



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 12, 2004
Thursday, May 13, 2004

Issue No. 9

**Tenth and eleventh meetings on:
Mental Health and Mental Illness**

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 12 mai 2004
Le jeudi 13 mai 2004

Fascicule n° 9

**Dixième et onzième réunions concernant:
La santé mentale et la maladie mentale**

TÉMOINS:
(*Voir à l'endos*)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

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

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

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

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 12, 2004
(19)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:04 p.m. in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon LeBreton, Léger and Morin (7).

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 Schizophrenia Society of Canada:

John Gray, President-Elect.

From the Canadian Mental Health Association:

Penny Marrett, Chief Executive Officer.

From the Mood Disorder Society of Canada:

Phil Upshall, President.

From the Anxiety Disorders Association of Canada:

Peter McLean, Vice President.

John Gray, Penny Marrett, Phil Upshall and Peter McLean each made a presentation and answered questions.

At 6:05 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, May 13, 2004
(20)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:05 a.m. in room 257, East Block, the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

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

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 12 mai 2004
(19)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 04, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Léger et Morin (7).

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

Également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS:

De la Société canadienne de schizophrénie:

John Gray, président élu.

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Penny Marrett, chef de la direction.

De la Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Phil Upshall, président.

De l'Association canadienne des troubles anxieux:

Peter McLean, vice-président.

John Gray, Penny Marrett, Phil Upshall et Peter McLean présentent chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 18 h 05, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 13 mai 2004
(20)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Léger et 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 McGill University:

Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry (by videoconference).

From the Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative.

From the Six Nations Mental Health Services:

Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist.

The Clerk informed the committee of the unavoidable absence of the Chair and Deputy Chair and presided over the election of an Acting Chair.

The Honourable Senator Cordy moved, that the Honourable Senator Morin be the Acting Chair.

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

Laurence Kirmayer, Brenda M. Restoule and Cornelia Wieman each made a presentation and answered questions.

At 1:03 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

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

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS:

De l'Université McGill:

Le Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie (par vidéoconférence).

De la Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario.

Des Six Nations Mental Health Services:

La Dre Cornelia Wieman, psychiatre.

Le greffier informe le comité de l'absence inévitable du président et de la vice-présidente et préside à l'élection d'un président suppléant.

L'honorable sénateur Cordy propose que l'honorable sénateur Morin soit le président suppléant.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Laurence Kirmayer, Brenda M. Restoule et Cornelia Wieman présentent chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 13 h 03, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 12, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:04 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Deputy Chairman: We are continuing our special study on issues concerning mental health and mental illness. Our witnesses today are from the Schizophrenia Society of Canada, the Canadian Mental Health Association; the Mood Disorder Society of Canada and the Anxiety Disorders Association of Canada. Welcome, and thank you for taking the time today to help us bring this important issue one step closer to the public recognition and action that it deserves and requires.

We will start with Mr. Gray.

Mr. John Gray, President-Elect, Schizophrenia Society of Canada: We very much appreciate this opportunity. The Schizophrenia Society of Canada is a national, registered charity founded 25 years ago. We work with 10 provincial societies and over 100 chapters and branches throughout the country to assist individuals and families living with schizophrenia.

Our perspective on the role of non-government organizations, which is our task, in supporting families of individuals living with mental illness and addictions is as follows. The support NGOs provide for families and individuals living with mental illness serves to support the Canadian mental health system. By providing resources such as education materials and support groups to people affected by serious and persistent mental illness, NGOs decrease the demand on governmental interventions such as hospitalization and, unfortunately, incarceration. By working together to build more effective partnerships between NGOs and government, we can work towards containing rising health care costs and provide sensitive, community care.

In addition, NGOs have a unique ability to partner with government and service providers to support families and individuals in ways that are convenient, cost effective and meaningful. Unbounded by provider system obligations that often dictate location, time and format of support groups,

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 12 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 04 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et les maladies mentales.

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

[*Traduction*]

La vice-présidente: Nous allons donc poursuivre notre étude spéciale des questions concernant la santé mentale et les maladies mentales. Nous allons accueillir des témoins qui représentent la Société canadienne de schizophrénie, l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et l'Association canadienne des troubles anxieux. Bonjour à vous tous et merci d'avoir pris le temps de venir nous aider à faire un pas de plus dans le sens de la reconnaissance publique de cette question importante et de l'adoption des mesures qu'elle exige et mérite.

Nous allons commencer par M. Gray.

M. John Gray, président élu, Société canadienne de schizophrénie: Merci beaucoup de l'occasion que vous nous donnez. La Société canadienne de schizophrénie est un organisme national de bienfaisance, enregistré, qui a été fondée il y a 25 ans. Nous avons dix sociétés provinciales et plus de 100 sections et succursales partout au Canada grâce auxquelles nous aidons les particuliers et les familles aux prises avec un problème de schizophrénie.

Voici la façon dont nous envisageons le rôle des organisations non gouvernementales, autrement dit notre rôle, pour ce qui est du soutien à apporter aux familles de malades mentaux et de toxicomanes. L'appui que les ONG apportent aux familles et aux personnes souffrant de maladies mentales permet d'aider le système canadien de santé mentale. En effet, en mettant à la disposition des personnes qui souffrent de maladies mentales graves et persistantes des ressources comme des documents d'information et des groupes de soutien, les ONG allègent la demande sur le réseau public, demande qui prend, par exemple, la forme de journées d'hospitalisation et, malheureusement, d'incarcération. En instaurant des partenariats plus efficaces entre les ONG et le gouvernement, nous contribuons à limiter l'augmentation des coûts des soins de santé et à offrir des soins communautaires adaptés.

En outre, les ONG ont une capacité unique, celle de pouvoir s'associer au gouvernement et aux fournisseurs de services pour appuyer les familles et les patients d'une façon qui soit adaptée, rentable et utile. Comme elles ne sont pas liées aux obligations caractéristiques d'un réseau de prestation de soins — qui

for example, NGOs can offer families and individuals support at home, on the Internet, in town halls, community centres and even around the kitchen table.

For example, the Schizophrenia Society of Canada has successfully piloted a national family-to-family education program that will be launched this fall. The program is designed to empower families and to provide valuable information on preventing relapses, effectively communicating with mental health system providers and coping as a family. This flexible 10-module session is taught by volunteers who are most often living with the effects of mental illness on their families.

The biggest barriers to NGOs in terms of providing these services is the lack of resources, which are used for developmental costs and training costs, and also the lack of awareness of some clinicians and providers of their programs. Sometimes there is not effective communication between mental health clinics and NGOs in the area, so that NGOs need the capacity to inform their communities about available programs, to educate service providers and to assist organizations like clinics, police officers and educators to understand the continuum of care that is available for individuals and their families.

The second question was the role of NGOs in advocating for changes in provincial and federal legislation. Advocacy on the part of NGOs in the mental illness sector is particularly important, as ill individuals, especially with serious illnesses such as schizophrenia, may not realize they have an illness themselves and therefore are not in a position to advocate for themselves. Advocacy efforts can range from a local organization advocating for a particular person or family's needs, to provincial advocacy for programs such as early intervention in psychosis, which is very important from our perspective, to advocating for changes in mental health legislation that will provide less restrictive services. Finally, advocacy at the national level may focus on a range of national issues, and ones that we have been involved in, for example, are the disability tax credits and issues of support like housing. With advocacy, sometimes direct confrontation is necessary, but it has been our experience as a society that problems are more productively solved through partnership and dialogue.

We recognize that one of the barriers to partnership and dialogue has been the fragmentation of the mental illness sector — that is, a large number of organizations all in the same area. A group of mental health illness groups, including the Schizophrenia Society of Canada, recognized this barrier and joined together to enhance the ability of NGOs to effectively advocate for change and also to communicate with governments

détermine souvent le lieu, le moment et la forme d'intervention par les groupes de soutien — les ONG peuvent apporter leur soutien aux familles et aux patients à domicile, sur Internet, lors de réunions publiques, dans des centres communautaires et même autour d'une table de cuisine.

Par exemple, la Société canadienne de schizophrénie a mené à terme un programme pilote d'éducation de famille à famille qui sera mis en œuvre dans sa version définitive à l'automne. Il est destiné à renforcer l'autonomie des familles et à leur fournir des renseignements utiles sur la prévention des rechutes, sur le genre de communications à avoir avec les fournisseurs de soins en santé mentale et à les aider à faire face à la maladie en tant que cellule familiale. Ce cours adaptable, composé de 10 modules, est enseigné par des bénévoles qui, pour la plupart, sont eux-mêmes issus de familles aux prises avec les effets de la maladie mentale.

Les principaux obstacles auxquels les ONG se heurtent dans la prestation de ce genre de services tiennent au manque de ressources, notamment pour financer les frais d'expansion et les coûts de la formation, ainsi qu'au manque d'intérêt de certains cliniciens et fournisseurs de programmes. Il arrive qu'il n'y ait pas de vraies communications entre les cliniques de santé mentale et les ONG d'une même région et celles-ci doivent donc avoir les moyens d'informer leur clientèle au sujet des programmes offerts, d'informer les fournisseurs de services et d'aider les cliniques, les corps policiers et les éducateurs, par exemple, à comprendre que les soins s'inscrivent dans une continuité et qu'ils sont disponibles aux personnes atteintes et à leurs familles.

Votre deuxième question concernait le rôle des ONG dans la promotion des changements à apporter aux lois provinciales et fédérales. Ce rôle est particulièrement important pour les ONG qui travaillent dans le domaine de la maladie mentale, car les malades, surtout ceux qui souffrent d'une maladie grave comme la schizophrénie, peuvent ne pas se rendre compte qu'ils sont atteints et ils peuvent donc ne pas être en mesure de plaider leur cause. Les efforts que nous déployons sur ce plan vont de la défense d'organismes locaux, afin de répondre aux besoins particuliers de particuliers ou de familles, à la promotion de programmes provinciaux comme la précocité de l'intervention dans les cas de psychoses — très importante, quant à nous — pour promouvoir les changements à apporter dans les lois sur la santé mentale afin de moins restreindre les services offerts. Enfin, le travail de promotion à l'échelon national peut porter sur tout un ensemble d'enjeux nationaux et nous sommes, par exemple, intervenus dans des dossiers comme le crédit d'impôt pour personnes handicapées et différentes aides comme pour le logement. La confrontation directe est parfois nécessaire dans la défense d'une cause, mais la société que je représente a appris qu'il est plus intéressant de résoudre les problèmes par le dialogue et le travail en partenariat.

Nous sommes conscients que la fragmentation du secteur des maladies mentales, due au très grand nombre d'organisations travaillant dans le même domaine, a été l'un des obstacles à l'instauration de partenariats et du dialogue. Un ensemble de groupes spécialisés dans les maladies mentales, notamment la Société canadienne de schizophrénie, reconnaissent la nature de cet obstacle et ont décidé de faire front pour améliorer la capacité

and make it easy for governments to discuss these issues with the sector. That organization, you well know, is the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health. It is positioned to work with government to develop a national action plan for mental health.

The third issue is the role of NGOs in pursuing efforts to improve treatment and services. The best way for NGOs to improve treatments and services is to be part of the solution by educating and supporting the community, in addition to the advocacy issues that I just spoke about. NGOs can improve treatment and services for ill individuals and their families by working with funders and with providers such as pharmacists, physicians and so on. For example, we have recently been working with pharmacists and drug manufacturers in assisting them to produce pamphlets about medications that are easy for families and consumers to read and understand.

The fourth issue is supporting research into mental illness and addictions — an important issue to our society. There are two key ways for NGOs to support research. First, organizations can financially support research initiatives, and we do this nationally. B.C. has a research fund, as does Ontario. This can either be done independently or by partnering with other organizations. For example, the Schizophrenia Society of Canada has an excellent working relationship with the Canadian Institutes for Health Research. We put up \$75,000 last year and were matched by CIHR on that. That is a good mechanism for NGO involvement in research.

Second, NGOs can support research by participating in the process. For example, they can be involved in the priority setting of topics that are relevant in research. They can be involved in designing questionnaires, sitting on review panels and disseminating results when the research is concluded.

The fifth issue is raising public awareness and reducing discrimination and stigma. Schizophrenia is, unfortunately, one of the most stigmatized mental illness. People do not understand it and fear it. It is a particularly important issue for us, but it is important to everyone sitting at the this end of the table. There are many ways that an NGO can work to reduce stigma through public awareness. Producing newsletters, Web sites, information brochures and manuals to provide clear and accurate information are all effective ways of communicating clear and accurate information.

For example, the Schizophrenia Society of Canada's Web site receives approximately 400 visits per day. Some publications such as our manual, which is really quite a substantial document, are downloaded approximately 2,000 times per month.

des ONG à promouvoir effectivement le changement, à communiquer avec les gouvernements et à leur faciliter la tâche pour discuter de ces questions avec le secteur que nous représentons. Cette organisation, que vous connaissez bien, est l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale. Elle est déterminée à collaborer avec le gouvernement à la préparation d'un plan d'action national en santé mentale.

Votre troisième question concerne le rôle des ONG dans la poursuite des efforts destinés à améliorer les traitements et les services. La meilleure façon, pour les ONG, d'intervenir sur ce plan consiste à faire partie de la solution en informant et en appuyant le milieu, en plus d'assurer le genre de promotion dont je viens de parler. Les ONG peuvent améliorer les traitements et les services des particuliers et de leurs familles en collaborant avec les bailleurs de fonds et les fournisseurs de service comme les pharmaciens, les médecins et autres. Nous avons, par exemple, récemment collaboré avec des pharmaciens et des laboratoires pour les aider à produire des dépliants d'information sur les médicaments faciles à lire et à comprendre pour les familles et les clients.

La quatrième question concerne l'appui à la recherche en santé mentale et en toxicomanie — important enjeux dans notre société actuelle. Les ONG appuient la recherche de deux grandes façons. D'abord, les organisations peuvent aider financièrement les projets de recherche, ce que nous faisons à l'échelle nationale. Il existe un fonds de recherche en Colombie-Britannique et en Ontario. Nous pouvons assumer ce rôle indépendamment des autres mais aussi en partenariat avec d'autres organisations. Ainsi, la Société canadienne de schizophrénie entretient d'excellentes relations de travail avec les Instituts canadiens de recherche en santé. L'année dernière, nous avons investi 75 000 \$ à part égale avec les ICRS. Il s'agit-là d'un excellent vecteur de participation à la recherche pour les ONG.

Deuxièmement, les ONG peuvent appuyer la recherche en participant elles-mêmes au processus. Ainsi, nous pouvons participer à l'établissement de priorités pour les sujets qui méritent qu'on entreprenne des recherches. Nous pouvons participer à la préparation des questionnaires, aux commissions d'examen et à la diffusion des résultats au terme des recherches.

La cinquième question concerne la sensibilisation du public et la diminution de la discrimination et de la stigmatisation. Malheureusement, la schizophrénie est une des maladies mentales qui fait l'objet de la stigmatisation la plus importante. Les gens ne la comprennent pas et ils en ont peur. C'est très important pour nous, mais ça l'est tout autant pour tous ceux qui sont assis de ce côté de la table. Il existe bien des façons dont une ONG peut réduire la stigmatisation par le recours à une plus grande sensibilisation du public. Des bulletins de nouvelles, des sites Internet, des brochures et des manuels d'information clairs et précis sont autant de moyens efficaces pour communiquer des renseignements exacts et compréhensibles.

Par exemple, le site Internet de la Société canadienne de schizophrénie est visité environ 400 fois par jour. Certaines de nos publications, comme notre manuel, document très épais, sont téléchargées quelque 2 000 fois par mois. Ces ahurissant. Cela

It is staggering. This clearly demonstrates that accurate information is reaching numerous people across the country and around the world.

Another example is SSC's youth-oriented education program, entitled "Reaching Out: The Importance of Early Treatment." It consists of a video and teaching materials. It is now in 4,000 schools and mental health clinics across the country.

In British Columbia, this year, the Schizophrenia Society has received \$3.25 million for television and radio ads supporting changing public attitudes about schizophrenia.

In summary, NGOs have an important role to play in the key areas noted above. However, NGOs cannot continue to play this role and expand their level of service without the capacity to partner with governments on programs and initiatives or the opportunity to meaningfully participate in the decision-making process.

We encourage your committee to strongly recommend financial support from government, where appropriate, for NGO projects focusing on public awareness and education as well as improving services. We should also like to recommend that government facilitate opportunities for NGOs to sit at the table assisting with government policy committees that are related to legislation, policy or program issues. In that way, we can be meaningfully and directly involved in shaping legislation and programs for the individuals that we represent.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Gray. I am sure we will have many questions when the question period begins.

I will now turn to Ms. Marrett from the Canadian Mental Health Association.

[Translation]

Ms. Penny Marrett, Chief Executive Officer, Canadian Mental Health Association: Thank you very much for this opportunity to talk about mental health.

[English]

Mental health should be of concern to all, not just the mental health community. The Canadian Mental Health Association is pleased that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology is researching this issue in such depth.

The Canadian Mental Health Association is an active member of Canada's mental health community and accomplishes its mission of promoting the mental health of all in supporting the resilience and recovery of people experiencing mental illness through public policy development, education, advocacy, research and service. With a presence in over 135 communities

montre bien que les informations précises que nous diffusons sur cette maladie sont lues par un grand nombre de personnes, au Canada et dans le monde.

Je pourrais aussi vous donner l'exemple de notre programme d'information des jeunes intitulé «Porter secours». Il s'agit d'une vidéo et de documents pédagogiques qui ont été distribués à 4 000 écoles et cliniques de santé mentale au Canada.

La Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique a reçu 3,25 millions de dollars pour des publicités radiotélévisées destinées à provoquer un changement d'attitude chez les schizophrènes.

Pour résumer, je dirais que les ONG ont un important rôle à jouer dans les domaines clés que j'ai mentionnés. Cependant, nous ne pourrions continuer à jouer ce rôle et à augmenter notre niveau de service sans avoir la possibilité d'instaurer des partenariats avec les gouvernements autour de programmes et d'initiatives ou encore sans avoir la possibilité de participer utilement à la prise de décisions.

Nous exhortons votre comité à fortement recommander au gouvernement d'accorder un appui financier approprié aux projets des ONG axés sur la sensibilisation, l'information et l'amélioration du service. Nous recommandons également que le gouvernement donne davantage la possibilité aux ONG de siéger aux comités chargés d'établir les politiques et de s'exprimer sur les questions relatives aux lois, aux politiques et aux programmes. Ce faisant, nous pourrions directement et utilement participer à la formulation des lois et à la préparation des programmes destinés aux personnes que nous représentons.

La vice-présidente: Merci beaucoup, monsieur Gray. Je suis certaine que nous allons vous poser beaucoup de questions après les exposés.

Je cède maintenant la parole à Mme Marrett, de l'Association canadienne pour la santé mentale.

[Français]

Mme Penny Marrett, chef de la direction, Association canadienne pour la santé mentale: Je vous remercie pour l'invitation de vous entretenir cet après-midi au sujet de la santé mentale.

[Traduction]

La santé mentale doit être une préoccupation pour tous, pas uniquement pour ceux et celles qui oeuvrent dans ce domaine. L'Association canadienne pour la santé mentale se réjouit de voir que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie est en train d'étudier cette question en profondeur.

Notre association est un membre actif du milieu canadien de la santé mentale et elle s'acquitte de sa mission de promotion générale de la santé mentale en aidant les personnes à risque à résister à la maladie ou à s'en remettre, par le biais de politiques publiques et de programmes d'information, de promotion et de recherche, et par la prestation de services. L'Association

from coast to coast to coast, the Canadian Mental Health Association captures the wide-ranging issues and concerns affecting the mental health of the people of Canada.

[*Translation*]

The Canadian Health Association has five recommendations for your committee.

[*English*]

First, as a founding member of the Canadian Alliance on Mental Illness/Mental Health, the Canadian Mental Health Association is a strong supporter of the call by the alliance for a pan-Canadian strategy on mental illness/mental health. Without such a strategy, the people of Canada experiencing mental health problems will continue to lack the strategic and coordinated services they so rightly deserve.

Second, as you are aware, the premiers' council has indicated that community mental health is one of the council's top priorities. The Canadian Mental Health Association could not agree more. Its experience in communities across the country has shown the importance of community mental health as a critical component of the mental health continuum. The federal government must demonstrate its willingness to work with the premiers' council to achieve a comprehensive and coordinated community mental health system that crosses all boundaries.

Third, one of the challenges that Canada faces when developing strategies is the need to ensure that various populations are well served. It is critical that the federal government not forget the needs of children and youth, Aboriginals, women and new immigrants when developing a pan-Canadian strategy on mental illness/mental health. These populations are particularly vulnerable, and we must ensure their needs are considered throughout the process.

Fourth, suicide is a particularly tragic occurrence in this country. Canada's suicide rate is high. Over 4,000 people in Canada die by suicide each year. We must address this serious issue. The Canadian Mental Health Association believes that the best solution would be to ensure that there is a comprehensive and coordinated suicide-prevention strategy included in the pan-Canadian strategy on mental illness/mental health.

Last, consumers, families, friends, neighbours, colleagues and employers all alike need somewhere to turn for information, support, education and to become more actively involved. The voluntary sector in mental health provides an excellent avenue for the coming together of communities to address issues of concern. These issues are addressed through public policy development, education, advocacy, research and service. However, the voluntary sector of mental health cannot do its important work without resources. As part of the federal government's commitment to mental health, the government must also

canadienne pour la santé mentale, qui est présente dans plus de 135 collectivités d'un océan à l'autre, s'intéresse à toute la gamme des problèmes de santé mentale des Canadiennes et des Canadiens.

[*Français*]

L'Association canadienne pour la santé mentale a cinq recommandations pour ce comité.

[*Traduction*]

Tout d'abord, en qualité de membre de l'Alliance canadienne pour les maladies mentale et la santé mentale, notre association appuie fortement l'appel à mobilisation lancé par l'Alliance autour d'une stratégie pancanadienne en santé/maladie mentale. Sans une telle stratégie, les Canadiennes et les Canadiens souffrant de problèmes de santé mentale continueront à ne pas disposer de services stratégiques et coordonnés auxquels ils ont pleinement droit.

Deuxièmement, comme vous le savez, le Conseil des premiers ministres a indiqué que la santé mentale est l'une de ses principales priorités. L'Association canadienne pour la santé mentale est plus que d'accord avec cela. Son expérience un peu partout au Canada l'a amené à constater que l'intervention communautaire en santé mentale est un des éléments essentiels du suivi des soins dans ce domaine. Le gouvernement fédéral doit se montrer disposé à collaborer avec le Conseil des premiers ministres pour mettre en œuvre un système complet et coordonné en santé mentale communautaire, système échappant à toutes les lignes de démarcation.

Troisièmement, dans la formulation de ces stratégies, le Canada doit veiller à ce que les différentes populations soient bien servies. Il est fondamental que le gouvernement fédéral n'oublie pas les enfants et les adolescents, les Autochtones, les femmes et les nouveaux immigrants dans sa future stratégie pancanadienne sur la santé et la maladie mentale. Ces populations sont particulièrement vulnérables et nous devons veiller à tenir compte de leurs besoins dans ce processus.

Quatrièmement, le suicide est une grande tragédie au Canada. Le taux de suicide est élevé. Chaque année, plus de 4 000 Canadiens perdent leur vie à cause d'un tel acte. Nous devons nous attaquer à ce grave problème. L'Association canadienne pour la santé mentale estime que la meilleure solution consiste à inclure dans la stratégie pancanadienne pour la santé mentale et les maladies mentales une stratégie globale et coordonnée de prévention du suicide.

Enfin, clients, familles, amis, voisins, collègues et employeurs ont, à un moment ou à un autre, tous besoin d'information, d'appui et d'éducation et ils doivent participer plus activement à cette réalité. Le bénévolat en santé mentale est une excellente solution pour rassembler les collectivités afin de s'attaquer aux problèmes qui les préoccupent. Ces problèmes peuvent être réglés par une politique publique, par l'éducation, la promotion, la recherche et la prestation de services. Il demeure que, pour s'acquitter de cet important travail, le secteur bénévole de la santé mentale a besoin de ressources. Dans le cadre de son engagement

demonstrate its commitment to increasing the capacity of the voluntary sector in mental health to enable it to participate in public policy development and to provide the programs and services its constituents so urgently require.

Thank you again for this opportunity. Rest assured that the Canadian Mental Health Association is ready to assist you in your work in whatever way possible.

The Deputy Chairman: Thank you, Ms. Marrett.

Mr. Upshall is our next witness.

Mr. Phil Upshall, President, Mood Disorder Society of Canada: It is a real pleasure to be here with you today. I sit here as the president of the Mood Disorder Society of Canada, MDSC, and as a consumer to bring you a unique perspective in that regard. I want to say how wonderful it is to be able to appear before this august committee. We have provided the committee with a copy of our written presentation.

We had our institute advisory board committee meeting in Quebec City over the weekend. At that meeting, there was a representative who is the head of the mental health group within the World Health Organizations. He was saying that, unfortunately, mental health issues have fallen somewhat from the World Health Organization mandate, but he was specifically looking to countries such as Canada that are at the forefront of at least engaging in the discussion of what must be done. He is quite aware of the activities of the committee and certainly endorses it. He is willing to attend or provide you with whatever information he can from the global perspective. Your reputation is going far beyond the boundaries of Canada, as I am sure you know.

The Canada Health Act has as its primary objective Canadian health care policies to protect, provide and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers. The reality, however, is that in Canada the word "mental" and the word "barriers" seem to be forgotten frequently by our policy makers. It is something that I hope you will bear in mind as you move forward in your deliberations.

The Mood Disorders Society of Canada is relatively new non-governmental organization. It was formed in 1995 with a view to providing people with depression, bipolar disorders and other mood disorders a voice at the national level; since 2001 it has been registered as a charitable organization.

The opportunity to network among mood disorders provincial associations is something that has been sought for some time. We are happy to provide that platform. The MDSC is developing as a virtual NGO, having primarily contract employees across Canada, and is operating through the World

envers la santé mentale, le gouvernement fédéral doit aussi faire la preuve qu'il est déterminé à accroître la capacité du secteur bénévole de la santé mentale pour lui permettre de prendre part à la formulation des politiques publiques et d'offrir les programmes et services dont sa clientèle a un urgent besoin.

Encore une fois, merci de cette occasion de rencontre. Soyez assuré que l'Association canadienne pour la santé mentale est prête à vous aider dans vos travaux, dans toute la mesure du possible.

La vice-présidente: Merci, madame Marrett.

M. Upshall sera notre prochain témoin.

M. Phil Upshall, président, Société pour les troubles de l'humeur du Canada: Je suis très heureux de me trouver parmi vous aujourd'hui. Je me présente en qualité de président de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, la STHC, et en tant que client apte à vous donner un point de vue tout à fait unique à cet égard. Je trouve fantastique de pouvoir comparaître devant votre auguste comité. Nous vous avons fait remettre un exemplaire de notre mémoire.

Notre comité consultatif de l'institut a tenu sa réunion, le week-end dernier, à Québec. À cette occasion, nous avons accueilli le représentant d'un groupe de santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé. Il nous a déclaré que les questions de santé mentale échappent malheureusement en partie au mandat de l'OMS, mais que l'organisation se tourne vers des pays comme le Canada qui sont à l'avant-plan en matière d'engagement dans le genre de discussion qu'il faut tenir à ce sujet. Cette personne est au fait des activités du comité avec lesquelles elle est bien sûr d'accord. Elle est disposée à participer à vos travaux ou à vous faire part des informations qui pourraient vous être utiles pour obtenir un point de vue mondial. Votre réputation dépasse les frontières du Canada, comme vous le savez sans doute.

Les politiques en soins de santé, destinées à protéger, assurer et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiennes et des Canadiens et à faciliter un accès raisonnable aux services de santé sans obstacle financier ou autres constituent les principaux objectifs de la Loi canadienne sur la santé. En réalité, cependant, nos décideurs oublient souvent le qualificatif «mental» et le mot «obstacles». J'espère que vous ne les perdrez pas de vue durant vos délibérations.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada est un organisme non gouvernemental relativement jeune, puisqu'il a été créé en 1995 dans le dessein de donner une voix à l'échelon national à ceux et à celles qui souffrent de dépression, de troubles bipolaires et d'autres troubles de l'humeur. Elle a été enregistrée en tant qu'organisme de bienfaisance en 2001.

Depuis un certain temps déjà, les associations provinciales des troubles de l'humeur cherchent à collaborer dans le cadre d'un réseau. Nous sommes heureux de leur en donner l'occasion. La STHC a mis sur pied une ONG virtuelle qui compte essentiellement des employés à contrat, partout au Canada,

Wide Web. Our Web site is quite active and currently has a number of active forums and chat lines that we are quite happy to see used.

The Mood Disorder Society of Canada partners internationally with the Global Alliance on Mental Illness Advocacy Networks — GAMIAN-Europe — which is a voice primarily developed in Europe for national consumer voices. There are now over 70 national groups represented in that organization. We are proud to see the activities that they have undertaken, mainly in Brussels but also in their home countries.

We are also associated with the Depression and Bipolar Support Alliance in the United States, which is the largest self-help group in the U.S., with 20 million or more contacts per year. Our vice-president is the first non-American president of that organization. We think we are reasonably well connected.

I endorse the comments of the previous speakers this afternoon — however, I am somewhat more direct and a little more pointed in my comments than my diplomatic colleagues.

The reality is that mental health care appears nowhere on anyone's agenda at the federal level in a meaningful way. The Minister of Health, whom I hold in high regard, responded to a question earlier this week that appears in Hansard. I am sure senators have seen this, but I should like to read it into the record, if I may. Mr. Marcel Proulx asked the question:

Mr. Speaker, my question is for the Minister of Health. This week is Mental Health Week in Canada. Mental health indirectly affects everyone, whether it is through a parent, a friend or a colleague, regardless of age, education, revenue or culture.

What is the Government of Canada doing about mental health?

Without missing a beat, the Honourable Pierre Pettigrew responded:

Mr. Speaker, I thank the hon. member for his very important question. Along with all the provinces and territories across Canada, we are trying to find solutions to mental health issues. We have numerous programs in place to support this commitment. The Canadian Institutes of Health Research are currently investing over \$30 million in research relating to mental health.

Hon. members can show their support by visiting the National Gallery of Canada, where an exhibit entitled "Mindscapes" is featuring works created by artists affected by mental illness. I had the opportunity to see it two days ago. It is very important. We must congratulate our artists.

pour exploiter son site Internet. Ce site est fréquemment visité et nous y administrons différentes tribunes et divers services de clavardage dont la popularité nous réjouit.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada a conclu des partenariats à l'échelle internationale avec la Global Alliance on Mental Illness Advocacy Networks — GAMAIAN-Europe — qui représente principalement les consommateurs des divers pays européens. Cette organisation compte actuellement plus de 70 groupes nationaux. Nous sommes fiers de voir les activités qu'elle a entreprises, surtout à Bruxelles, mais aussi dans les pays où résident les associations membres.

Nous sommes aussi associés avec la Depression and Bipolar Support Alliance des États-Unis, qui est le plus important groupe d'entraide dans ce pays avec plus de 20 millions de contacts par an. Notre vice-président est le premier président non américain de cette organisation et je pense donc pouvoir dire que nous sommes relativement bien branchés.

Je fais miennes les remarques des témoins qui m'ont précédé cet après-midi, mais je serai un peu plus direct et ostentatoire dans mes propos que mes diplomates de voisins.

Il faut dire que les soins en santé mentale n'apparaissent vraiment dans aucun projet du gouvernement fédéral. Le ministre de la Santé, pour qui j'ai le plus grand respect, a répondu à une question en Chambre qui lui a été posée un peu plus tôt cette semaine et qui a été publiée dans le Hansard. Je suis certain que vous aurez vu ces échanges, mais permettez-moi de les lire pour le procès-verbal. C'est M. Proulx qui pose la question suivante:

Monsieur le Président, ma question s'adresse au ministre de la Santé. Cette semaine marque la Semaine de la santé mentale au Canada. La santé mentale touche indirectement tout le monde, que ce soit un parent, un ami ou un collègue, peu importe l'âge, le niveau d'instruction, le revenu ou la culture.

Que fait le gouvernement du Canada en matière de santé mentale?

Sans hésiter une seconde, voici ce que l'honorable Pierre Pettigrew lui a répondu:

Monsieur le Président, je remercie mon collègue pour cette très importante question. Avec les provinces et les territoires à travers le Canada, nous cherchons à régler les questions de santé mentale. Nous avons de nombreux programmes à l'appui de cet engagement, qui sont d'ailleurs en place. Les instituts de recherche en santé du Canada investissent actuellement plus de 30 millions de dollars pour la recherche liée à la santé mentale.

Les députés de cette Chambre peuvent manifester leur appui, en ce moment, en visitant au Musée des beaux-arts du Canada une exposition d'oeuvres produites par des personnes atteintes de maladie mentale intitulée «Vues de l'esprit». J'ai eu l'occasion de la visiter avant-hier. C'est très important. Il faut féliciter nos artistes.

It is an important art show, and wonderful to visit and something you should see, but it is hardly the stuff of national policy. The \$30 million from the CIHR includes neuroscience research. That is not particularly associated with the mental health issues such as schizophrenia, depression, bipolar illness and others that people deal with. The reality is that Health Canada has no major champions from the top or the bottom that are prepared to deal with issues of mental health.

In our written brief, I comment that no Canadian Prime Minister or leading cabinet minister has ever acknowledged the size of the burden of mental illness on the health system in Canada, or on the lives of individual Canadians or their families. There is a list there of things the government has not done. That is not withstanding the fact that the Justice, Human Rights, Public Safety and Emergency Preparedness Committee in the other place pointed out the horrendous conditions that people with mental illnesses suffer in our correctional institutions. It is not hundreds, it is thousands, of people who are entitled to mental health care but are denied it deliberately. There is absolutely no doubt that there is recognition that these people are entitled by virtue of the Canada Health Act and the legislation governing Corrections Canada to have good mental health care whether incarcerated or not. They are denied it, because if it were provided to them it would bankrupt the provincial mental health care systems. What a tragedy for Canada; what a black mark.

The Senate Subcommittee of Veterans Affairs has commented twice about the lack of attention paid to the mental health of our Armed Forces — another true tragedy.

The House of Commons Standing Committee on Health has done absolutely nothing with regard to mental health. The standing committees in both Houses have commented on the lack of adequate mental health services for Aboriginal populations, homeless populations and other significantly marginalized groups in Canada.

It is only recently that a positive response has been made to issues with regard to mental health when Finance Canada undertook its review of the disability tax credit; but that did not occur without a legal requirement to do so.

Unique characteristics relate to our NGOs in Canada that deal with mental illness and mental health issues. With de-institutionalization, the great mantra was that we would close these thousands and thousands of provincial psychiatric hospital beds and move people into a continuum of care that is community-centred. It was a beautiful philosophy, one that I do not think anyone around this table would disagree with. However, the reality is that thousands of hospital beds were closed and the provinces diverted the money, I suspect deliberately, to more well-advocated activities. As a result, we got them all dumped out and NGOs, such as CMHA, MDSC, the

Il est vrai que c'est une exposition d'art importante et très intéressante à voir, mais on peut difficilement l'assimiler à une politique nationale. Les 30 millions de dollars des IRSC portent notamment sur la recherche en neuroscience. Ce financement n'est pas particulièrement destiné au dossier en santé mentale, comme la schizophrénie, la dépression, les troubles de la bipolarité et d'autres problèmes du genre. En réalité, Santé Canada n'a pas de véritable champion au sein de sa hiérarchie qui soit prêt à défendre le dossier de la santé mentale.

Dans mon mémoire, je précise que, jusqu'ici, aucun premier ministre du Canada ou ministre influent du Cabinet n'a reconnu l'ampleur du fardeau que fait peser la maladie mentale sur le système de soins de santé au Canada ou sur la vie des Canadiennes et des Canadiens et de leurs familles. Il existe toute une liste de choses que le gouvernement n'a pas faites. Et cela, c'est sans tenir compte du fait que le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a reconnu les conditions horribles dans lesquelles se trouvent les personnes incarcérées dans nos établissements correctionnels. Ce ne sont pas des centaines, mais plutôt des milliers de personnes à qui l'on refuse délibérément les soins de santé mentale auxquels elles auraient droit. Nul ne conteste le fait que ces gens-là auraient droit à des soins de qualité en santé mentale, qu'ils soient incarcérés ou pas, en vertu des dispositions de la Loi canadienne sur la santé et de la loi régissant les services correctionnels. Or, on leur refuse ces soins parce que si on les leur dispensait, ils mettraient en faillite les systèmes provinciaux de soins de santé mentale. C'est une tragédie pour le Canada, une tache à son dossier.

Le Sous-comité sénatorial permanent des anciens combattants a commenté à deux reprises le manque d'attention accordée aux questions relatives à la santé mentale au sein des Forces armées canadiennes — ce qui constitue une autre grande tragédie.

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes n'a absolument rien fait dans le dossier de la santé mentale. Des comités permanents de la chambre haute et de la chambre basse ont commenté la pénurie de services de soins de santé mentale dans les cas des Autochtones, des sans-abri et des autres groupes marginalisés du Canada.

Ce n'est que récemment que le ministère des Finances du Canada a pris des mesures positives en ce qui concerne la santé mentale en revoyant le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Cependant, il a fallu attendre qu'il soit contraint de le faire par un tribunal.

Les ONG canadiennes qui travaillent dans le domaine des maladies mentales et de la santé mentale présentent des caractéristiques uniques. À l'époque de la désinstitutionnalisation, l'ordre du jour était à la fermeture de milliers de lits d'hôpitaux psychiatriques dans les provinces et au transfert des patients à un réseau de soins communautaires. Sur un plan philosophique, l'idée était séduisante et je ne pense pas que qui que ce soit autour de cette table soit en désaccord avec cela. Cependant, dans les faits, on a fermé des milliers de lits d'hôpitaux et les provinces ont détourné les fonds qu'elles ont récupérés — et je crois qu'elles l'ont fait de façon délibérée — vers des activités mieux défendues.

Schizophrenia Society and others, have mandates to help deliver those services. At the same time that we were supposed to help, the funding was withdrawn not only from the health care continuum but also from the support of the NGO community. That was hardly a fair or effective way to proceed.

NGOs in the mental health and mental illness community are part of the primary health care delivery system. In looking at community care, you are looking at NGOs, primarily. In looking at primary care for physical illnesses, you are looking primarily to hospitals and hospital-based activities. That is the first distinction.

The other distinctions are set out in my paper, so I will not speak to them here, other than to indicate that the NGOs today need the support of the federal government if they are to complete their mandates and if the federal government takes their mandates seriously.

The recommendations that I have made on behalf of the Mood Disorder Society of Canada are in my brief. I will not read them into the record. I am sure you have had the opportunity to read them. We do support the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health's brief to this committee last July and all of the recommendations contained therein. We do support the Canada Health Act as it ought to be interpreted, which means available to all Canadians, including people with mental health issues.

It is our hope that you seriously consider our recommendations as they relate to deliberate planks in a national strategy. We do not think that they are overly difficult to attain. From our perspective, an interdepartmental committee at the deputy minister level would be appropriate; a blue-ribbon panel to monitor its activities and to evaluate and do results-based management considerations is doable; and a \$50-million funding envelope with research support is doable.

Thank you for the opportunity to appear before the committee. I will be happy to answer questions.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Upshall.

Mr. McLean, please proceed.

Mr. Peter McLean, Vice-President, Anxiety Disorders Association of Canada: The Anxiety Disorders Association of Canada appreciates the opportunity to share our concerns and recommendations with you.

I will take the liberty of coming at this a bit differently because anxiety disorders are largely misunderstood and, functionally speaking, the Canada Health Act is largely irrelevant to sufferers of anxiety disorders. I think it might help to understand why.

Résultat: ce sont les ONG, comme la CSM, la STHC, la Société pour la schizophrénie et d'autres, qui ont pour mandat de contribuer à la prestation de ces services. D'un autre côté, tandis que nous étions censés contribuer à la solution, le gouvernement a coupé son financement qui permettait non seulement d'assurer le continuum des soins mais aussi d'aider le milieu des ONG. On ne peut pas vraiment parler ici d'une manière équitable ou efficace de fonctionner.

Les ONG du secteur de la santé mentale et des maladies mentales font partie du système des soins de santé primaires. Quand on pense aux soins communautaires, on pense principalement aux ONG. Dans le cas des soins primaires pour les maladies physiques, ce sont surtout les hôpitaux et les activités hospitalières qui sont concernés. Voilà pour la première distinction.

Mon document présente les autres distinctions et je ne vais donc pas vous en parler, si ce n'est pour vous dire que les ONG qui se présentent aujourd'hui devant vous ont besoin de l'appui du gouvernement fédéral pour pouvoir s'acquitter de leurs mandats, si le gouvernement fédéral prend cela au sérieux.

Les recommandations que j'ai à faire au nom de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada apparaissent dans mon mémoire. Je ne vous les lirai donc pas. Je suis certain que vous avez eu la possibilité d'en prendre connaissance. Nous appuyons le mémoire présenté en juillet dernier à ce comité par l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale ainsi que toutes les recommandations qu'il contient. Nous appuyons aussi l'interprétation qu'il convient de donner à la Loi canadienne sur la santé qui doit absolument s'appliquer à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes, notamment à ceux et celles qui souffrent d'une maladie mentale.

J'espère que vous prendrez au sérieux nos recommandations qui vont résolument dans le sens d'une stratégie. Nous ne pensons qu'elles seront particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Nous estimons qu'il conviendrait de mettre sur pied un comité interministériel à l'échelon de sous-ministre, un groupe d'experts qui serait chargé de contrôler ces activités, de les évaluer et d'administrer en fonction des résultats à atteindre; par ailleurs, il est tout à fait envisageable de débloquer une enveloppe de 50 millions de dollars.

Merci de nous avoir invités à témoigner devant le comité. Je serais heureux de répondre à vos questions.

La vice-présidente: Merci, monsieur Upshall.

Monsieur McLean, vous avez la parole.

M. Peter McLean, vice-président, Association canadienne des troubles anxieux: L'Association canadienne des troubles anxieux apprécie l'occasion que vous lui donnez de venir vous faire part de ses préoccupations et recommandations.

Je prendrai la liberté d'aborder la question de façon un peu différente, parce qu'on comprend généralement très mal les troubles anxieux et que, sur un plan purement fonctionnel, la Loi canadienne sur la santé n'est pas du tout adaptée à ceux qui sont atteints de cette maladie. Je pense qu'il serait utile que vous compreniez pourquoi.

Anxiety disorders happen to be the most prevalent group of mental disorders. About 2.2 per cent of Canadians have a chronic anxiety disorder, and 1.2 per cent have a very severe — that is, disabling — anxiety disorder. Those are significant numbers. Anxiety disorders are the most invisible of all mental disorders. These folks behave themselves. They are cognitively intact, if you will pardon the expression. They are embarrassed, ashamed, and they fake it socially, so who would know? Even trained people have a hard time knowing. Family physicians only identify it 50 per cent of the time.

People who suffer from anxiety disorders are also, by all accounts, the most treatable. There are two evidence-based treatments that are used — that is, a pharmacological treatment and a psychosocial treatment called cognitive behaviour therapy. Hence, we have the least known, least identified and most treatable of the mental disorders in sharp contrast here.

They are also the most overlooked for, I think, a variety of reasons. For example, the mental health managers who run our health authorities across Canada should know these things. They should know what the prevalence rate is; they should know about the frightening economic impact. Most economic studies show approximately \$4,000 per person with an anxiety disorder, per year, in terms of direct medical costs, which is slightly larger than productivity costs, should the person be employable.

Most anxiety disorders are untreated. Importantly, untreated anxiety disorders in children provide an incubator effect for downstream or subsequent depression, alcohol abuse and smoking. Therefore, there is some leverage effect here by early intervention.

Hence, one would think that our health managers, and planners and our policy people, at least at the health authority level, would know this. However, they are not driven by market forces. Consequently, mental health treatment is optional in most jurisdictions. Money that should be targeted goes to the health authorities to spend as they see fit. In the push and pull of the drama of physical versus mental, physical usually gets it. In the push and pull of mental health, anxiety disorders are the last to get it. That has been the history.

There is no proportion to the rate of disability or the treatability of disorders, or any other logical investment guide. There appears to be system indifference, if not discrimination.

Les troubles anxieux constituent les troubles mentaux les plus répandus. Près de 2,2 p. 100 des Canadiens sont atteints de troubles anxieux chroniques, tandis que 1,2 p. 100 d'entre eux ont des troubles de la même nature, mais graves au point qu'ils sont invalidants. Il s'agit donc de proportions importantes. Les troubles anxieux sont les plus invisibles de tous les troubles mentaux. Les gens qui en sont atteints se comportent à peu près normalement. Leurs facultés cognitives sont intactes, si je puis m'exprimer ainsi. Ils sont gênés, honteux et, en société, ils donnent si bien le change qu'on ne sait pas qu'ils en sont atteints. Même les professionnels entraînés ont de la difficulté à déceler cette maladie. Les médecins de famille ne la diagnostiquent que dans 50 p. 100 des cas.

Les personnes qui souffrent de troubles anxieux sont également, et de loin, celles qu'il est le plus facile à guérir. Deux traitements fondés sur des résultats cliniques et scientifiques sont utilisés; il s'agit d'un traitement pharmacologique et d'un traitement psychologique appelé thérapie cognitivo-comportementale. Nous avons donc affaire au trouble mental qui est le moins connu, le moins souvent diagnostiqué et le plus facilement traitable de tous.

Il s'agit aussi de l'état le plus négligé, selon moi, pour toute une diversité de raisons. Par exemple, les administrateurs des services de santé mentale, qui administrent nos autorités sanitaires partout au Canada, devraient connaître ce genre de chose. Ils devraient savoir quel est le taux de prévalence de cette maladie; ils devraient être au courant des répercussions économiques effrayantes de ces troubles. Selon la plupart des études économiques, il en coûterait environ 4 000 \$ par personne et par an en frais médicaux directs pour traiter ceux et celles qui sont atteints de troubles anxieux, soit un peu plus que les coûts de productivité, dans le cas d'un client apte à travailler.

La plupart des troubles anxieux ne sont pas traités. Pire encore, quand ils ne le sont pas chez les enfants, ils sont une source d'effets subséquents ou de dépressions secondaires, d'une consommation excessive d'alcool et de tabagisme. Dès lors, une intervention précoce chez ce genre de patient permet de limiter les répercussions à long terme.

On aurait donc pu croire que nos administrateurs de la santé, nos planificateurs et nos décideurs, du moins dans les régies de la santé, sont au courant de tout cela. Cependant, comme ils n'obéissent pas aux forces du marché, les traitements en santé mentale sont facultatifs dans la plupart des provinces. Les fonds qui devraient être ciblés aboutissent dans les caisses des régies de la santé qui les utilisent comme bon leur semble. Dans le tiraillement entre maladies physiques et maladies mentales, ce sont généralement les premières qui l'emportent. Et dans les luttes au sein du système de santé mentale, ce sont généralement les troubles anxieux qui passent en dernier. C'est ainsi que les choses se passent.

L'investissement n'est pas fonction d'un rapport entre le taux de maladies et la traitabilité des troubles et il n'existe aucun autre guide logique en la matière. Il semble que le système soit

That is the background. That is why the Anxiety Disorders Association of Canada was developed three years ago, and is now a vigorous organization.

Moving over to new directions, we strongly support, in principle, as have many of your other witnesses have today and elsewhere, the recommendation for federal leadership in the development of a national plan for mental health. We are not, however, at all confident that other measures, such as increasing public information, more research, federal monitoring or policy changes in the primary physician level, for example, will make things significantly better for those with anxiety disorders. For example, why increase public awareness if there is a treatment capacity problem, if you cannot do anything about it?

Specifically, we have three broad recommendations that we would like you to consider. One is that we recommend only evidence-based assessment and treatment services in our universal system be paid for on the public purse. It simply makes no sense that, in 2004, people should be able to bill for what they think they would like to do, regardless of outcome, regardless of guidelines by professional organizations that have looked at this from the perspective of an evidence-based treatment. We need to have evidence-based treatments, flat out and exclusively on the public purse.

I shall read a sentence or two from the brief that we submitted: "The system's tolerance for low-quality standards in knowledge and skill for mental health practitioners in Canada has the effect of prolonging illness, discouraging patients from publicly funded services and allowing practitioners to deliver well-meaning but ineffective treatments at public expense." That is the rationale behind moving toward evidence-based treatments.

Another example of the lack of that is the use of paediatric prescriptions for anti-depressants, which is an off-label practice, not evidence-based. It is widely used and has come to your attention recently, I am sure. Fortunately, in some jurisdictions, there are changes. I am delighted that, in British Columbia, for example, where I am from, the Ministry of Children and Family Development is systematically upscaling its clinical workforce in evidence-based treatments, which is most refreshing.

The second recommendation we would like to offer for your consideration is that we would like to see the provision of patient choice, by directly funding non-medical, psychological, psychosocial treatments, if necessary, on a restricted basis, to ensure treatment standards and cost offset. Right now, in

indifférent, pour ne pas dire discriminatoire. C'est sur cette toile de fond qu'a été créée, il y a trois ans, l'Association canadienne des troubles anxieux qui est maintenant une organisation très dynamique.

À l'heure où nous prenons d'autres orientations, nous sommes tout à fait d'accord, en principe — comme bien d'autres témoins ici, aujourd'hui et avant nous — avec la recommandation voulant que le gouvernement fédéral assume le leadership dans l'élaboration d'un plan national en santé mentale. Cependant, nous ne croyons pas que les autres mesures, comme une meilleure information du public, davantage de recherches, l'exercice d'un contrôle par le gouvernement fédéral ou des changements de politique en ce qui concerne les médecins dispensateurs de soins primaires, par exemple, changeront grandement les choses dans le cas des personnes atteintes de troubles anxieux. Pourquoi, par exemple, sensibiliser davantage le public si nous nous heurtons à un problème de capacité au niveau des traitements et si l'on ne peut rien faire ensuite?

Nous souhaitons soumettre trois grandes recommandations à votre analyse. D'abord, nous recommandons que seuls les services de traitement et d'évaluation fondés sur des résultats cliniques et scientifiques soient remboursés par le système public, dans le cadre de notre réseau universel de soins de santé. Il est tout à fait illogique qu'en 2004, des gens soient en mesure de facturer ce qu'ils veulent, sans égard aux résultats, sans égard aux directives des organisations professionnelles fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. Seuls les traitements fondés sur de tels résultats cliniques et scientifiques doivent être payés par le système public.

Je vais vous lire une phrase ou deux extraites du mémoire que nous vous avons soumis: «La tolérance du système envers l'existence de normes inférieures en matière de connaissance et de compétence chez les professionnels de la santé mentale au Canada a pour effet de prolonger la maladie, de décourager les patients de se tourner vers les services publics et de permettre aux professionnels d'ordonner, avec la meilleure intention du monde, des traitements inefficaces aux frais des caisses de l'État.» Voilà pourquoi nous insistons pour que l'on applique des traitements fondés sur des résultats cliniques et scientifiques.

Un autre exemple où ce genre de traitement fait défaut nous est donné par la prescription d'antidépresseurs en dose pédiatrie d'après les prétentions des produits et non d'après des résultats cliniques et scientifiques. Or, cette pratique est très répandue et je suis certain qu'elle vous a été récemment signalée. Heureusement, certaines provinces ont décidé de changer les choses. Je suis ravi, par exemple, qu'en Colombie-Britannique d'où je viens, le ministère du Développement de l'enfance et de la famille forme systématiquement le personnel clinique aux traitements fondés sur des résultats cliniques et scientifiques, ce qui est particulièrement réconfortant.

Deuxièmement, nous voulons vous recommander de donner le choix au patient, que ce soit par des traitements non médicaux, psychologiques ou psychosociaux qui seraient au besoin directement financés, mais dans certaines limites, pour garantir les normes de traitement et compenser les coûts. Au Canada pour

Canada, patients do not have a choice of practitioner, unlike the United States. They are forced largely into medical treatment, because that is what the Canada Health Act supports. What this means, in practice, is that an individual pretty much gets a pharmaceutical intervention, because it is primarily dispensed by family physicians, who largely are not trained in psychosocial methods.

This is not entirely a bad thing, because pharmaceutical treatments can be very effective, although they are not always the treatment of choice in anxiety disorders. The problem is that the informed patient has no choice. In the system, they are denied.

I will give you an example. At the University of British Columbia, I work in the anxiety disorders area, specifically, obsessive compulsive disorder. These folks often end up in hospital because they become depressed, reactive to the untreated OCD — 1,500 bed days a year in British Columbia. Many of these people end up on disability in their parents' basement. It has a very early onset, and there is an average length of interval between onset of symptoms and effective care in Canada and the United States of 17 years. This is documented.

It is very difficult to get funding for this. What happens in British Columbia is that if an individual who has the right connections can get sent out of the country for treatment in the United States. Getting that data and presenting it to mental health folks at the government level has not been successful, because most of the health authorities do not care. They do not care because they do not pay for it anyway. It comes out of a central funding source.

We have been trying to repatriate those dollars. If there is one thing that you could do for anxiety disorders, it would be to ensure funding of regional daycare programs for OCD. Office treatment is not enough and hospitalization is rarely necessary. What is necessary is to have a dose-response relationship, which can occur in a daycare program. In any event, that is just offered as an example.

The third recommendation we wish to bring to your attention is that the system itself needs incentives across mental health disorders, not just anxiety disorders — incentives or guidelines for cost-effective management practices.

For example, as someone said in previous days, the hot area of intervention should be, by all accounts, children, because it is easy to influence them in a school-based program and they are a risk factor, if they have anxiety disorders, for subsequent disorders and the like. I do not think education will fund it, but health care could in cooperation with education. There have been some exciting efficacy studies done in Australia

l'instant, les patients ne peuvent choisir leur médecin, contrairement à ce qui se fait aux États-Unis. Ils sont essentiellement contraints d'opter pour des traitements médicamenteux, parce que c'est ce que prévoit la Loi canadienne sur la santé. En pratique, cela veut dire que le patient est obligé de prendre un traitement pharmaceutique, parce que c'est son médecin de famille qui le lui recommande, lequel n'est pas vraiment formé aux méthodes de traitement psychosocial.

Ce n'est pas vraiment mauvais, parce que les traitements médicamenteux peuvent être très efficaces, même s'ils ne constituent pas toujours le traitement de choix pour les troubles anxieux. Le problème c'est qu'un patient informé n'a pas de choix. Dans le système actuel, on lui refuse d'autres formes de soins.

Je vais vous donner un exemple. À l'Université de la Colombie-Britannique, je travaille dans le domaine des troubles anxieux et plus précisément des troubles obsessionnels-compulsifs. Les patients atteints de cet état se retrouvent souvent à l'hôpital — parce qu'ils sont déprimés et qu'ils réagissent à ce genre d'état s'il n'est pas traité — si bien qu'ils occupent 1 500 lits-jour par an en Colombie-Britannique. Nombreuses sont ces personnes à finir invalides dans le sous-sol de leurs parents. L'installation de la maladie est très longue, puisque le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et la nécessité de dispenser des soins est de 17 ans. On l'a constaté et documenté au Canada et aux États-Unis.

Il est très difficile d'obtenir un financement à cet égard. En Colombie-Britannique, la personne qui a les bons contacts peut être envoyée aux États-Unis pour se faire traiter. Nous n'avons pas abouti dans notre démarche de présentation des données aux responsables fédéraux de la santé mentale, parce que rares sont ceux qui se préoccupent de ce problème. Ils ne s'en préoccupent pas parce qu'il ne leur coûte rien. Les fonds proviennent d'une caisse centrale.

Nous avons essayé de rapatrier les budgets en question. Vous pourriez faire une chose pour les patients atteints de troubles anxieux: veiller à financer les programmes de soins de jour dans les régions pour les obsessionnels-compulsifs. Le traitement au niveau des cabinets de médecin est insuffisant et l'hospitalisation est rarement nécessaire. En revanche, il faut établir une relation dose-réponse, ce qui peut se faire dans le cadre d'un programme de soins de jour. De toute façon, ce n'était là qu'un exemple.

Troisièmement, nous voulons vous recommander d'inclure des incitatifs dans le système, pour tous les troubles de santé mentale, pas uniquement pour les troubles anxieux — des incitatifs ou des directives pour favoriser les pratiques de gestion rentables.

Par exemple, comme quelqu'un vous l'a dit l'autre jour, nous devrions axer l'essentiel de nos interventions sur les enfants, parce qu'il est facile de les influencer dans le cadre de programmes scolaires et qu'ils risquent de développer d'autres maladies en aval s'ils souffrent déjà de troubles anxieux. Je ne pense pas que le système d'éducation va financer ce genre de programme, mais les soins de santé pourraient s'en occuper en collaboration avec le

and now in Canada that would support this as a form of intervention, both universally and in targeted populations, where teachers and parents identify kids who appear to be at risk.

We need to, I would suggest, on behalf of our organization, allocate financial resources as a function of cost to the system. If, for example, mental health costs X of health care, X proportion of resources should be allocated to mental health. That is not the way it works. Similarly, with CIHR, there should be some relationship between the cost of mental health disorders that are researched and their societal impact. That is not a consideration for that organization.

With respect to the health authorities, in British Columbia, for example, we spend approximately \$800 million per year, including — for all mental health — hospital care. Of that, there is virtually no direct program costs for anxiety disorders. We have an anxiety disorder clinic in British Columbia with 1.2 clinicians. That is it for the province. Obviously, it is not meaningful. What I am suggesting is that, if you have \$800 million and if you know the prevalence rates for severe and chronic mental illness, and you know the treatment response or some other meaningful measure, why not have some representation, some guideline, that would reasonably co-relate? Right now, there is absolutely nothing for anxiety disorders for all the reasons we have mentioned.

Finally, we would like to advocate the practice of private-public partnerships. In our opinion, that will breed competition, which will breed innovation, and it would go a long way to help communities and provinces develop novel ways of approaching the difficulties that anxiety disorder sufferers face. What is lacking is the will to move away from a monopoly that is ill-served. The monopoly is doing what monopolies do. Prices go up. Services stay pretty much the same, if you are lucky. We would like to suggest some proliferation of three-P arrangements in a funded and supervised manner.

The Deputy Chairman: Thank you Mr. McLean.

Honourable senators, I have a copy of the brief Mr. McLean was referring to; I will make sure that you are provided with a copy after the meeting.

Before I turn to my colleagues, there was something you said, Mr. Upshall, that tweaked my interest when you referred to the Canada Health Act, when you used words “as it ought to be interpreted.” My thought at the time was that it would be good for you to further expand what you meant by that.

réseau de l'éducation. Plusieurs études très intéressantes de l'efficacité ont été réalisées en Australie et, récemment, au Canada, études qui confirment le bien-fondé qu'il y a d'intervenir de façon précoce, auprès de la population en général mais aussi auprès de populations cibles, c'est-à-dire auprès des enfants chez qui les parents ou les enseignants ont détecté un risque de maladie.

Je me dois, au nom de notre organisation, de vous demander d'affecter des ressources financières en fonction des coûts que cela représente pour le système. Par exemple, si les coûts de la santé mentale représentent un pourcentage X des coûts des soins de santé, il faudrait leur allouer la même proportion en ressources. Or, ce n'est pas ainsi que les choses fonctionnent actuellement. Dans le même ordre d'idée, les ICRS devraient établir un lien entre les coûts que représentent les troubles de santé, dans les programmes de recherche, et l'impact des résultats de la recherche sur la société. Ce n'est pas là un aspect qui concerne de près notre organisation.

S'agissant des régies de la santé, il faut savoir qu'en Colombie-Britannique, par exemple, nous dépensons environ 800 millions de dollars par an pour l'ensemble de la santé mentale, notamment en soins hospitaliers. Ce budget ne sert presque pas à payer les coûts directs des programmes destinés au traitement des troubles anxieux. Nous avons une clinique des troubles anxieux où travaillent deux cliniciens. C'est tout pour la province. Ce n'est évidemment pas assez. À partir d'un budget de 800 millions de dollars, connaissant les taux de prévalence des maladies mentales graves et chroniques, connaissant également les réactions au traitement et d'autres données utiles, pourquoi alors ne pas établir une juste répartition d'après des lignes directrices? Pour l'instant, les troubles anxieux ne reçoivent strictement rien pour les raisons que je viens de vous citer.

Enfin, nous voulons recommander l'instauration de partenariats entre pratique privée et pratique publique. Selon nous, cela stimulera la concurrence et l'innovation, et nous permettra de faire beaucoup pour aider les collectivités et les provinces à adopter de nouvelles approches pour niveler les difficultés auxquelles se heurtent les personnes souffrant de troubles anxieux. Ce qui manque, c'est la volonté de tourner le dos à un monopole dysfonctionnel. Ce monopole ressemble à tous les autres: les prix augmentent et les services demeurent à peu près les mêmes, si l'on a de la chance. Nous prêchons en faveur d'un élargissement des modalités axées sur les trois P, suivant des mécanismes financés et supervisés.

La vice-présidente: Merci, monsieur McLean.

Honorables sénateurs, j'ai ici un exemplaire du mémoire dont M. McLean parlait et je vais veiller à ce qu'on vous en remette une copie après la séance.

Avant de céder la parole à mes collègues, vous avez dit une chose, monsieur Upshall, qui m'a interpellé; c'est quand vous avez parlé de «l'interprétation qu'il convient de donner» à la Loi canadienne sur la santé. En entendant cela, je me suis dit qu'il faudrait vous inviter à vous expliquer davantage à ce sujet.

That may be the crux of the matter in dealing with the Canada Health Act. I would appreciate if you could enlarge on that statement.

Mr. Upshall: I would be happy to. The issue for me, for the Mood Disorders Society of Canada and for the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, is that the Canada Health Act is paraded around the country by our significant politicians as the crowning glory of Tommy Douglas' efforts and others. It provides — they say — for equal access to all Canadians. As you noted, it talks about mental health and reduction of barriers.

The reality, however, is that with respect to physical health care there is no problem identifying under the Canada Health Act, and the federal government acknowledges that. With regard to mental health services, on the other hand, Health Canada in particular is the proponent of the argument that mental illnesses and services related to them are primarily and solely the responsibility of the provinces. As a result of that suggestion or departmental policy, they have demoted and reduced the status of mental illness within Health Canada to a mental health promotion unit led by a very capable individual, but really far below the ADM or DM level.

The most recent involvement we have had with the issue occurred last December, when a patient — and I am sure you read about this — Laura, a student at Carleton University, had a significant issue with regard to clinical depression. She was entitled to be hospitalized, notwithstanding the fact that she came from Alberta. She was in the hospital receiving treatment when all of a sudden, during the course of her treatment, she was presented with a bill and told that she should get out. This is a very difficult situation.

The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health undertook some advocacy on the issue because it was such a disgraceful situation, totally unbecoming of any provincial health ministry, let alone the Ministry of Health in Ontario, which is espousing advanced mental health reform initiatives, which I am sure you are aware of, and the Government of Alberta, which constantly suggests that it is a leader in the subject.

The initial reaction by the Alberta Minister of Health was that Alberta was not paying. However, he then said that they would pay but that the individual would have to come back and complete her treatment in Alberta. Finally, he said, after some advocacy efforts were undertaken, the minister agreed to pay for Laura's treatment in Ontario, thereby allowing her to stay in school. That would never have happened with any other health care issue.

A delegation of CAMIMH members met with Minister McLellan's staff and a representative from Health Canada, who was engaged in interpreting and dealing with the Canada Health Act. The response we got was very clear, black and white: "Take a

C'est peut-être le nœud du problème dans la façon dont on aborde la Loi canadienne sur la santé. J'aimerais que vous précisiez votre raisonnement.

M. Upshall: J'en serai heureux. À la façon dont nous voyons les choses, à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et à l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale, nous estimons que nos politiciens nous présentent la Loi canadienne sur la santé comme étant le couronnement des efforts déployés par Tommy Douglas et d'autres. Ils nous disent qu'elle impose l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les Canadiens. Vous avez remarqué qu'il est question de santé mentale et d'élimination des obstacles.

En réalité, il n'y a aucun problème dans le cas des soins de santé physique visés par la Loi canadienne sur la santé et le gouvernement fédéral l'a admis. En revanche, il en va tout autrement pour les services de santé mentale, puisque Santé Canada en particulier maintient que les maladies mentales et les services les concernant incombent principalement voire uniquement aux provinces. Se fondant sur ce raisonnement ou sur la politique ministérielle, les autorités ont abaissé le statut de la maladie mentale à Santé Canada au rang d'unité de promotion de la santé mentale dirigée par une personne très compétente, par ailleurs, mais dont le niveau est très inférieur à celui de SMA ou de SM.

Le dernier incident qui s'est produit à ce sujet remonte à décembre dernier — et je suis sûr que vous aurez lu cela dans la presse — après qu'une patiente nommée Laura, étudiante à l'Université Carleton, a eu de graves problèmes à cause d'une dépression clinique. Elle a pu être hospitalisée, même si elle venait d'Alberta. Pendant son hospitalisation, en plein milieu de son traitement, on lui a soudainement présenté une facture et on lui a dit qu'elle devait sortir. C'est là une situation très délicate.

L'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale est alors intervenue publiquement à ce sujet parce que cette situation était honteuse et totalement déplacée de la part d'un ministère provincial de la Santé. Pis encore, il s'agissait du ministère de la Santé de l'Ontario, province qui adhère aux initiatives de réforme en santé mentale, comme vous le savez sans doute, et du gouvernement de l'Alberta qui prétend régulièrement être un chef de file en la matière.

Le ministre albertain de la Santé a commencé par dire que la province ne paierait pas. Toutefois, il s'est repris pour déclarer que la province paierait mais que la patiente devrait rentrer en Alberta pour y poursuivre ses traitements. Enfin, après toutes les démarches que nous avons entreprises, le ministre a déclaré qu'il serait prêt à payer pour les traitements de Laura en Ontario, ce qui allait lui permettre de poursuivre ses études. Cela ne se serait jamais produit dans le cas d'une maladie physique.

Une délégation des membres de l'ACMMSM a rencontré le personnel du cabinet de Mme McLellan et des représentants de Santé Canada qui se sont mis à interpréter la Loi canadienne sur la santé. On nous a donné une réponse claire, noir sur blanc:

hike. We will not involve ourselves with any amendments to the Canada Health Act or any attempt to clarify it.” That was a stunning comment to me, and, really, very disappointing.

We wrote letters to the various ministers of health across the country. Of those who deemed it appropriate to respond — three — the most interesting one came from the province of British Columbia. We were told by the B.C. director: “Rest assured, we will not at this time or any time in the near future undertake a redefinition of the word ‘hospital’ within the meaning of the Canada Health Act.” Again, this is another indication that mental health issues are not particularly significant.

You know the background on the provincial psychiatric hospitals and how they were excluded principally and continue to be excluded from the Canada Health Act. However, most of them have been closed, so there is no argument about who pays for those, but there certainly is a the willingness of the provincial and federal authorities to collaborate on the denial of mental health services to Canadians in every province. To my mind, in the 21st century, this is beyond my ability to understand.

That is the background and the context within which I suggest to you that we have a two-tier system in Canada, physical health and mental health. Mental health is not on any tier that I know of, and physical health is. I hope that answers your question.

The Deputy Chairman: Thank you for that. It brings back the word “stigma” again. As you say, no other illness would have been treated in that way. Therefore, the Canada Health Act stigmatizes this illness and puts it into a silo that they do not think they are responsible for.

Senator Callbeck: My questions will relate to financial resources. There is no question that we have to spend more money in this area — an area that always tends to get pushed aside.

Mr. Upshall, on page 7 of your written presentation, it says:

CHST and other health care transfers to the province would have a proportion specifically directed to the provision of mental health services within the provinces...

By that, do you mean that the federal government would direct the provinces to spend a certain percent on mental health services?

Mr. Upshall: I could mean that, and I would be happy if they were prepared to do that.

My suggestions is that, of the \$2 billion additional dollars that are transferred, 20 per cent, \$400 million, or whatever — pick a number — should be tied to the conditions that I sent out. In other words, the provinces should have to spend those funds in the delivery of mental health services, which will be primarily dealt with within the community. The provinces should be specifically prevented from stealing money away from the mental

«Allez-vous faire voir ailleurs! Nous n’allons pas proposer d’amendement à la Loi canadienne sur la santé ni essayer de la préciser.» J’ai trouvé ce commentaire stupéfiant et très décevant.

Nous avons envoyé des lettres à tous les ministres provinciaux de la Santé. C’est celui de la Colombie-Britannique qui, de tous ceux qui ont jugé bon de nous répondre — trois en tout — a exprimé la position la plus intéressante. Le directeur de la Colombie-Britannique nous a dit: «Rassurez-vous, nous n’allons pas, ni maintenant ni dans un proche avenir, tenter de redéfinir le mot «hôpital» au sens de la Loi canadienne sur la santé.» Encore une fois, cela démontre à quel point les questions de santé mentale ne sont pas importantes.

Vous savez ce qui s’est passé du côté des hôpitaux psychiatriques et la façon dont on nous a essentiellement exclus et dont on continue à exclure des dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Cependant, la plupart de ces hôpitaux sont fermés et personne ne prétend qu’il faut payer pour leur fonctionnement, mais force est de constater que les autorités provinciales et fédérales font front pour bloquer les services de santé mentale aux Canadiens de toutes les provinces. Au XXI^e siècle, j’ai du mal à comprendre cela.

C’est pour cela que j’ai été amené à vous déclarer que nous avons un système à deux vitesses au Canada, un pour la santé physique et l’autre pour la santé mentale. La santé mentale n’est même pas un des volets du système de santé, contrairement à la santé physique. J’espère avoir répondu à votre question.

La vice-présidente: Merci. Cela nous ramène à la notion de stigmatisation. Comme vous le disiez, un patient atteint de n’importe quelle autre maladie ne serait pas traité ainsi. Ce faisant, la Loi canadienne sur la santé stigmatise cette maladie et l’enferme dans un silo dont personne s’estime responsable.

Le sénateur Callbeck: Mes questions vont porter sur les ressources financières. Il est évident que nous allons devoir consacrer plus d’argent à ce secteur que l’on a toujours tendance à négliger.

Voici ce qu’on peut lire à la page 7 de votre mémoire, monsieur Upshall:

Une partie du TCSPS et des autres transferts en matière de santé destinés aux provinces devrait être consacrée à l’offre de service de santé mentale au sein des provinces...

Voulez-vous dire par là que le gouvernement fédéral devrait ordonner aux provinces de consacrer un certain pourcentage des transferts aux services en santé mentale?

M. Upshall: C’est ce que l’on pourrait comprendre et je serais très heureux que les choses se fassent ainsi.

En fait, je suggère que l’on impose des conditions pour 20 p. 100, soit 400 millions de dollars ou un montant quelconque — c’est à décider — sur les 2 milliards de dollars supplémentaires devant être transférés. Autrement dit, les provinces devraient strictement consacrer ces fonds, réservés à la prestation de services de soins de santé mentale, à des services communautaires. Les provinces ne pourraient pas détourner

health envelopes that they provide through their own provincial funding resources, and there should be an accountability aspect to it. Yes, I guess that is what I mean.

Senator Callbeck: Ms. Marrett, you talked about the premiers' council and their indication that community mental health is one of its top priorities. How much work have they done in this area? You say in your brief that the federal government must demonstrate its willingness to work with the premiers' council. What role does the premiers' council want the federal government to take? Is the council that far along?

Ms. Marrett: Unfortunately, they are not as far along as you have indicated or that we would hope they. The council has indicated that it is a priority, but so far no strategy has been developed in which the framework for such a priority could be outlined. Part of it may be that some of the provinces are involved with amalgamation and thus are not as ready as they would like to be, as compared to other provinces.

Ultimately, the provinces will have to ensure that access to services at the community mental health level is available across the country. Right now, that is not the case. Some services are available in some provinces but not available to the same extent in other provinces.

The federal government must provide the leadership and facilitate the discussions, to ensure that accessibility to mental health services across the country is equal and accessible.

Senator Callbeck: How many priorities has the premiers' council set out?

Ms. Marrett: They have eight, and this is one of the eight. Clearly, they have heard the message. Their citizens have told them that this is important. One of the challenges, I believe, is that the topic is enormous, and perhaps they do not know where to start. The federal government could begin that discussion through the premiers' council, in order to be able to find a way to address the concerns of Canadians across the country in this area.

Senator Cook: Describe to me the premiers' council in its present form. Does it have a membership? Does it have a membership of the premiers of the provinces? Are there consumers on it? Are there advocates? You said they have six priorities in their mandate. How did they arrive at six, and not at seven or eight, and who helped them formulate that?

Ms. Marrett: The Premiers' Council on Canadian Health Awareness includes the premiers of the provinces and territories. They unveiled their new Web site, www.premiersforhealth.ca in early March. It is within that Web site that they actually talk about community mental health and their other priorities. This is not a formal viewpoint, but it was their way to start to talk to Canadians collectively.

d'argent de leurs propres budgets en santé mentale et elles auraient des comptes à rendre à cet égard. Je pense que c'est effectivement ce que je veux dire.

Le sénateur Callbeck: Madame Marrett, vous avez parlé du conseil des premiers ministres et du fait qu'il range les soins communautaires en santé mentale parmi ses principales priorités. Quel travail le conseil a-t-il réalisé dans ce domaine? Dans votre mémoire, vous dites que le gouvernement fédéral doit se montrer prêt à collaborer avec le conseil des premiers ministres. Quel rôle ce conseil est-il disposé à confier au gouvernement fédéral? Le conseil est-il allé aussi loin dans ce sens?

Mme Marrett: Il n'est malheureusement pas allé aussi loin que vous venez de le dire ni aussi loin que nous l'aurions espéré. Le conseil a dit que la santé mentale est sa priorité, mais il n'est pas allé jusqu'à formuler de stratégie prévoyant l'instauration d'un cadre pour accommoder cette priorité. Cela est peut-être en partie dû au fait que certaines provinces sont préoccupées par les regroupements et qu'elles ne sont donc pas aussi prêtes que les autres, contrairement à ce qu'elles voudraient.

Au bout du compte, les provinces devront veiller à garantir l'accès aux services communautaires en santé mentale, partout au Canada. Ce n'est pour l'instant pas le cas. Certains services sont offerts dans certaines provinces, mais ce n'est pas uniforme.

Le gouvernement fédéral doit assumer le leadership et faciliter la discussion pour faire en sorte que les services de santé mentale soient universellement accessibles au Canada.

Le sénateur Callbeck: Combien de priorités le conseil des premiers ministres a-t-il fixés?

Mme Marrett: Huit, et celle-ci est du nombre. Il est évident que le conseil a compris le message. Les résidents des provinