de 35 ans, ce qui est une statistique accablante. Les jeunes hommes sont plus susceptibles de porter atteinte à leurs jours que de mourir dans un accident de motocyclette.

Nous avons des objectifs pour améliorer la prestation des services aux personnes dangereuses et atteintes de troubles graves de la personnalité. Nous avons des objectifs pour les détenus, car dans les prisons les problèmes de santé mentale sont vraiment très fréquents. Par exemple, nous avons établi un objectif afin d'installer 140 nouveaux locaux sûrs pour les personnes dangereuses ayant un trouble de la personnalité, et d'accroître le nombre d'infirmières et du personnel qui travaillent dans les prisons. Ce sont les objectifs généraux et nous avons des objectifs précis en ce qui concerne les psychiatres, les psychologues, les infirmières, et cetera. Nous avons aussi des objectifs pour la formation de nouveau personnel et l'établissement de nouvelles façons de travailler. Nous savons qu'à l'heure actuelle notre capacité de recrutement et de conservation du personnel est limitée. C'est pourquoi il est indispensable que nous recrutions du nouveau personnel et établissions de nouvelles façons de travailler.

Nous avons réalisé de bons progrès dans certains secteurs. Le cadre des priorités et des plans a été publié en 2002. Nous avons déjà atteint notre objectif pour ce qui est de constituer de nouvelles équipes mobiles d'intervention. Cependant, en ce qui concerne la création de 335 équipes de traitement à domicile en cas de crise, les progrès ont été plus lents. C'est la même situation pour nos objectifs en matière d'intervention précoce, bien que nous ayons réalisé de meilleurs progrès à cet égard. La raison, c'est que cette façon de travailler représente une difficulté pour les services existants. Il est difficile pour les services d'adopter de nouvelles façons de travailler tout en faisant face à la réorganisation du Service national de la santé qu'ils ont dû mettre en oeuvre en 2001. Nous avons demandé au personnel de

Over the last two years, we have been trying to improve our data capture systems. I guess it is as true for us as it is with other countries that our information on services in this field is relatively limited. That is not the least because the services are provided by numbers of different agencies. There is NHS care; social care, which is provided by local government provision; independent private sector care; and charitable and voluntary sector care, which is an increasingly significant component of our provision.

Information is a challenge. We have worked in partnership with local services to develop a self-rated system for assessing progress called our "autumn assessments." Each fall since 2001, we have asked our local services to assess their proximity to target across a whole range of dimensions. They submit that information to a database that enables us to map the relationship between new teams and local measures of need, and spending, et cetera. We are not quite there yet.

We are assisted in that task of gathering information and in supporting local services to deliver on their targets by a range of arm's-length bodies. I described the structure comprising the Department of Health, the Strategic Health Authority and the Primary Care Trusts. One of the arm's-length bodies is the Modernization Agency, part of which is the National Institute for Mental Health in England. That is our implementation arm and has a series of eight regional development centres spread across England. Their job is to specifically help local services improve their closeness to targets. They set out models of best practice, visit local services and employ champions to raise the profile of the new service model and of the needs of people with mental illness. There are about 26 programs of work led through the National Institute for Mental Health, all of which have central funding. These programs are designed to support reform. Just an example: We have a Black and minority ethnic mental health program, currently funded to the tune of £2.5 million over the period to 2006. That will employ new community development staff and pump-prime about 80 community development projects, which will help us to do something about the fact that service users with mental health problems who come from Black and minority ethnic groups are better served by our mental health services. We know, at the moment, they are more likely to be detained under sections of the Mental Health Act, less likely to access services and less likely to find services acceptable to their needs. That program is designed particularly for them.

notre service national de la santé et des services sociaux d'accomplir une tâche difficile. Les progrès qu'ils ont réalisés à cet égard ont été extrêmement impressionnants.

Au cours des deux dernières années, nous avons tâché d'améliorer nos systèmes de saisie des données. Je suppose qu'il est vrai dans notre cas comme dans le cas d'autres pays que nos renseignements sur les services dans ce domaine sont relativement limités. Cela est entre autres attribuable au fait que les services sont fournis par de nombreuses agences. Il y a les soins offerts par le Service national de la santé; les services sociaux, assurés par les organismes gouvernementaux locaux; les soins fournis par le secteur privé indépendant; et les soins fournis par les organismes de bienfaisance et le secteur bénévole, qui représentent un élément de plus en plus important de nos fournisseurs de services.

L'information représente un défi. Nous avons travaillé en partenariat avec les services locaux pour mettre au point un système d'autoévaluation des progrès que nous appelons nos «évaluations automnales». Chaque automne depuis 2001, nous avons demandé à nos services locaux d'évaluer dans quelle mesure ils se rapprochaient des objectifs établis. Ces renseignements ont été versés dans une base de données qui nous permet d'établir le lien entre les nouvelles équipes et les besoins au niveau local, de même que les dépenses, et cetera. Nous n'en sommes pas encore tout à fait là.

Un éventail d'organismes indépendants nous aide dans cette tâche consistant à recueillir l'information et à soutenir les services locaux pour qu'ils puissent atteindre leurs objectifs. J'ai décrit la structure se composant du ministère de la Santé, de l'administration stratégique de la santé et des groupes de soins primaires. L'un des organismes indépendants est l'agence de modernisation qui fait partie de l'Institut national de la santé mentale en Angleterre. C'est notre organisme de mise en oeuvre qui compte une série de huit centres de développement régional dispersés un peu partout en Angleterre. Leur travail consiste particulièrement à aider les services locaux à mieux atteindre leurs objectifs. Ils établissent des modèles de pratiques exemplaires, visitent les services locaux et font appel à des porte-parole chargés de mieux faire connaître le nouveau modèle de services et les besoins des personnes qui ont une maladie mentale. Il existe environ 26 programmes de travail qui relèvent de l'Institut national de la santé mentale et qui disposent tous d'un financement central. Ces programmes sont destinés à appuyer la réforme. À titre d'exemple, nous avons un programme de santé mentale à l'intention des Noirs et des minorités ethniques, dont le financement à l'heure actuelle est de 2,5 millions de livres jusqu'en 2006. Ce programme emploiera du nouveau personnel affecté au développement communautaire et servira à mettre sur pied environ 80 projets de développement communautaire, ce qui nous permettra d'améliorer les services de santé mentale à l'intention des Noirs et des groupes de la minorité ethnique qui ont des problèmes de santé mentale. Nous savons pour l'instant qu'ils sont plus susceptibles d'être détenus en vertu de certaines dispositions de la loi sur la santé mentale, moins susceptibles d'avoir accès aux services et moins susceptibles de trouver des services adaptés à leurs besoins. Ce programme a été conçu pour eux.

We also have a program targeting women's mental health, a program targeting violence and abuse. We know, for instance, domestic violence is a very big issue for mental health. We have programs targeting community teams' development, and research programs as well, so it is an enormous endeavour.

I think should stop there, because it will be more meaningful to you if you ask me questions and I try to elaborate on the bits that you are interested in hearing about.

The Deputy Chairman: Thank you very much. You did a very good job of outlining a huge endeavour you have taken on with some great success.

I was interested when you talked about Australia, because we had a teleconference meeting with Australia two or three weeks ago. We are now looking at Australia as our guidepost. They are having great success.

I will now turn to my colleagues.

Senator Morin: I have a number of questions. In Canada, we do not have — and we are obviously thinking about — a national mental health plan, which I think is important. I was very much impressed by the plan you have, which I think is called the National Service Framework for Mental Health. This is a very impressive document. I am impressed, for example, that the patient is given a copy of his or her written care plan, which includes the action to be taken in crisis and access to 24 hours. This is really impressive.

I have two questions dealing with this matter. The first one: How much of it has been implemented? I see it is quite detailed. There are really good indicators of what should be. It is very practical and easy to see whether you have obtained that or not. What has really been implemented?

My second question: I realize this applies to England, but what about Scotland? Are there any links? I ask because in Canada, of course, the provinces have the responsibility of the actual service delivery of mental health and of health care generally. Our role, at the federal level, is to assure some coordination between the various provinces. Is there a similar coordination role somewhere between England, Scotland and Wales, or are these completely independent as far as health care is concerned?

Ms. Richardson: Let me take your first question first, about the Care Programme Approach, CPA. The guidance on Care Programme Approach has been operational now for quite some time. It has been rolled out to all of those who are in contact with specialized mental health services, which represents around 630,000 people in England.

Each local mental health trust has a system for capturing data about the CPA. They have to make routine returns to us at the centre about the numbers of people with a care plan. We ask them to give us feedback about the numbers of people who are given a

Nous avons aussi un programme axé sur la santé mentale des femmes, destiné à lutter contre la violence et les mauvais traitements. Nous savons, par exemple, que la violence conjugale est un facteur très important pour ce qui est de la santé mentale. Nous avons des programmes de développement d'équipes communautaires et aussi des programmes de recherche. Il s'agit donc d'une énorme entreprise.

Je crois que je vais arrêter ici parce que je pense qu'il vous sera plus utile de me poser des questions et je pourrais tâcher de vous fournir plus de précisions sur les aspects qui vous intéressent.

La vice-présidente: Merci beaucoup. Vous avez très bien décrit l'énorme tâche que vous avez entreprise avec beaucoup de succès.

J'ai trouvé intéressant que vous parliez de l'Australie, parce qu'il y a deux ou trois semaines, nous avons eu une téléconférence avec l'Australie. Nous nous servons maintenant de l'Australie comme modèle, car ce pays connaît beaucoup de succès dans ce domaine.

Je vais maintenant céder la parole à mes collègues.

Le sénateur Morin: J'ai un certain nombre de questions. Au Canada, nous n'avons pas — et de toute évidence nous y songeons — un plan national pour la santé mentale, que je considère important. J'ai été très impressionné par le plan que vous avez établi et que vous appelez je crois le cadre du service national pour la santé mentale. Il s'agit d'un document très impressionnant. J'ai été entre autres impressionné que l'on remette au patient une copie par écrit de son plan de soins, qui prévoit les mesures à prendre en cas de crise et un accès 24 heures sur 24. C'est vraiment impressionnant.

J'ai deux questions à ce sujet. La première: dans quelle mesure ce cadre a-t-il été mis en oeuvre? Je constate qu'il est assez détaillé. Il renferme d'assez bons indicateurs des mesures qui devraient être prises. Il est très pratique et il est facile de constater si vous avez réussi à atteindre vos objectifs ou non. Quelles sont les mesures qui ont réellement été mises en oeuvre?

Ma deuxième question: je sais que ce plan s'applique à l'Angleterre, mais qu'en est-il de l'Écosse? existe-t-il des liens? Je pose la question parce qu'au Canada, bien entendu, les provinces sont responsables de la prestation des services de santé mentale et des soins de santé en général. Notre rôle, au niveau fédéral, est d'assurer une certaine coordination entre les diverses provinces. Existe-t-il un rôle de coordination semblable entre l'Angleterre, l'Écosse et le pays de Galles, ou fonctionnent-ils de façon complètement indépendante en ce qui concerne les soins de santé?

Mme Richardson: Je répondrai d'abord à votre première question à propos du Care Programme Approach ou CPA. Les consignes concernant cette approche sont opérationnelles depuis un certain temps. Elles ont été communiquées à tous ceux qui sont en contact avec des services spécialisés en santé mentale, ce qui représente environ 630 000 personnes en Angleterre.

Chaque groupe local de santé mentale a un système pour saisir les données à propos de la CPA. Ils doivent nous présenter des rapports réguliers au centre à propos du nombre de personnes qui ont reçu un plan de soins. Nous leur demandons de nous indiquer

copy of their care plans, as well as the number of caregivers, because we have extended our CPA guidance since the framework was published to include a requirement that the needs of carers are also assessed.

le nombre de personnes à qui on remet une copie de leur plan de soins, ainsi que le nombre de fournisseurs de soins, parce que nous avons élargi la portée de nos directives en la matière depuis la publication du cadre afin d'y inclure une exigence selon laquelle il fallait aussi évaluer les besoins des soignants.

As far as contact with specialized mental health services is concerned, that is working quite well. Where we have a question mark is whether CPA should be extended into primary care. Of course, it is much more difficult there, because people in contact with general medical practitioners quite commonly do not have a formal diagnosis. It is a requirement on CPA that you get a diagnosis, that your needs are assessed. That is an expert's endeavour.

En ce qui concerne le contact avec les services spécialisés en santé mentale, cela fonctionne relativement bien. Nous nous demandons toutefois si cette approche, la CPA, devrait être étendue aux soins primaires. Bien entendu, cela devient beaucoup plus difficile à ce niveau-là étant donné que les personnes en contact avec des omnipraticiens souvent ne reçoivent pas de diagnostic formel. L'approche CPA exige que vous obteniez un diagnostic, que l'on évalue vos besoins. C'est une tâche qui revient à un spécialiste.

We have some reservations about extending CPA into primary care, even though it is the case that a significant number of people with severe mental health problems are only in contact with their GP, and only receiving support from primary care services. People on CPA actually represent the tip of the mental health iceberg, if I can put it that way. There are many more people with quite disabling conditions who are not on CPA.

Nous hésitons dans une certaine mesure à étendre l'approche CPA aux soins primaires, même s'il est vrai qu'un nombre important de personnes ayant des problèmes de santé mentale graves ne consultent que leur médecin généraliste et ne reçoivent de l'aide que des services de soins primaires. Les personnes qui bénéficient de l'approche CPA représentent en fait la pointe de l'iceberg en matière de santé mentale, si je puis m'exprimer ainsi. Il y a un nombre beaucoup plus important de personnes ayant des affections relativement incapacitantes qui ne reçoivent pas de plan de soins.

Another issue we have with CPA — and we would strongly recommend this system — is that it is also a system that is being thought about for extension into care with older adults and other people with long-term conditions. If you do adopt such a system, it is well worth trying to find a way of helping local services with the information infrastructure. At the moment, we have a system where many trusts are using very different ways to capture that information. Commonly, the reporting back to us is still on paper rather than electronically. I would advise implementing an electronic system at the outset.

Un autre aspect de cette approche CPA — et c'est un système que nous recommandons fortement — c'est qu'il s'agit aussi d'un système que l'on envisage d'étendre aux besoins fournis aux adultes âgés et à d'autres personnes nécessitant des soins de longue durée. Si l'on adopte effectivement un tel système, il serait très utile de trouver un moyen d'aider les services locaux à se doter d'une infostructure. Pour l'instant, nous avons un système où de nombreux groupes utilisent des façons très différentes de saisir cette information. Dans l'ensemble, les rapports qui nous sont transmis continuent d'être des rapports sur copie papier plutôt que des rapports électroniques. Je recommanderais que l'on mette en oeuvre dès le départ un système électronique.

In respect of your question regarding Scotland, my colleague Adrian Sieff will talk to you about the arrangements that exist for working in partnership with Scotland, Wales and Northern Ireland in relation to the legislative framework. However, when it came to writing the national service framework, we was ensured that we had representatives from Wales and Scotland and Northern Ireland involved in our planning.

En ce qui concerne votre question au sujet de l'Écosse, mon collègue Adrian Sieff vous parlera de dispositions prévues par le cadre législatif pour travailler en partenariat avec l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord. Cependant, au moment de la rédaction du cadre du service national, nous nous sommes assurés de faire participer les représentants du pays de Galles, de l'Écosse et de l'Irlande du Nord à notre planification.

The National Service Framework for Mental Health for England is a framework for England. It does not apply to Scotland and it does not apply to Wales. Although there are systems in place following devolution to ensure that the legislative and other governmental decisions are discussed in Scotland and Wales, it is by no means automatic that the reforms extend there.

Le cadre du service national pour la santé mentale pour l'Angleterre est un cadre pour l'Angleterre. Il ne s'applique pas à l'Écosse ni au pays de Galles. Bien que des mécanismes aient été instaurés suite à la cession pour s'assurer que l'on discute en Écosse et au pays de Galles des décisions législatives et d'autres décisions gouvernementales, les réformes ne s'y étendent pas automatiquement.

Senator Morin: Therefore, in fact, the reforms may not apply to Scotland at all. If the reforms are necessary — and I believe they are — nobody is ensuring that they should be applied to other parts of the U.K. Am I right in saying that?

Le sénateur Morin: Par conséquent, il est possible en fait que les réformes ne s'appliquent pas du tout à l'Écosse. Si des réformes s'imposent — et je crois que c'est le cas — personne ne s'assure qu'elles s'appliquent à d'autres régions du Royaume-Uni. Ai-je raison de dire cela?

Ms. Richardson: You are. Let us not forget that the national service framework qua framework is best practice guidance.

The parts of our reform program that really have teeth — if I can put it that way — are the priorities and planning framework, the local targets that are set through the public service agreement with the treasury. In developing our best practice guidance, which is what the framework is, we work in partnership with the other administrations. Then it is for them to set local targets as they see fit, building on what that best practice guidance says or not.

Senator Morin: Could I address now the issue of resources? I address this because there is an argument that a plan, without resources, may not be worth doing.

According to the Sainsbury Centre and the King's Fund and the Royal College of Nurses, there have been issues with the resources affected to mental health or mental disease. For example, the growth of resources in the mental health field has been half the rate of growth in other parts of the health care delivery system.

The Sainsbury Centre concluded that there is a widening gap between promise and performance in the delivery of mental health services. You are as familiar as I am with the figures here. Not only was there not an increase in resources when you brought up this national plan, but as compared with inflation and so forth, there has been a decrease in resources.

I realize that 75 per cent of resources in the health field are now devoted to the Primary Care Trusts. There has been major criticism of the commissioning of mental health care by these Primary Care Trusts. They have neither the time nor the expertise to do this. What we call the "tyranny of the acute" has taken over the resources that would have been normally devoted to the local implementation teams.

This is important for us. If there are increased resources allocated, we should go ahead. We heard from New Zealand where they had a very ambitious plan whereby they had an increase of 173 per cent of funds allocated to mental health. According to them, without an increase in resources, there is little point in carrying on a plan.

I see you have done the opposite. You have a plan and not only did you not have an increase it resources, you had a decrease. Do you think it is still worth carrying on with this plan without having the increase in resources?

Ms. Richardson: First, I think I have to challenge robustly the perception that there has not been an increase in resources for mental health in association with the national service framework. As I think I said earlier, the NHS plan set out how an additional

Mme Richardson: Oui. Il ne faut pas oublier que le cadre du service national est un guide de pratiques exemplaires.

Les aspects réellement concrets de notre programme de réforme — si je peux m'exprimer ainsi —, ce sont le cadre des priorités et des plans, les objectifs locaux qui sont établis par le biais de l'entente de service public conclue avec le Trésor. Lorsque nous élaborons notre guide de pratiques exemplaires, car c'est ce en quoi consiste le cadre, nous travaillons en partenariat avec les autres administrations. Il leur appartient alors d'établir les objectifs locaux qu'elles considèrent appropriés, en s'inspirant du guide des pratiques exemplaires.

Le sénateur Morin: Pourrais-je aborder maintenant la question des ressources? J'aborde cette question parce que certains font valoir que sans ressources, un plan n'a peut-être pas de raison d'être.

Selon le centre Sainsbury, le King's Fund et le Royal College of Nurses, les ressources affectées à la santé mentale et au traitement des maladies mentales sont insuffisantes. Par exemple, l'augmentation des ressources affectées au domaine de la santé mentale représente moins de la moitié du taux de croissance des ressources dans d'autres secteurs du système de soins de santé.

Le centre Sainsbury a conclu qu'il existe un écart de plus en plus grand entre les promesses faites en matière de prestation de services de santé mentale et la réalité. Vous êtes aussi bien au courant des chiffres que moi. Non seulement n'y a-t-il pas eu d'augmentation des ressources lorsque vous avez établi ce plan national, mais comparativement à l'inflation, et cetera, les ressources ont diminué.

Je suis conscient que 75 p. 100 des ressources dans le domaine de la santé sont désormais consacrées aux groupes des soins primaires. On a sévèrement critiqué le fait que les soins de santé mentale aient été confiés à ces groupes de soins primaires, qui n'ont ni le temps ni les compétences pour assumer cette responsabilité. Ce que l'on appelle la tyrannie de la médecine de soins aigus a accaparé les ressources qui auraient été normalement consacrées aux équipes locales de mise en oeuvre.

C'est un aspect que nous considérons important. Si on augmente les ressources qui y sont affectées, nous devrions aller de l'avant. La Nouvelle-Zélande nous a appris qu'elle avait un plan très ambitieux qui prévoyait une augmentation de 173 p. 100 des fonds attribués à la santé mentale. La Nouvelle-Zélande considère en effet que sans une augmentation des ressources, elle ne voit pas l'utilité de se doter d'un plan.

Je constate que vous avez fait le contraire. Vous avez un plan et non seulement vos ressources n'ont-elles pas augmenté mais elles ont diminué. Croyez-vous qu'il vaille toujours la peine de poursuivre l'exécution de ce plan sans augmentation des ressources?

Mme Richardson: Tout d'abord, je dois contester vivement la notion selon laquelle le cadre du service national n'a pas prévu une augmentation des ressources destinées à la santé mentale. Comme je crois l'avoir dit plus tôt, le plan du SNS établit qu'un

£330 million over and above baseline would be invested in the NHS in order to fast-forward the national service framework by 2003-04.

Our evidence supports the fact that that money did go into mental health services. We know that up to April last year an additional £262 million was spent on mental health over and above the baseline figure for 2001. Therefore, we did spend extra money was spent on mental health. I am very familiar with the Sainsbury Centre for Mental Health report and the allegations that funds are insufficient. We respect the fact that local services commonly tell us that their resources are stretched. It is not enough, but we do know that extra allocations did go into mental health services and we know it has been being spent on mental health services. That is the first point I want to make.

Second, I think it is important to say, and you will respect this too, that additional investment is not the only answer. In shifting the balance of power and devolving the decision making and commissioning down to the primary care level, we have tried to ensure that the commissioning for local services most closely matches local population need. We have tried to measure performance in terms of outcome rather than expenditure.

I also have to acknowledge that our information about spending on health and social care services for people with mental health problems is extremely difficult to calculate. The Sainsbury Centre report made an estimate of the amounts of money spent by social care and on incapacity benefits for people who could not work because they have a mental health problem, and so on. We, in England, are about to introduce program budgeting across the health service that would enable us to know much more about where the money has gone and what has been spent.

In summary, I will make three important points. One, we did invest more. Two, we do have good evidence that more has been spent. Three, we did want to shift the balance of power and give local services much more control over how they spent money for their local population. You make the valid point that mental health is often the "Cinderella" of the NHS. It is true that local service managers can become preoccupied with waiting times targets in other areas of health care. It has been quite challenging to keep mental health chief executives' and trusts' minds focused on mental health, which still is seriously stigmatized in this country. Our ministers have had a tough job to keep the profile high.

montant de 300 millions de livres supplémentaires, en sus du financement de base, sera investi dans le service national de santé pour accélérer sa mise en oeuvre d'ici 2003-2004.

Les indications dont nous disposons corroborent le fait que ces fonds ont effectivement été affectés aux services de santé mentale. Nous savons que jusqu'en avril de l'année dernière, un montant supplémentaire de 262 millions de livres a été consacré à la santé mentale en plus du financement de base prévu pour 2001. Par conséquent, nous avons effectivement consacré des fonds supplémentaires à la santé mentale. Je connais très bien le rapport du centre Sainsbury pour la santé mentale et je suis au courant des allégations selon lesquelles les fonds sont insuffisants. Nous respectons le fait que les services locaux nous disent couramment que leurs ressources sont utilisées au maximum. Elles ne sont pas suffisantes, mais nous savons que des fonds supplémentaires ont effectivement été affectés aux services de santé mentale et nous savons qu'ils ont été consacrés aux services de santé mentale. C'est le premier argument que je tiens à faire valoir.

Deuxièmement, je considère qu'il est important de préciser, et je crois que vous le comprendrez, que des investissements supplémentaires ne sont pas l'unique solution. En modifiant l'équilibre du pouvoir et en déléguant la prise de décisions et les responsabilités au niveau des soins primaires, nous avons tâché de nous assurer que cette délégation des responsabilités aux services locaux permette de répondre très étroitement aux besoins de la population locale. Nous avons tâché d'évaluer le rendement en fonction des résultats plutôt que des dépenses.

Je dois aussi reconnaître qu'il est extrêmement difficile de calculer les dépenses consacrées aux soins de santé et aux services sociaux à l'intention des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le rapport du centre Sainsbury évalue les montants d'argent consacrés aux services sociaux et aux prestations d'incapacité pour des personnes incapables de travailler parce qu'elles ont un problème de santé mentale. En Angleterre, nous sommes sur le point d'établir la budgétisation de programmes dans l'ensemble des services de santé, qui nous permettra de mieux savoir comment a été dépensé l'argent de même que les montants dépensés.

En résumé, j'apporterai trois précisions importantes. Premièrement, nous avons effectivement augmenté nos investissements. Deuxièmement, nous avons de bonnes indications selon lesquelles les dépenses ont augmenté. Troisièmement, nous avons voulu modifier l'équilibre des pouvoirs et donner aux services locaux un plus grand contrôle sur la façon dont ils dépensent les fonds destinés à leur population locale. Vous avez fait valoir avec raison que la santé mentale est souvent le parent pauvre du service national de la santé. Il est vrai que les administrateurs de services locaux peuvent devenir préoccupés par les objectifs de temps d'attente dans d'autres secteurs des soins de santé. Il est devenu assez difficile de faire en sorte que les dirigeants et les groupes de santé mentale continuent de mettre l'accent sur la santé mentale, qui fait l'objet de graves préjudices dans ce pays. Les ministres ont eu beaucoup de difficulté à faire de cette question une question de premier plan.

We have not done a bad job. It remains as a priority. I would strongly recommend that if you are going make a similar level of reforms, it is absolutely essential that that profile is kept high.

Senator Morin: I will put my question another way. If the figure is not right, please correct it. If I understand correctly, in England the resources allocated to mental health would be 12 per cent of the total health care expenditure. Do you think that is a sufficient number? Have you thought about this? Should we have a target that it should be 15 or 20 per cent? Is that a way to approach it?

Furthermore, I am still interested in Scotland because as you realize we are a federation, and we are at the federal level. Does Scotland have the same resources for mental health? Do they get it as a total budget? If so, are they at complete liberty of doing what they want with the money in allocating it to mental health?

Ms. Richardson: In respect of your second question, I honestly cannot answer you about Scotland. You would need to talk to Scotland.

Spending on mental health services in this country made up 13 per cent of the hospital and community health services expenditure in 2001-02. That is from our evidence to our public expenditure inquiry. However, I repeat that hospital and community health service expenditure is only a portion of the money that is spent on mental health. We also have social care spending, which goes down a separate route to local government for social services, education services and the like.

I do not have that figure here but I will be pleased to send you details on how much money is spent by local government services on personal social services. A significant proportion of that is for people with mental health problems. The figure of 13 per cent represents an underestimate if you are trying get a picture of total spending.

Senator Morin: Have you heard of a target? Should we aim at more, or is that not a way to go at it?

Ms. Richardson: The way to go is to match local spending to local need. I guess it is the same for you as it is for us. Levels of mental ill health are much higher in the inner city urban areas than in some rural areas. The inner cities' average expenditure on mental health in some local services is as high as 18 per cent. In other parts of the country, it is much lower. As I said, there is not a direct correlation between allocation and outcome. We want to monitor spending carefully, but we would like to perform its management on the basis of outcomes.

Senator Morin: Thank you.

Nous avons fait un bon travail. Cela demeure une priorité. Je vous recommanderais fortement, si vous voulez apporter des réformes semblables, il est tout à fait essentiel que cette question reste au premier plan.

Le sénateur Morin: Je poserai ma question autrement. Si le chiffre n'est pas exact, n'hésitez pas à le corriger. Si je comprends bien, en Angleterre, les ressources affectées à la santé mentale représenteraient 12 p. 100 de la totalité des dépenses consacrées aux soins de santé. Croyez-vous que ce soit suffisant? Y avez-vous réfléchi? Devrions-nous viser 15 ou 20 p. 100? Est-ce la démarche à suivre?

Par ailleurs, je m'intéresse toujours à la situation en Écosse parce que, comme vous le savez, nous sommes une fédération et nous travaillons au niveau fédéral. L'Écosse dispose-t-elle des mêmes ressources pour la santé mentale? S'agit-il d'un budget total? Si oui, est-elle tout à fait libre de se servir de ces fonds comme elle l'entend et d'en attribuer une partie à la santé mentale?

Mme Richardson: Pour répondre à votre seconde question, je ne peux vraiment pas parler au nom de l'Écosse. Il vous faudrait vous adresser aux autorités de ce pays.

Les services en santé mentale ici ont représenté 13 p. 100 des dépenses en services de santé communautaires et hospitaliers en 2001-2002, selon les données présentées à notre enquête sur les dépenses publiques. Toutefois, je le redis, les dépenses en services de santé communautaires et hospitaliers ne représentent qu'une partie des fonds consacrés à la santé mentale. Nous avons aussi des dépenses en soins sociaux, qui sont engagées séparément par les administrations locales pour les services sociaux, les services d'éducation et d'autres.

Je n'ai pas de chiffres à vous fournir mais je me ferai un plaisir de vous faire parvenir des données sur les montants dépensés par les services gouvernementaux locaux pour les services sociaux personnels. Une part importante de cette somme est consacrée aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. La proportion de 13 p. 100 est en deçà de la réalité si l'on veut se faire une idée du total des dépenses.

Le sénateur Morin: Avez-vous entendu parler d'un objectif? Devrions-nous viser plus haut, ou est-ce que ce n'est pas une bonne façon de s'y prendre?

Mme Richardson: Ce qu'il faut faire, c'est faire correspondre les dépenses locales aux besoins locaux. Je suppose que c'est la même chose pour vous et pour nous. Les niveaux de troubles mentaux sont beaucoup plus élevés dans les quartiers pauvres des villes que dans certaines zones rurales. Les dépenses moyennes en santé mentale de certains services locaux des quartiers pauvres peuvent atteindre 18 p. 100. Dans d'autres régions du pays, c'est beaucoup moins. Comme je l'ai dit, il n'y a pas de corrélation directe entre ce qu'on dépense et les résultats obtenus. Nous voulons surveiller soigneusement les dépenses, mais nous aimerions en assurer la gestion en fonction des résultats.

Le sénateur Morin: Merci.

Ms. Richardson: I would like to introduce Adrian Sieff, my colleague who is head of the mental health legislation branch. He could elaborate a little bit on the relationship between England and Scotland, at least as far as the legislative framework is concerned.

The Deputy Chairman: Before we move to the next question, I would like to welcome Mr. Sieff. Would you please tell us how you, as the head of mental health legislation branch, interface with the system you have there now? There were some questions about how England and Scotland and Wales and Ireland connect. I will turn it over to you for brief comments.

Mr. Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch, Government of the United Kingdom: In respect of the relationship between England and the other countries in the United Kingdom, we are bringing forward new legislation for mental health in England, which covers England and Wales. This is primary legislation, since devolution covers England and Wales. Scotland sets out its own legislation. Scotland passed a new Mental Health Act last year, which applies Scotland only. The Mental Health Act in England and Wales applies to England and Wales. There are separate powers made under regulation for Northern Ireland.

The primary legislation applies to both England and Wales, but it is devolved to Wales to secondary regulations, secondary statutory instruments which set out some of the detail of the law, and it can also provides its own code of practice. There will be a code of practice for Wales and a code of practice for England under the same primary legislation. Likewise, there will be regulations for Wales and regulations for England under the same primary legislation.

There are interfaces, for example, if someone is detained under mental health legislation in England and transferred to Scotland or vice versa, then there are transfer arrangements that take place, but the individual is always made liable to whichever legislation of the territory in which they are at that time. I do not know if that answers your questions.

Senator Morin: We were told that England was the most centralized country in the world in respect of its health care delivery, but the U.K. is really the most decentralized system, as if it were different countries. Here in Canada, the provinces have the responsibility of health care delivery, but the federal government is responsible for coordination and for ensuring that certain minimal standards are kept. The system is quite similar from one province to the other and the federal government plays a role through financial arrangements.

Now, whichever body has that responsibility in the U.K. could have the same power, unless taxation is completely different, because I expect that there is some funding that flows from the centre to Scotland for example. It seems there is no role here for

Mme Richardson: J'aimerais vous présenter M. Adrian Sieff, mon collègue à la tête de la Direction de la législation en matière de santé mentale. Il pourrait vous parler un peu plus des rapports qu'entretiennent l'Angleterre et l'Écosse, tout au moins en ce qui concerne le cadre législatif.

La vice-présidente: Avant de passer à la prochaine question, j'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Sieff. Auriez-vous l'obligeance de nous dire comment vous, en tant que chef de la Direction de la législation en matière de la santé mentale, assurez la jonction avec le système que vous avez maintenant? On s'est interrogé sur la façon dont l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande assurent cette jonction. J'aimerais que vous nous en parliez brièvement.

M. Adrian Sieff, chef, Direction de la législation en matière de santé mentale, gouvernement du Royaume-Uni: Pour ce qui est des liens de l'Angleterre avec les autres pays du Royaume-Uni, nous proposons une nouvelle Loi sur la santé mentale en Angleterre, qui concerne l'Angleterre et le pays de Galles. C'est une mesure législative de base, puisque la dévolution concerne l'Angleterre et le pays de Galles. L'Écosse adopte ses propres lois. L'Écosse a adopté l'année dernière une nouvelle Loi sur la santé mentale qui ne s'applique qu'en Écosse. La Loi sur la santé mentale adoptée en Angleterre et au pays de Galles s'applique en Angleterre et au pays de Galles. Des pouvoirs distincts sont attribués en vertu de la réglementation dans le cas de l'Irlande du Nord.

La législation de base s'applique à l'Angleterre et au pays de Galles, mais elle confie au pays de Galles la réglementation secondaire, les instruments statutaires secondaires qui précisent certains aspects de la loi, et elle peut aussi fournir son propre code de procédures d'application. Il y aura un code de procédures d'application pour le pays de Galles et un pour l'Angleterre en vertu de la même législation de base. De la même manière, il y aura des règlements pour le pays de Galles et des règlements pour l'Angleterre qui seront pris en vertu de la même législation de base.

Il y a des recoupements. Par exemple, si quelqu'un détenu en Angleterre en vertu de la Loi sur la santé mentale est transféré en Écosse ou vice versa, alors des ententes de transfert sont conclues, mais la personne concernée est toujours assujettie à la loi du territoire où elle se trouvait à ce moment-là. Je ne sais pas si j'ai répondu à vos questions.

Le sénateur Morin: On nous a dit que l'Angleterre était le pays le plus centralisé au monde en ce qui a trait à la prestation de soins de santé, mais c'est vraiment le Royaume-Uni qui a le système le plus décentralisé, comme s'il s'agissait d'un pays distinct. Ici, au Canada, les provinces ont la responsabilité de la prestation des soins de santé, mais le gouvernement fédéral a la responsabilité de leur coordination et doit veiller au respect de normes minimales. Le système est assez semblable d'une province à l'autre et le gouvernement fédéral joue un rôle dans le cadre d'ententes financières.

L'entité qui a cette responsabilité au Royaume-Uni pourrait avoir le même pouvoir, à moins que le régime fiscal soit complètement différent, parce que je suppose qu'un certain financement est assuré par le centre à l'Écosse, par exemple. Le

whatever government is responsible for the total of the U.K. I still cannot understand clearly — and this is extremely important to mental health because as you have stated, there is the tendency for it to be the "Cinderella" of the system.

Ms. Richardson: To provide answers to your questions, Mr. Sieff and I will have to go back to colleagues because it falls outside our remit. I do not really know how it works in an overarching way. I honestly do not know how resources get allocated to Scotland, Wales, and Ireland.

Mr. Sieff: I do not know in respect of Scotland. There is a formula in respect of expenditure between England and Wales and I think it is called the Barnett Formula. Under this formula, money is allocated to England, then a calculation is made for allocations to Wales on a population and various other bases. Certainly, when any new policy is developed in England, then Wales needs to be ensured that since that policy may apply to England and Wales, the funding is being made available for it.

The Deputy Chairman: Honourable senators and witnesses, we have lost our video communication link. We will proceed without video until it can be re-established.

Senator Keon: Ms. Richardson, I know a little bit about your system because my daughter is a doctor there. I am fascinated by the integration of your mental health strategy and your primary care system. We do not have such a capacity in Canada at this time, although we are groping to find one. We have to design a primary care system before we can deal with it.

I understand that your Primary Care Trusts deal with a panacea of mental health — including the decriminalization element — across the system. Could you expand on how this works? You have a complex system of programs and then you have the Primary Care Trusts and the primary care system. How do you interface all of these programs and standards into the Primary Care Trusts? Could you expand on that?

Ms. Richardson: Yes, if I can. It is necessary to have a perspective of the history of primary care in this country in order to understand where we are right now. Traditionally, mental health care has been the preserve of those working in specialized services — that is, not primary care. Traditionally, those with an identified mental health problem would have been referred to a psychiatrist or to another specialist in secondary care services. Although that was the perception, it is nonetheless true that a very significant majority of people with mental health problems — as I think I said earlier — are managed only in primary care or are managed only with the support of family and friends and local community services.

gouvernement qui a la responsabilité de l'ensemble du Royaume-Uni semble n'avoir ici aucun rôle à jouer. Je n'arrive toujours pas à bien comprendre — et c'est extrêmement important en santé mentale parce que comme vous l'avez dit, ce secteur est un peu laissé pour compte.

Mme Richardson: Pour répondre à vos questions, M. Sieff et moi devrons consulter des collègues parce que ce n'est pas de notre ressort. Je ne sais vraiment pas comment tout cela fonctionne dans sa totalité. Je ne sais vraiment pas comment les ressources sont allouées à l'Écosse, au pays de Galles et à l'Irlande.

M. Sieff: Je ne sais pas ce qu'il en est de l'Écosse. Une formule est employée en ce qui concerne les dépenses entre l'Angleterre et le pays de Galles et je pense qu'il s'agit de la formule Barnett. Selon cette formule, des fonds sont attribués à l'Angleterre, puis on effectue un calcul pour ce qui est des fonds à allouer au pays de Galles en fonction de sa population et de divers autres facteurs. Bien sûr, quand une nouvelle politique est adoptée en Angleterre, le pays de Galles doit alors s'assurer qu'il aura accès au financement puisque cette politique peut s'appliquer à l'Angleterre et au pays de Galles.

La vice-présidente: Honorables sénateurs, chers témoins, nous avons perdu les signaux vidéo. Nous allons poursuivre sans vidéocommunication jusqu'à ce qu'on rétablisse la liaison.

Le sénateur Keon: Madame Richardson, je connais un peu votre système étant donné que ma fille est médecin là-bas. Je suis fasciné par l'intégration de votre stratégie en matière de santé mentale et votre système de soins primaires. Nous n'avons pas de capacité comparable au Canada pour l'instant, quoique nous nous efforçons d'en trouver une. Nous devons concevoir un système de soins primaires avant de pouvoir nous en servir.

Je crois savoir que vos groupes de soins primaires offrent tout un éventail en matière de santé mentale — y compris un volet sur la décriminalisation — dans tout le système. Pourriez-vous nous expliquer comment ils fonctionnent. Vous avez un système complexe de programmes, puis vous avez les groupes de soins primaires et le système de soins primaires. Comment agencez-vous tous les programmes et toutes ces normes au sein des groupes de soins primaires? Pourriez-vous nous l'expliquer?

Mme Richardson: Oui, je vais tenter de le faire. Il faut connaître un peu l'histoire des soins primaires ici pour comprendre où nous en sommes maintenant. Autrefois, les soins en santé mentale étaient la chasse gardée de ceux qui travaillaient dans les services spcécialisés — c'est-à-dire qu'il ne s'agissait pas de soins primaires. Traditionnellement, les personnes chez qui on avait diagnostiqué un problème de santé mentale étaient renvoyées à un psychiatre ou à un autre spécialiste des services de soins secondaires. Même si c'était l'impression qu'on avait, il n'en reste pas moins vrai qu'une très importante majorité de gens ayant des problèmes de santé mentale — comme je pense l'avoir déjà dit — ne reçoivent que des soins primaires ou ne bénéficient que de l'appui de leur famille et d'amis et des services communautaires locaux.

In a sense, by default, primary care services have provided a huge amount of the support for people with mental health needs. Perhaps it just has not always been seen in quite that way. That has been generally thought to be a great strength of primary care, not least because of the stigma that is attached to mental ill health. As a person with a stress-related condition or someone with a long-term depression, it has perhaps been easier for the patient, for the person with the mental health problem to get contact, to get help through his or her GP.

There are difficulties with that, too, because one of the things we know historically to be true is that GPs do not have the specialized training. That is both their strength and a weakness of the system. They are generalists so they see everyone. They do not necessarily put a diagnostic label on a person. That is something that happens very much more in secondary care. That is good from the patient's point of view or service user's point of view because it is less stigmatizing.

On the other hand, the absence of specialized training means that we also, like other countries, face a difficulty with delivering effective care to people, for instance, with depression, where we know that GPs tend not to prescribe in doses that accord with the recommended guidelines, and they miss cases of depression because they have not enough time to spend seeing the service user.

When you say that you are impressed with the integration, that is good that you should perceive it that way, but we have to acknowledge that we have a long way to go to achieve what we would really like to achieve for people with mental health problems.

That is why we set two standards in the National Service Framework for Primary Care. They are mainly about access to services, which is why we set the specific targets through our priorities and planning framework to supplement the expertise that there is in primary care by providing new workers, who will be trained specifically to help people with so-called common mental disorders.

You mentioned the criminal justice system. Traditionally, the responsibility for provision of effective care has been and continues to be with the home office. However, we have been trying very hard to integrate the mental health care for those people in order that the standard of care they get in prison is better than it has been in the past. We have set up a program of prison in-reach and a program of general health care including health care in prison so that people can get an assessment of their needs more quickly and can get access to the help they need, which was not happening in many cases.

We have implemented a number of programs that help primary care and I will mention two that might be of particular interest to you. One is the NHS plan target to develop 1,000 new graduate primary care mental health workers by December 2004, to help

En un sens, par défaut, les services de soins primaires ont assuré un appui considérable aux personnes ayant des besoins en santé mentale. Peut-être tout simplement qu'on ne l'a pas toujours perçu ainsi. On a généralement pensé que c'était une grande force des soins primaires, ne serait-ce qu'en raison de la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux. Quand on vit une situation de stress ou une longue dépression, il est peut-être plus facile pour le patient, la personne qui a un problème de santé mentale, de prendre contact avec son médecin généraliste, d'obtenir de l'aide auprès de celui-ci.

Cela pose aussi des difficultés, parce que ce que l'expérience nous a montré c'est que les généralistes ne reçoivent pas de formation spécialisée. C'est à la fois leur force mais une faiblesse du système. Comme ils sont généralistes, ils soignent tout le monde. Ils ne posent pas nécessairement un diagnostic dans tous les cas. C'est quelque chose qui arrive beaucoup plus souvent dans le cas des services de soins secondaires. C'est bon du point de vue du patient ou de l'utilisateur de services parce qu'il y a alors moins de stigmatisation.

Par ailleurs, cette absence de formation spécialisée signifie que nous aussi, comme dans d'autres pays, avons du mal à assurer des soins efficaces, par exemple, dans le cas de dépression, quand on sait que des médecins généralistes ont tendance à ne pas prescrire d'ordonnances dont la posologie correspond aux recommandations des directives, et des cas de dépression leur échappent parce qu'ils n'ont pas assez de temps à consacrer à leurs patients.

Vous dites être impressionnés par l'intégration, et je m'en réjouis, mais nous devons reconnaître qu'il nous reste un long chemin à parcourir avant d'atteindre le niveau de service que nous aimerions vraiment être en mesure d'offrir aux gens qui ont des problèmes de santé mentale.

C'est pourquoi nous fixons deux normes au National Service Framework for Primary Care. Elles portent principalement sur l'accès aux services, c'est pourquoi nous fixons les objectifs précis à atteindre au moyen de nos priorités et de notre cadre de planification pour renforcer le savoir-faire du secteur des soins primaires en recrutant de nouveaux travailleurs, qui seront formés précisément pour aider les gens qui ont ce que l'on appelle des troubles mentaux courants.

Vous avez parlé du système de justice pénale. La responsabilité de la prestation de soins efficaces a toujours été et continue d'être confiée au ministère de l'Intérieur. Cependant, nous travaillons d'arrache-pied pour intégrer les soins en santé mentale offerts à ces personnes afin que le niveau de soins qu'ils reçoivent en prison soit supérieur à ce qu'ils étaient dans le passé. Nous avons créé pour les détenus un programme In-Reach et un programme de soins de santé généraux incluant des soins de santé en milieu carcéral pour que les gens puissent obtenir plus rapidement une évaluation de leurs besoins et avoir accès à l'aide nécessaire, ce qui souvent n'est pas le cas.

Nous avons exécuté divers programmes qui améliorent les soins primaires et je vais en mentionner deux qui pourraient vous intéresser tout particulièrement. Dans un cas, il s'agit du plan du service de santé national, le SNS, qui vise à former un millier de

GPs manage and treat people of all ages with common mental health problems. The second is a target to recruit 500 "gateway workers" who will help GPs to signpost service users and carers to the right part of the system to help them get help more quickly.

nouveaux diplômés en soins primaires de santé mentale d'ici décembre 2004, pour aider les médecins généralistes à accueillir et à soigner des gens de tous âges qui ont des problèmes courants de santé mentale. Le second objectif consiste à recruter 500 travailleurs qui aideront les généralistes à orienter les utilisateurs et le personnel de soins pour qu'ils puissent s'adresser au service adéquat du système et les aider ainsi à obtenir de l'aide plus rapidement.

The graduate worker is a new breed of worker. I am not aware if they exist in other countries but here we were faced with a problem that I touched on earlier. We were not able to recruit enough nurses. We were taking steps to increase the number of GP trainees. We were taking steps to increase the number of psychiatric trainees and psychologists and other groups. However, that was not going to deliver for us quickly enough because it takes so long to train those professionals.

Le travailleur diplômé est une nouvelle espèce. Je ne sais pas s'il y en a dans d'autres pays mais chez nous, nous avions un problème dont je vous ai parlé plus tôt. Nous ne parvenions pas à recruter suffisamment d'infirmières. Nous avions pris des mesures pour accroître le nombre de stagiaires omnipraticiens. Nous avions pris des mesures pour accroître le nombre de stagiaires psychiatres et de psychologues et de membres d'autres groupes. Cependant, nous allions devoir attendre trop longtemps parce qu'il faut du temps pour former ces professionnels.

Therefore, we looked at the evidence and we saw that two things were true. One is we had a group of able graduates in our system who wanted to work in the NHS who could be trained, so the evidence suggested, to deliver brief, effective evidence-based treatments in primary care for people with common disorders. We set that target and we set up 12 new programs of education and training across England to provide them with one year of post-graduate certificate level training offered on a day-release basis. We are halfway through that; we have about 400 of those workers in place right now, and local plans to recruit the rest by the end of this year. Gateway workers are in fact qualified nurses, community psychiatric nurses, whose jobs are being reconfigured to help them focus more on what primary care staff need to help signpost them through the system.

Par conséquent, nous avons fait un bilan et vu que deux choses en ressortaient. D'abord, nous avions dans le système un groupe de diplômés aptes qui voulaient travailler au SNS et qui pouvaient recevoir une formation, selon les données recueillies, pour fournir brièvement et efficacement en matière de soins primaires des traitements fondés sur des données probantes aux patients souffrant de troubles courants. Nous avons fixé un objectif et constitué 12 nouveaux programmes de formation dans toute l'Angleterre pour leur offrir un programme externe de formation d'un an menant à l'obtention d'un certificat d'études supérieures. Nous sommes à mi-chemin; 400 de ces travailleurs sont déjà en poste, et nous prévoyons à l'échelle locale recruter le reste d'ici la fin de l'année en cours. Les travailleurs qui orientent la clientèle sont constitués en fait de personnel infirmier compétent, d'infirmières psychiatriques communautaires, dont les postes ont été adaptés pour les aider à se consacrer davantage sur ce dont le personnel de soins primaires a besoin pour les aider à s'orienter dans le système.

That is about service redesign. However, you can see 1,000 do not go very far among 300 PCTs. It is obviously not sufficient to meet all the needs that there are but we hoped by highlighting the importance of this to trigger an interest in primary care mental health and promote the development of similar such workers on a wider scale.

Voilà pour la reconfiguration des services. Toutefois, vous pouvez bien voir que 1 000 recrues, ce n'est pas beaucoup pour les 300 GSP. Ce n'est évidemment pas suffisant pour répondre à tous les besoins, mais nous espérions, en mettant en lumière l'importance de cet aspect, susciter un intérêt dans le domaine des soins primaires en santé mentale et favoriser le recours à des travailleurs de ce type à une plus grande échelle.

Senator Cordy: You talk about the 28 strategic health authorities that manage performance services. I am from the province of Nova Scotia. We have regional health authorities in my province, but they have a great deal of difficulty because they spend a tremendous amount of time negotiating with the government for budgets. Is this the same in the United Kingdom, specifically to mental health? When regional health authorities or the strategic health authorities receive funding, is the funding targeted specifically for mental health or more broadly, or are they just given budgets?

Le sénateur Cordy: Vous avez parlé des 28 administrations stratégiques en matière de santé qui gèrent la prestation des services. Je viens de la province de la Nouvelle-Écosse. Dans ma province, nous avons des administrations régionales en matière de santé, mais elles connaissent de grandes difficultés parce qu'elles passent énormément de temps à négocier avec le gouvernement pour obtenir des fonds. Est-ce la même chose au Royaume-Uni, surtout en ce qui a trait à la santé mentale? Quand les administrations régionales ou les administrations stratégiques reçoivent un financement, des fonds sont-ils précisément alloués à la santé mentale ou sont-ils attribués de façon générale, ou les administrations reçoivent-elles tout simplement un certain budget?

Ms. Richardson: Strategic health authorities here have a performance management responsibility as PCTs but they are not holders of the bulk of the money. They obviously have small budgets of their own that they use to recruit staff and they have a budget that is capped to certain work.

Seventy-five per cent of the money spent on the NHS is devolved to PCTs. It is not ring fenced or badged. This was really the essence of the health service reorganization that took place in 2001. We touched on it earlier, in answer to the first set of questions, which were much about Scotland. There is a difficulty or a challenge there for local primary care commissioners to divide up their allocation of the NHS resources among the competing demands of mental health, cancer care, coronary and heart disease and so on.

Senator Cordy: You spoke about assertive outreach teams. Specifically what is the role of an assertive outreach team? What do they do?

Ms. Richardson: It is a small multidisciplinary team consisting of anywhere between 9 to 15 staff. Their aim is to focus particularly on the estimated 1,500 people who are in the mental health service system with a severe mental illness and who are at particular risk of falling out of contact with services or of disengaging with their key workers. This particular group of service users is among the most challenging with which to work. They usually have long-term histories, severe mental illness, schizophrenia and so on. They are quite often transient or not living in fixed places.

The assertive outreach team would start its work after a period of admission. Let us say, typically, a service user would have an admission to a psychiatric hospital, have a period of treatment and get a care plan. The assertive outreach team would follow up, as the name suggests, quite assertively. They would visit the person at home; if the person missed an appointment, they would chase it up. They might see the service user, the patient, in the place of his or her choosing. We know assertive outreach teams that work in the local launderette, and they will be trying to help ensure that the service user sticks with the care plan and does not fall out of contact.

This approach, which has its origins also in Australia and in some of the work of Stein and Test in the U.S., demonstrates to be an effective way of working with that client group — providing you configure the teams properly. It is not everyone's cup of tea, if I can put it that way. You need careful training for your staff. It is a rewarding job but not an easy job for staff.

Senator Cordy: There are a number of patient advocacy groups in Canada. I am wondering how they would react to an outreach team meeting someone in a laundromat, for example. Has that been a problem at all?

Mme Richardson: Les administrations stratégiques ont, en tant que GSP, une responsabilité en matière de gestion du rendement, mais elles ne gèrent pas le gros des fonds disponibles. Elles ont bien sûr de petits budgets à elles qu'elles utilisent pour recruter du personnel et elles ont un budget qui est réservé à un certain travail.

Soixante-quinze pour cent des fonds consacrés au SNS sont alloués aux GSP. Ce ne sont pas des fonds isolés ni réservés. C'est vraiment ce sur quoi a porté la réorganisation des services de santé en 2001. Nous en avons parlé plus tôt, en réponse à la première série de questions, qui portaient surtout sur l'Écosse. C'est toute une tâche ou tout un défi pour les commissaires locaux des soins primaires de répartir leurs fonds du SNS en fonction des demandes concurrentielles des services de soins en santé mentale, de soins pour le cancer, les maladies coronariennes, les maladies cardiaques, et cetera.

Le sénateur Cordy: Vous avez parlé d'équipes d'intervention affirmative. Plus précisément, quel est leur rôle? Que font-elles?

Mme Richardson: Il s'agit d'une petite équipe multidisciplinaire composée de neuf à quinze personnes. Elle s'occupe particulièrement des quelque 1 500 patients du système de services de santé mentale qui ont une maladie mentale grave ou qui risquent plus particulièrement de perdre contact avec les services ou de ne plus communiquer avec leurs travailleurs principaux. Ce groupe particulier d'utilisateurs de services compte parmi ceux qui posent le plus de défis. Ils ont habituellement une longue histoire, une maladie mentale grave, sont atteints de schizophrénie, par exemple. Il s'agit assez souvent d'itinérants, sans domicile fixe.

L'équipe d'intervention affirmative commence son travail après une période d'admission. Par exemple, généralement, un utilisateur de services est admis à un hôpital psychiatrique, reçoit un traitement pendant un certain temps et suit un plan d'intervention. L'équipe d'intervention affirmative assure un suivi, de façon assez affirmative, comme son titre l'indique. Elle rend visite à la personne chez elle; si la personne ne se rend pas à un rendez-vous, elle vérifie ce qui s'est passé. Ses membres peuvent rencontrer l'utilisateur de services, le patient, à l'endroit de son choix. Nous connaissons des équipes d'intervention affirmative qui travaillent à la buanderie du coin, et ces travailleurs essaient de faire en sorte que l'utilisateur de services suive son plan d'intervention et ne s'isole pas.

Cette approche, qui nous a été inspirée aussi par l'Australie et certains des travaux de Stein et Test aux États-Unis, s'avère un moyen efficace de travailler avec ce groupe client — dans la mesure où les équipes sont bien constituées. Ce n'est pas un travail pour tout le monde, si je peux dire. Il faut assurer une formation minutieuse du personnel. C'est un travail qui apporte des satisfactions, mais ce n'est pas un travail facile.

Le sénateur Cordy: Au Canada, il y a un certain nombre de groupes de défense des droits des patients. Je me demande ce qu'ils penseraient de l'idée de voir une équipe d'intervention rencontrer quelqu'un à la buanderie, par exemple. Est-ce que cela a posé des problèmes?

Ms. Richardson: No, because the service users and carers, by and large, say that they quite value having someone — a team or person or care-worker — who is prepared to put himself or herself out. Service users, particularly in this group, commonly do not like going along to the psychiatric hospital for their outpatient appointment. They do not turn up. If the team member is prepared to come out and meet them on their territory, so to speak, the relationship and the engagement is much better.

Senator Cordy: In respect of primary care, you stated earlier that you need a diagnosis to be on the Care Programme Approach. As Senator Keon was saying earlier, the first point of contact in most cases is the family doctor or the GP. You stated that the GPs do not necessarily have specialized training in giving the effective care. Is this where your gateway workers come in, helping to make initial diagnoses?

Sometimes when a person goes in to see a GP, they will go in with a variety of ailments, none of which they will claim to be related to depression or any other type of mental illness. As you stated earlier, it would take a period of time before a GP could actually make a diagnosis that it is not continuous headaches or not stomach problems or whatever, it is, in fact, a depression or something else.

Are GPs receiving training so that they can red-flag patients when they come in, or do your gateway workers play a large role in that?

Ms. Richardson: You are absolutely right, that is the role of the gateway workers as envisioned in our guidance. However, at the moment there are not very many gateway workers in post. They do not have a monopoly on that role; there are many other members of the health and social care system who help to provide support for GPs in that initial diagnosis.

For instance, many psychiatrists are now working to deliver outpatient clinics in GP surgeries. Many psychologists are also placed in GP practices. They can help GPs resolve an uncertainty about whether a particular patient should be referred on or not.

The gateway workers' job, therefore, is partly to do initial assessments, where there is not anyone else to do one, and partly to signpost through the system and help the system work as a more united whole. The gateway workers' job description — and we published some sample job descriptions in our guidance — is to help the development of local referral protocols between different elements of the service system, so that it saves patients having to be reassessed multiple numbers of times.

Mme Richardson: Non, parce que les utilisateurs de services et les fournisseurs de soins, dans une large mesure, disent qu'ils apprécient assez d'avoir quelqu'un — une équipe ou une personne ou un fournisseur de soins — qui est disposé à se déranger pour eux. Les utilisateurs de services, surtout ceux de ce groupe, pour la plupart n'aiment pas aller à l'hôpital psychiatrique pour leurs rendez-vous en clinique externe. Ils ne s'y présentent pas. Si le membre de l'équipe est disposé à se déplacer et à aller les rencontrer sur leur territoire, pour ainsi dire, les rapports et la participation sont bien meilleurs.

Le sénateur Cordy: Pour ce qui est des soins primaires, vous avez dit plus tôt qu'il fallait un diagnostic pour bénéficier de la Care Programme Approach. Comme l'a déjà dit le sénateur Keon, la plupart du temps, le premier point de contact c'est le médecin de famille ou l'omnipraticien. Vous avez dit que les omnipraticiens n'avaient pas nécessairement reçu de formation spécialisée pour donner des soins efficaces. Est-ce là qu'interviennent vos travailleurs qui orientent les patients, pour aider à poser les premiers diagnostics?

Parfois quand un patient va voir un omnipraticien, il souffre de divers maux, dont aucun ne sera attribué à la dépression ou à un autre type de maladie mentale. Comme vous l'avez dit, il faudrait un certain temps avant qu'un omnipraticien puisse vraiment poser un diagnostic autre que des maux de tête continus ou des maux d'estomac, et établir qu'il s'agit en fait d'une dépression, par exemple.

Les omnipraticiens reçoivent-ils une formation pour être en mesure de repérer les patients quand ils consultent, ou est-ce que les travailleurs qui s'occupent d'orientation jouent un certain rôle à cet égard?

Mme Richardson: Vous avez tout à fait raison, c'est précisément le rôle que nous avions envisagé pour les travailleurs qui orientent les patients. Cependant, pour l'instant, nous n'avons pas beaucoup de ces travailleurs en poste. Ils n'exercent pas un monopole sur ce rôle; il y a bien d'autres membres du système des soins de santé et des services sociaux qui soutiennent les omnipraticiens quand ils doivent poser ces premiers diagnostics.

Par exemple, de nombreux psychiatres offrent maintenant des services externes dans des cabinets d'omnipraticiens. De nombreux psychologues travaillent aussi dans des cabinets d'omnipraticiens. Ils peuvent aider les omnipraticiens à se faire une meilleure idée au moment d'établir si un patient donné devrait être ou non acheminé ailleurs.

La fonction des travailleurs qui orientent les patients consiste donc en partie à effectuer une première évaluation, quand il n'y a personne d'autre pour le faire, et aussi à les orienter dans le système et à aider le système à fonctionner de façon plus unifiée. La description de tâches de ces travailleurs — et nous avons publié des exemples de descriptions de fonctions dans notre guide — consiste à contribuer à l'élaboration de protocoles d'orientation locaux entre différents éléments du système de services, afin d'éviter aux patients d'avoir à être réévalués à plusieurs reprises.

You can imagine what that is like. A GP is not certain whether someone should be referred to specialized services, so to be on the safe side, he or she refers to a psychiatrist and there is a wait. Perhaps the GP refers to the psychologist simultaneously, thinking that the wait might be quicker, which it often is not. Meanwhile, it will have been suggested that the patient might go to the local charitable voluntary service for some counselling to tide them over, in which case the counselling service will also do an assessment.

Those three systems are not well integrated at the moment. The gateway workers' job would be to help them work together more closely and agree what would be an appropriate format for an initial assessment, so they could accept each other's judgment more readily. That would speed things up for the patient.

Senator Fairbairn: I have been following Senator Cordy's questions. They were basically along the line that I wanted to ask. However, I would like to just follow one part.

Yesterday, we heard witnesses speak to the community part of this issue. I found it a very tough session to go through, because of the difficulty on the ground of developing ways to have people access proper care outside of hospitals. We do not have the structures that you have in Britain to do that. Also, we do have a confederation, so we have different rules and laws in various provinces.

I wanted to touch on the idea of assertive outreach. We do not have that in Canada either. As we are going away from the institutions and back into the communities to try and provide the kind of service in primary care and otherwise, we are also placing a distinct responsibility on the client, on the patient, to wish to become part of this system.

With the assertive outreach groups and individuals, what happens when the person who has been diagnosed one way or another in need of help chooses not to follow up with primary care or whatever other kind of care he or she has been getting? What if they choose not to respond, however assertive these people may be? What happens then? Is this then something that goes back to an institutional capacity?

Ms. Richardson: That is an extremely important and interesting question. In fact, it relates very closely to the work that my colleague Adrian Sieff has been doing to reform the mental health legislation. It is being reformed precisely in order to bring it up to date and in line with modern patterns of treatment and care, which, as you have pointed out, are much more likely nowadays to be provided in the community than in a hospital base. I will ask him to say something about that in a moment.

I cannot give you a general answer. In our guidance to assertive outreach teams, and crisis resolution home treatment teams and on CPA, we have stated that it is absolutely essential to take an individualized approach to each person's care.

Vous imaginez ce que c'est. Un omnipraticien, par exemple, n'est pas certain si quelqu'un devrait être acheminé vers des services spécialisés, alors par prudence, il renvoie ce patient à un psychiatre et il y a une période d'attente. Il se peut que l'omnipraticien oriente aussi le patient vers un psychologue, pensant qu'on attendra ainsi moins longtemps, ce qui souvent n'est pas le cas. Entre-temps, on aura suggéré au patient d'aller s'il le veut bien consulter les services bénévoles et caritatifs locaux pour recevoir un peu d'aide de leur part, auquel cas les services de consultation feront aussi une évaluation.

Pour l'instant, ces trois systèmes ne sont pas bien intégrés. Le travailleur chargé de l'orientation aurait pour fonction de les aider à collaborer plus étroitement et à s'entendre sur ce qui serait une façon appropriée de procéder à une première évaluation, afin qu'ils soient plus disposés à accepter l'opinion des autres. On accélérerait le processus pour le patient.

Le sénateur Fairbairn: J'ai bien porté attention aux questions du sénateur Cordy. Elles portaient sur ce que je voulais vous demander. Cependant, j'aimerais toucher un autre aspect.

Hier, nous avons entendu des témoins parler de l'aspect communautaire de toute cette question. J'ai trouvé que c'était une séance très ardue, en raison des difficultés qu'on a sur le terrain à concevoir des moyens permettant aux gens d'obtenir des soins appropriés en dehors des hôpitaux. Contrairement à vous en Grande-Bretagne, nous n'avons pas les structures voulues pour le faire. De plus, nous vivons dans une confédération, et les règles et les lois des diverses provinces varient.

J'aimerais parler d'intervention affirmative. C'est aussi une chose que nous n'avons pas au Canada. À mesure que nous délaissons les établissements et nous tournons vers les collectivités pour tâcher d'offrir le type de services voulus en soins primaires, par exemple, nous attendons aussi nettement du client, ou du patient, qu'il souhaite faire partie de ce système.

Avec les équipes d'intervention affirmative, qu'arrive-t-il quand la personne pour laquelle on a posé un diagnostic quelconque a besoin d'aide mais décide de ne pas recevoir de soins primaires ou tout autre type de soins qu'elle recevait jusque-là? Qu'arrive-t-il si ces patients décident de laisser tomber, si affirmative soit l'intervention de ces équipes? Qu'arrive-t-il alors? Est-ce que cela relève alors de l'établissement?

Mme Richardson: C'est une question extrêmement importante et intéressante. En fait, elle est liée très étroitement au travail que fait mon collègue Adrian Sieff pour moderniser la Loi sur la santé mentale. La réforme vise précisément à actualiser et moderniser la loi pour qu'elle tienne compte des nouveaux modèles de traitement et de soins, qui, comme vous l'avez mentionné, sont de nos jours plus souvent prodigués au sein des collectivités qu'à l'hôpital. Je vais lui demander d'en parler dans un instant.

Je ne peux pas vous répondre de façon générale. Dans notre guide à l'intention des équipes d'intervention affirmative, et des équipes de traitement à domicile et d'intervention en cas de crise, et en ce qui concerne la CPA, nous avons dit

Therefore, I cannot give a general response in respect of what would happen in any one case. I can say that it would depend on that person's history and upon the care worker's judgement of the level of risk.

Let us take a specific example of someone for whom the question has been raised that they are a danger to themselves. Let us say that they have had a history of self-harm or of attempted suicide. Add to that a history of domestic violence, or a history of offending so they perhaps also have a criminal record, but they are not formally in contact at the moment with the police. In such a case, the assertive outreach team would make every effort to follow-up with that patient. If the patient were on medication, they would do their best to persuade the patient that he or she should abide by the guidance set out in the care plan. In fact, the person would have signed on to the care plan in the beginning, because our guidance makes it clear that guidelines should not be developed without the patient. It is absolutely essential that the service user is part of that work.

In the event that the member of staff or the team thought that the patient was a risk and thought that they were dropping out of treatment and/or were not taking their medication, then the Mental Health Act might become one of tools that they would need to use. If you agree, I would quite like to land over to Mr. Sieff to say something about that. Is that okay with you?

Senator Fairbairn: Absolutely. I should like to add one more element to my question. What happens if this person not only has mental difficulties, but also has an addiction? When they are back in the world, he or she does not want to drop the addiction either?

Mr. Sieff: As Ms. Richardson was saying, we are proposing to bring forward new mental health legislation. One of the key changes is to modernize the legislation in line with modern treatment and care.

As the developers of the assertive outreach teams, we want to see more consumer-based delivery of care, where appropriate, to enable people to be treated under formal powers in the community. That is not something that is possible under the current legislation, which requires that a person be detained in a hospital if they are being treated under formal powers.

If a person has a serious mental disorder and is at significant risk of a high level harm — either to themselves or others — and if there is an appropriate treatment available, that person can be sectioned under the mental health legislation for treatment, even without their consent.

There is a particular group of people that we loosely call "revolving door patients," who may deteriorate in a relatively foreseeable way on occasion in their need for care and treatment. It may not be necessary, if they are well-known to services, to bring them back into a hospital, but they will need the sanction of

qu'il était tout à fait essentiel d'envisager de façon individualisée les soins de chaque patient. Par conséquent, je ne peux pas répondre de façon générale sur ce que l'on ferait dans un cas ou l'autre. Je peux seulement dire que cela dépendrait des antécédents de cette personne et de l'évaluation du niveau de risque que ferait le personnel soignant.

Prenons l'exemple précis d'une personne qui risque de poser un danger pour elle-même. Supposons qu'elle s'est déjà infligé des blessures ou a déjà tenté de se suicider. Sans compter qu'elle a connu des incidents de violence familiale, ou qu'elle a commis des infractions et a peut-être un casier judiciaire, mais n'a pas officiellement affaire à la police pour l'instant. Dans un cas comme celui-là, l'équipe d'intervention affirmative s'efforcerait d'assurer un suivi auprès de ce patient. Si ce patient prenait des médicaments, l'équipe ferait de son mieux pour le convaincre de s'en tenir au programme de traitements. En fait, la personne aurait signé le programme de traitements pour commencer, parce que notre guide établit clairement qu'il ne faut pas élaborer de directives sans le patient. Il est tout à fait essentiel que l'utilisateur de services participe à ce travail.

Si le membre du personnel ou de l'équipe pense que le patient pose un risque et qu'il s'apprête à abandonner le traitement ou à ne plus prendre ses médicaments ou les deux, alors la Loi sur la santé mentale pourrait devenir un outil qu'ils auraient besoin d'utiliser. Si vous le voulez bien, j'aimerais inviter M. Sieff à vous en parler un peu. Cela vous convient-il?

Le sénateur Fairbairn: Certainement. J'aimerais ajouter quelque chose à ma question. Qu'arriverait-il si cette personne avait non seulement des troubles mentaux mais aussi une toxicomanie? Quand il revient sur terre, le patient ne veut pas renoncer à cette toxicomanie?

M. Sieff: Comme le disait Mme Richardson, nous nous proposons d'adopter une nouvelle loi en matière de santé mentale. L'un des grands changements consiste à moderniser la loi pour tenir compte des soins et des traitements modernes.

En tant que concepteurs des équipes d'intervention affirmative, nous souhaitons la multiplication de soins adaptés aux usagers, quand c'est approprié, pour permettre aux gens de recevoir des traitements en vertu de mécanismes officiels au sein de la collectivité. Ce n'est pas possible en vertu de la loi actuelle, qui dispose qu'une personne doit être détenue dans un hôpital si elle doit être traitée en vertu de mécanismes officiels.

Si une personne a de graves troubles mentaux et pose un risque important de préjudice grave — soit pour elle-même ou les autres — et si un traitement approprié est disponible, on peut, en vertu de la Loi sur la santé mentale, obliger cette personne à se faire soigner, même sans son consentement.

Il y a un certain groupe de personnes que nous appelons dans notre jargon nos «patients porte tournante», dont l'état est susceptible de se détériorer de façon assez prévisible et qui auraient ainsi besoin de plus de soins et de traitements. Il se peut qu'il ne soit pas nécessaire, s'ils sont bien connus de nos services,

the legislation to be treated. That legislation provides for helping people who are leaving the hospital to move into the community in such a way that it is hoped they will not continue to revolve in and out of hospital. They can be treated under sanction — that is, that certain sanctions can be placed upon their discharge into the community. For example, they would need to reside at a certain place, turn up to an outpatient's clinic at a certain point in time or to attend treatment.

As long as they comply with those conditions, they do not need to be brought into hospital. This is enabling people to be treated in the community while they are still meeting the conditions of their compulsion.

It is important to stress that, once their condition has improved and they no longer met those conditions that are set out for a serious mental disorder with a significant risk of harm, they are then discharged from treatment under the act. However, it is hoped that that support should continue in the community with either an assertive outreach team or from other areas of the community. That provides a smoother transition in their care.

Senator Léger: I was impressed by Ms. Richardson's description of the changes since 1997 and the priority for reform. The first area on which you focused was mental health. It is the contrary with us. We started with everything else; our last item is mental health. Was there a reason for this?

Ms. Richardson: I should correct a misapprehension owing to the fact that our first standard in the national service framework did indeed address mental well-being and mental health promotion rather than mental illness. I must say, however, that it would be unfair to conclude that that is where we began.

Like many other countries, we made a priority of addressing reform in those services designed for people with the most severe mental illness because that is where the highest levels of morbidity are. That is where the biggest risk of death by suicide and other causes is. We did start work simultaneously to promote mental health, but if you were to show how the resources were allocated to those different elements, it would be fair to say that we have done far more on the severe end of the spectrum than the preventive end.

Standard one is the relevant standard here. We started in March 2001 by launching a national campaign called "Mind Out for Mental Health." That campaign was aimed at tackling the stigma and discrimination faced by people

de les faire revenir à l'hôpital, mais il faudra appliquer les conditions de traitement prévues dans la loi. La loi prévoit des mesures pour aider ceux qui quittent l'hôpital à réintégrer leur collectivité de façon qu'ils ne soient pas en proie au syndrome de la porte tournante. Ils peuvent être traités moyennant certaines conditions — autrement dit, ils peuvent être assujettis à certaines conditions lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital. Ainsi, ils pourraient être tenus de vivre dans un certain endroit, de se présenter à date fixe au service de consultations externes ou de recevoir des traitements.

Tant qu'ils se conforment à ces conditions, il n'est pas nécessaire de les amener à l'hôpital. Ces gens peuvent ainsi continuer à recevoir des traitements dans la collectivité tant qu'ils présentent les symptômes de l'affection en question.

Il est important de souligner que, une fois que leur état s'est amélioré et qu'ils ne répondent plus aux critères permettant d'établir un diagnostic de trouble mental grave présentant un risque considérable, ils sont alors dispensés de poursuivre leur traitement conformément aux termes de la loi. Il est toutefois à espérer que ces gens pourraient continuer à bénéficier de soutien dans la collectivité de la part d'une équipe d'intervention proactive ou d'autres services communautaires. La transition sur le plan des soins à assurer à ces personnes peut ainsi se faire plus en douceur.

Le sénateur Léger: J'ai été frappée par la description que Mme Richardson a donnée des changements survenus depuis 1997 et de ce sur quoi vous avez mis l'accent dans votre projet de réforme. Vous vous êtes attaqués en priorité à la santé mentale. Chez nous, nous avons plutôt commencé par tout le reste, pour nous attaquer en dernier à la santé mentale. Y a-t-il une raison qui a motivé ce choix?

Mme Richardson: Je devrais corriger une fausse impression étant donné que notre première norme dans le cadre du service national visait effectivement la promotion du bien-être mental et de la santé mentale, mais non pas la maladie mentale. Je dois toutefois préciser qu'il serait injuste de conclure que nous avons commencé par là.

Comme bien d'autres pays, nous nous sommes donné comme priorité de réformer tout d'abord les services destinés aux personnes atteintes des maladies mentales les plus graves parce que c'est parmi ces populations que les taux de morbidité sont les plus élevés. C'est parmi ces populations que le risque de suicide ou de décès attribuable à d'autres causes est le plus élevé. Nous avons aussi commencé à travailler simultanément à la promotion de la santé mentale, mais si on comparait les ressources affectées aux divers aspects de la santé mentale, il serait assez évident que nous avons fait beaucoup plus du côté des maladies graves que du côté de la prévention.

C'est ce que nous appelons la norme un qui s'applique ici. Le tout a débuté en mars 2001 avec une campagne nationale intitulé «Mind Out for Mental Health». Par cette campagne, nous voulions lutter contre la stigmatisation et la discrimination

with mental health problems. It was designed to support their social inclusion. Although that targeted a group that was already identified as mentally ill, it was our intention to try to remove some of the stigma attached to mental illness in order to make it easier for people early in the development of a problem to seek help.

One example of the work done there is something called "The Campaign Against Living Miserably," CALM, which was launched almost five years ago. It targeted young men at risk from suicide who tend not to go to GPs to discuss their problems. This program constitutes a helpline that takes about 6,000 calls a year, half of which are from men between the ages of 15 and 35 years of age.

Our aim is to raise awareness in the right places. We work in youth clubs through DJs and discotheques. We use footballers and celebrities to try to get the message across. We had a big campaign. There have been messages on buses such as "Did you know that one in 100 is affected by severe mental illness?"

We have also taken steps to strengthen NHS Direct, our national helpline. This is a relatively recent innovation that has been running for about five years. Trained nurses staff the call centres have been training in mental health awareness. They have also been trained to use an algorithm, which is a decision tree that helps them to assess a call and then direct the caller to the right place to get help if they need it, or, to put them in touch with charitable and voluntary sector helplines that meet their particular needs.

We have in England, for example, as I am sure you do, a range of independent charitable and voluntary sector help-lines targeting particular groups. There is the Child Line, there is a rape crisis line, survivors-of-sexual-abuse line, Saneline, and there is the Bi-polar/Manic Depression Fellowship helpline. We got these together and operating to some sort of similar standard and linked them to our national helpline, so that we could divert callers their way if appropriate. That is a very important piece of work.

Finally, in 2001 we published a document entitled "Making It Happen: A guide to Delivering Mental Health Promotion," which is a guide for local services to take action on mental health promotion. This guide has sections on physical activity and the relationship between exercise and depression. We have done some work to help GPs refer people with depression to local fitness centres. There is a range of good practice examples in that document.

auxquelles se heurtent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. La campagne visait à favoriser leur inclusion dans la société. Même si le groupe ciblé était celui des personnes déjà diagnostiquées comme ayant une maladie mentale, nous voulions aussi essayer d'atténuer la honte qu'il y a à avouer une maladie mentale pour faire en sorte qu'il soit plus facile de consulter dès l'apparition d'un problème de santé mentale.

Les efforts en ce sens ont notamment conduit à une campagne appelée «The Campaign Against Living Miserably», qui a été lancée il y a environ cinq ans. Cette campagne ciblait les jeunes hommes à risque de suicide qui ont tendance à ne pas aller consulter leur omnipraticien pour discuter de leurs problèmes. On a ainsi mis sur pied une ligne télaide où l'on reçoit environ 6 000 appels par an, dont la moitié viennent d'hommes âgés de 15 à 35 ans.

Ce que nous voulons, c'est faire de la sensibilisation ciblée. Nous travaillons avec les clubs de jeunes par l'entremise de DJ et de discothèques. Nous faisons appel à des footballeurs et à des célébrités pour faire passer notre message. Nous avons lancé une vaste campagne. Nous avons fait mettre des panneaux sur les autobus où l'on disait, par exemple, «Saviez-vous qu'une personne sur cent est atteinte d'une maladie mentale grave?»

Nous avons également pris des mesures pour renforcer notre ligne secours nationale appelée NHS Direct. Il s'agit d'un service assez récent que nous offrons depuis environ cinq ans. Les appels sont reçus par des infirmiers et des infirmières qui ont reçu une formation conçue pour les sensibiliser à la santé mentale. Les infirmiers et infirmières ont aussi été formés à l'utilisation d'un algorithme, c'est-à-dire un arbre de décision qui les aide à évaluer l'appel pour ensuite dire à la personne où s'adresser pour obtenir de l'aide si elle en a besoin ou la mettre en contact avec des lignes secours du secteur charitable et bénévole qui peuvent répondre à ses besoins particuliers.

Ainsi, nous avons en Angleterre, comme vous aussi, j'en suis sûre, une multitude de lignes secours d'organismes philanthropiques et bénévoles indépendants qui ciblent des groupes en particulier. Il y a la ligne Enfant-secours, la ligne pour les victimes d'agression sexuelle, une ligne destinée aux personnes qui ont survécu à une agression sexuelle, une ligne appelée Saneline, et une ligne d'entraide pour les bipolaires et les maniaco-dépressifs. Nous avons regroupé toutes ces lignes et nous avons fait en sorte qu'elles appliquent toutes une norme semblable, puis nous les avons reliées à notre ligne secours nationale pour que nous puissions mettre la personne qui appelle en contact avec ces lignes spécialisées, le cas échéant. Il s'agit d'un élément très important du travail qui a été fait.

Enfin, nous avons publié en 2001 un document intitulé «Making It Happen: A Guide to Delivering Mental Health Promotion», guide à l'intention des services locaux qui souhaitent faire la promotion de la santé mentale. On y trouve notamment des sections sur l'activité physique et sur le lien entre l'exercice et la dépression. Nous sommes intervenus auprès des médecins généralistes pour qu'ils envoient leurs patients atteints de dépression vers les centres locaux de conditionnement. Le document offre toute une gamme de pratiques exemplaires.

The cabinet office of the government has a unit called the Social Exclusion Unit. In the last 18 months they have been working to develop a report on social exclusion among people with mental health problems and their report will be published in June this year. I urge you to have a look at that. It has a wealth of information about this general area of stigma and mental health promotion.

We also have a public consultation underway. This consultation has been designed to ask the public what would make a difference for them. There are two foci: First, we are asking people who do not have mental health problems what would help prevent mental health problems from arising, what would help to make them more resilient, manage transitions more effectively, deal with stress at work and so on. The second focus is what we can do for people with existing mental health problems to ensure they get the public health messages that the rest of us get, because we know people with severe mental ill health die earlier from respiratory disease, they do not get the cervical smear tests and other tests that the rest of us get, and they do not get the health checks that would provide the early warnings of other kinds of physical ill health.

Senator Léger: I am impressed with the structure of your system. For example, the Primary Care Trust designed a plan that applies to about 100,000 people, I understood, and you have differences between rural and urban applications. In other words, it is broken down into many small cells, which I find most interesting.

Ms. Richardson: That is tremendously important in order to secure engagement of local service providers with the national plan. Without that it could not possibly work.

There is one element of that organization that I did not mention. We have the National Institute for Mental Health, NIMH, of England, which is our implementation arm. None of this could have been done without NIMH and without the local buy-in that NIMH has fostered. NIMH has eight regional development centres but there is another level even beyond that. We provided some central government resources to support the development of what we called "local implementation teams," LITs. There are about 196 LITs that are made up of staff working in health and social care in the mental health field, who come together to support effective commissioning and effective integration of services.

The LITs have been absolutely essential to such changes as we have been able to secure. I do not want to create a falsely positive picture because we have an enormously long way to go. We are nearly five years into this program and we

Le Cabinet Office a un service chargé de traiter de l'exclusion sociale. Ce service travaille depuis 18 mois à préparer un rapport sur l'exclusion sociale des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, rapport qui doit être publié en juin. Je vous incite fortement à lire ce rapport, car c'est une véritable mine d'information au sujet de la stigmatisation de la maladie mentale et de la promotion de la santé mentale.

Nous avons aussi entrepris une consultation publique, où les gens sont invités à expliquer ce qui ferait la différence pour eux. La consultation comporte deux volets. Premièrement, nous demandons à ceux qui n'ont pas de problèmes de santé mentale ce qui pourrait contribuer à prévenir les problèmes de santé mentale et ce qui leur permettrait de mieux résister à la maladie mentale, de gérer les transitions de façon plus efficace, de mieux composer avec le stress au travail, et cetera. Deuxièmement, nous demandons comment nous pourrions nous y prendre pour faire en sorte que ceux qui ont des problèmes de santé mentale reçoivent les messages de santé publique destinés à l'ensemble de la population, car nous savons qu'il y a plus de décès précoces dus aux maladies respiratoires chez les personnes atteintes de maladie mentale grave, que ces personnes ne se présentent pas pour subir les frottis cervicaux et les autres tests dont les autres bénéficient et qu'elles ne vont pas voir leur médecin pour un examen de santé qui permettrait de détecter de façon précoce d'autres problèmes physiques.

Le sénateur Léger: Je suis impressionnée par la structure que vous avez mise en place. Je pense, par exemple, à votre Primary Care Trust qui a mis au point un plan qui vise quelque 100 000 personnes, si j'ai bien compris, et aussi aux distinctions que vous faites entre applications rurales et applications urbaines. Autrement dit, c'est une structure qui comprend un grand nombre de petites cellules. Voilà ce que je trouve très intéressant.

Mme Richardson: C'était là un élément extrêmement important pour amener les fournisseurs de services locaux à souscrire au plan national. Le plan national n'aurait pas pu marcher autrement.

Il y a une composante de notre structure dont je n'ai pas parlé. Il s'agit du National Institute for Mental Health of England, qui est notre organe de mise en oeuvre. Rien de tout ce que nous avons fait n'aurait pu être accompli sans la participation de cet institut et sans l'adhésion locale que favorise l'institut. L'institut compte huit centres de développement régional, mais le travail se fait aussi à un niveau plus local. Nous avons fourni des ressources du gouvernement central pour soutenir la mise sur pied de ce que nous appelons des «équipes de mise en oeuvre locales». Il y a 196 équipes de mise en oeuvre locales constituées de personnes travaillant dans le domaine des soins sociaux et de santé destinés à favoriser le mieux-être mental, qui se regroupent pour appuyer la mise en place et l'intégration efficaces de services de santé mentale.

Sans ces équipes de mise en oeuvre locales, nous n'aurons absolument pas pu apporter tous les changements que nous avons réussi à instaurer. Je ne veux pas brosser un tableau trop optimiste car il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Il y a

have made significant change but there is a long way to go. The LITs have been essential for that and it is terribly important in thinking about the whole of the reform program to get that infrastructure right, from the beginning.

maintenant presque cinq ans que le programme a été lancé, et nous avons apporté des changements considérables, mais il reste encore beaucoup à faire. Les équipes de mise en oeuvre locales ont joué un rôle essentiel à cet égard, et il est très important dans le cadre du programme de réforme de s'assurer dès le départ d'avoir l'infrastructure qui convient.

Senator Léger: There is a new breed of professionals. Do these people still have that mentality of going to the small cell or are they more specialized and separated from the reality?

Le sénateur Léger: Il y a une nouvelle génération de professionnels. Ces gens ont-ils toujours tendance à privilégier les petites cellules ou sont-ils plus spécialisés et distanciés de la réalité?

Ms. Richardson: We have been extremely anxious to ensure that the training these people receive differs in a number of important ways from the traditional training that doctors and nurses get. Most importantly, the new trainings that we have established are competence-based rather than exam-based, if I can put it that way. We have developed a set of national mental health competencies, which we are promulgating through the various workforce development and training organizations and higher education establishments. It is also crucial that this education and training for these new staff is not restricted to health matters. It is also focused on social care, housing issues, occupation and the much broader spectrum of issues that are relevant to people with mental health problems.

Mme Richardson: Nous avons extrêmement à coeur que ces gens-là reçoivent une formation qui diffère à bien des égards importants de la formation traditionnelle que reçoivent les médecins et le personnel infirmier. Fait encore plus important, les nouvelles formations que nous avons créées se fondent sur les compétences plutôt que sur les examens, si je puis m'exprimer ainsi. Nous avons élaboré un ensemble de compétences nationales en santé mentale dont nous assurons la diffusion aux divers organismes de formation et de développement de la main-d'oeuvre ainsi qu'aux établissements d'enseignement supérieur. Il est aussi essentiel que l'enseignement et la formation dispensés à ces nouveaux professionnels ne se limitent pas aux questions de santé. Leur formation porte aussi sur les soins sociaux, sur les questions de logement, sur l'emploi et sur toutes ces autres questions qui ont leur importance dans le traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

At the same time we are trying to influence pre-registration training for doctors and nurses and our traditional staff groups by supporting the delivery of this competence framework and by extending — particularly for GPs and psychiatrists — the opportunities that they have for learning about non-drug ways of intervening. Thus, we are trying to strengthen the delivery of psychological therapies training as well.

Par ailleurs, nous tentons de favoriser un programme de formation préinscription pour les médecins et le personnel infirmier ainsi que pour nos autres groupes d'employés traditionnels en soutenant la mise en oeuvre de ce cadre de développement des compétences et en multipliant, surtout pour les omnipraticiens et les psychiatres, les occasions de se renseigner sur les interventions qui ne font pas appel aux médicaments. Aussi, nous cherchons à renforcer l'offre de formation en thérapie psychologique.

Senator Cook: What attempts have been made to integrate mental health services with addiction treatment, given the high prevalence of concurrent disorders in mental illness and substance abuse? I am thinking about our young population in particular.

Second, do you have a national suicide-prevention strategy? In practical terms, how have mental health providers — psychiatrists, psychiatric nurses, psychologists, and in this country we have a category of nurse practitioners — been integrated into the primary care system?

Le sénateur Cook: Dans quelle mesure avez-vous cherché à intégrer les services de santé mentale et le traitement des toxicomanies, étant donné que les deux sont très souvent liés? Je songe tout particulièrement aux jeunes.

Deuxièmement, avez-vous une stratégie nationale de prévention du suicide? Sur le plan pratique, comment les fournisseurs de soins de santé mentale — psychiatres, infirmières et infirmiers psychiatriques, psychologues et infirmières et infirmiers praticiens, comme nous l'appelons chez nous — ont-ils été intégrés dans le système de soins primaires?

Ms. Richardson: On drug treatments and the NHS, most funding for addictions services comes from public funds with only a small amount provided from the private sector. However, there is a pooled budget for drug treatments, which combines health and criminal justice funds from the government. Drug services are provided through 149 drug

Mme Richardson: En ce qui concerne le traitement des toxicomanies et la stratégie de santé nationale, le traitement des toxicomanies est surtout financé à même les fonds publics, même si une petite partie des fonds provient du secteur privé. Le gouvernement a toutefois établi un budget commun pour les toxicomanes, qui comprend des fonds pour les soins de santé et

action teams across England. They deliver services within that pooled budget, which is held by the local Primary Care Trust, which acts as a banker for the provision of drug services. The drug action team decides what should be provided and the PCT holds the budget.

pour la justice pénale. Les services de traitement sont assurés par 149 équipes d'intervention auprès des toxicomanes réparties sur l'ensemble du territoire. Ces services sont assurés dans les limites de ce budget commun, qui est administré par le fonds local Primary Care Trust, qui finance les services destinés aux toxicomanes. L'équipe d'intervention auprès des toxicomanes décide des services à offrir, tandis que le PCT détient les cordons de la bourse.

We have a National Treatment Agency, NTS, for substance misuse, which is a bit like the National Institute for Mental Health. That is an arm's-length body set up by government to set standards for treatment services and to monitor the delivery. It is fair to say — and someone commented on this earlier —that the levels of co-morbidity between mental illness and substance abuse are very high. We acknowledge that the drug services at the local level are still inadequate to meet the level of need. We have further work to do to improve working partnerships between drug action teams and mental health services. It is not always easy to have drug action teams. I would add that they mostly focus on substance abuse rather than on alcohol abuse. That is also an issue for them.

Nous avons une agence nationale de traitement pour les toxicomanies, qui s'apparente à notre institut national pour la santé mentale. Il s'agit d'un organisme indépendant que le gouvernement a mis sur pied et qui a pour tâche d'établir les normes relatives aux services de traitement et de surveiller la prestation des services. C'est un fait — et quelqu'un y a fait allusion tout à l'heure — que les taux de comorbidité entre la maladie mentale et la toxicomanie sont très élevés. Nous reconnaissons que les services aux toxicomanes au niveau local sont toujours insuffisants pour répondre aux besoins. Il nous reste encore du travail à faire pour améliorer les partenariats de travail entre les équipes d'intervention auprès des toxicomanes et les services de santé mentale. Il n'est pas toujours facile de créer de ces équipes. J'ajouterais que le travail de ces équipes se fait surtout auprès des toxicomanes plutôt que des alcooliques, mais l'alcoolisme est aussi un problème.

We have a National Suicide Prevention Strategy, NSSP, which is available on the Web. The first report of progress with the strategy was published last year. There are encouraging signs that the rate of death by suicide is falling. The data for the last two years show the lowest rate yet. The three-year average for 2000-2002 was the lowest rate yet compared with the baseline that we set in 1995. Currently the rate is 8.9 deaths per 100,000 population. That compares moderately favourably with the European rate, which I think was 8.8 at last count.

Nous avons une stratégie nationale de prévention du suicide, qui se trouve sur le Web. Le premier rapport d'étape relatif à la stratégie a été publié l'an dernier. Le rapport était encourageant en ce sens que le taux de suicide est à la baisse. Les données des deux dernières années montrent qu'il est au plus bas niveau jamais atteint. La moyenne sur trois ans pour 2000 à 2002 était le plus bas niveau par rapport au niveau de référence que nous avons établi en 1995. À l'heure actuelle, le taux est de 8,9 décès par 100 000 habitants. C'est un taux qui se compare assez favorablement avec le taux européen, qui s'élevait à 8,8 selon les dernières données, si je ne m'abuse.

Most of that reduction in rate of death by suicide is attributable to a drop in the rate of death on in-patient wards. We have about 4,500 to 5,000 deaths by suicide each year. One-quarter of those are by people in contact with specialized mental health services and one-quarter of those happen in the week following discharge from hospital, which is why we have so emphasized the importance of assertive outreach, follow-up and proper care planning.

Cette baisse du taux de décès par suicide est attribuable à une baisse du taux de décès parmi les malades hospitalisés. Nous avons chaque année entre 4 500 et 5 000 décès par suicide. Il y en a un quart qui surviennent chez des personnes en contact avec des services spécialisés de santé mentale et un autre quart qui surviennent la semaine suivant le départ de l'hôpital, et c'est ce qui explique que nous insistons beaucoup sur l'importance d'une intervention proactive, d'un suivi et d'un programme de soins bien pensé.

Senator, could you repeat the third question, please?

Sénateur, pourriez-vous répéter votre troisième question, s'il vous plaît?

Senator Cook: In practical terms, how have you integrated mental health providers — the gamut of psychiatrists, psychologists, nurse practitioners, and psychiatric nurses — into the primary care team that you have told us about?

Le sénateur Cook: Sur le plan pratique, comment avez-vous intégré les fournisseurs de soins de santé mentale — psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers praticiens et psychiatriques — dans l'équipe de soins primaires dont vous nous avez parlé?

Ms. Richardson: That is a difficult question to answer. It is fair to say that we have not had a formal strategy for the integration of primary and secondary care. However, it has been much written about and we began to address the vision for

Mme Richardson: Il n'est pas facile de répondre à cette question. Le fait est que nous n'avons pas de stratégie en tant que telle pour l'intégration des soins primaires et secondaires. Il existe toutefois beaucoup de documents sur la question et nous

better integration in the national service framework. Development has been more piecemeal such that we have begun to provide psychiatric outpatient clinics in primary care and to locate psychologists in primary care. We have these new workers who will help us to bridge the gap between primary and secondary care.

avons commencé à essayer d'inclure dans le cadre de service national une vision axée sur une meilleure intégration. Le développement a été plutôt fragmenté, si bien que nous avons commencé à offrir des soins primaires en psychiatrie dans les services de consultation externe et à faire intervenir des psychologues dans les soins primaires. Nous pouvons maintenant compter sur ces nouveaux professionnels pour nous aider à jeter un pont entre les soins primaires et les soins secondaires.

We have also done substantial work to support primary care commissioning through another arm's-length body, the Modernization Agency, which has a specific arm that focuses on primary care. It is called the National Primary Care Development Team, NPDT. A mental health collaborative has been started to promote more effective working between primary and secondary care.

Nous avons également fait beaucoup de travail pour soutenir la mise en service de soins primaires par l'entremise d'un autre organisme indépendant du gouvernement, l'agence de modernisation, qui a un service spécialisé dans les soins primaires. Ce service s'appelle la National Primary Care Development Team. Un collectif en santé mentale a été créé pour assurer des liens plus efficaces entre les soins primaires et les soins secondaires.

We have had a series of initiatives but there is not a single solution because the problem is not a simple one, as you can appreciate. It is about winning hearts and minds and moving the location of care as much as it is about training staff.

Nous avons ainsi pris diverses initiatives, mais il n'y a pas de solution unique, comme vous le savez, le problème n'est pas simple. Il faut non seulement gagner la confiance des gens et changer le lieu de prestation des soins, mais il faut aussi former le personnel.

Senator Cook: One of the categories that you have in place is the nurse who continues his or her education with one extra year of psychiatric training. There seems to be an emerging role in Canada for a nurse practitioner — a registered nurse with a BA or equivalent who continues with a masters' program in a chosen discipline. Am I comparing these nurses favourably in our respective countries?

Le sénateur Cook: Parmi les professionnels en place, il y a l'infirmier ou l'infirmière qui poursuit ses études un an de plus afin d'acquérir une formation en psychiatrie. Il y a une nouvelle catégorie de professionnels qui semble prendre de l'ampleur au Canada, celle des infirmières et infirmiers praticiens et agréés qui ont leur baccalauréat ou l'équivalent et qui font une maîtrise dans la discipline de leur choix. Est-ce là quelque chose que nos pays respectifs ont en commun?

Ms. Richardson: What you describe pretty much matches our community psychiatric nurses who, like yours, are registered nurses who continue their training to gain specialty expertise in mental health. In fact, community psychiatric nurses, CPNs, are more commonly attached to secondary specialized services than to primary care because they mostly focus their work on people with severe mental illness. They also work in primary care but, more typically, they are associated with secondary services.

Mme Richardson: Ce que vous venez de décrire correspond à peu de choses près à ce que nous appelons nos infirmières et infirmiers psychiatriques communautaires qui, comme chez vous, sont des infirmières et infirmiers agréés qui poursuivent leur formation afin d'acquérir une formation spécialisée en santé mentale. En fait, les infirmières et infirmiers psychiatriques communautaires sont le plus souvent rattachés à des services spécialisés secondaires plutôt qu'à des soins primaires, parce qu'ils oeuvrent surtout auprès de personnes atteintes de maladie mentale grave. Il leur arrive aussi de travailler au niveau des soins primaires, mais le plus souvent ils travaillent au niveau des services secondaires.

Our graduate workers, thus far, tend to have qualifications in social sciences or psychology and are not nurses. That additional one year of post-graduate training qualifies them to deliver the kind of self-help, the information dissemination, and some of the brief effective cognitive behavioural treatments for people with common disorders. They would not be involved in prescribing. You may be aware that our legislation in respect of nurse prescribing has recently been extended to make it possible for psychiatric nurses to deliver an element of the required drug treatments.

Nos travailleurs qui font des études plus poussées ont généralement une formation en sciences sociales ou en psychologie et ne sont pas des infirmiers ou des infirmières. La formation supplémentaire d'un an qu'ils reçoivent après l'obtention de leur diplôme les prépare à donner des conseils en matière d'auto-assistance, à diffuser de l'information et à traiter efficacement sur de courtes périodes les personnes atteintes de troubles communs en tentant d'agir sur leur comportement cognitif. Ils ne seraient pas appelés à prescrire des médicaments. Vous savez peut-être que, d'après notre loi, l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière a récemment été étendu pour que les infirmiers et infirmières psychiatriques puissent assurer une partie du pharmacotraitement nécessaire.

The Deputy Chairman: On behalf of senators, I thank Ms. Richardson and Mr. Sieff for appearing before the committee today. I am sorry that one-half of the technology did not work for the last part of the meeting. Certainly, we benefited greatly from the information that you provided.

The committee adjourned.

Le vice-président: Au nom des sénateurs, je remercie Mme Richardson et M. Sieff d'avoir témoigné devant notre comité aujourd'hui. Je suis désolé que la technologie n'ait pas fonctionné pour la dernière partie de la réunion. Nous avons certainement trouvé votre témoignage très utile.

La séance est levée.

Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health (by videoconference);

Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health (by videoconference).

Thursday, May 6, 2004

From the Government of the United Kingdom:

Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health (by videoconference);

Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch (by videoconference).

Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris (par vidéoconférence);

Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale (par vidéoconférence).

Le jeudi 6 mai 2004

Du gouvernement du Royaume-Uni:

Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale (par vidéoconférence).

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid Poste-payé
Lettermail Poste-lettre
1782711
OTTAWA

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

WITNESSSES

Wednesday, May 5, 2004

From the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction:

David Kelly, Executive Director.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders;

Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program;

Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy.

From the Government of New Zealand:

Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health (by videoconference);

David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health (by videoconference);

(*Continued on previous page*)

TÉMOINS

Le mercredi 5 mai 2004

De la Fédération des programmes communautaires du santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario:

David Kelly, directeur exécutif.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants;

Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants;

Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé.

Du gouvernement de la Nouvelle-Zélande:

Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale (par vidéoconférence);

(*Suite à la page précédente*)

Available from:
PWGSC – Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Disponible auprès des:
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca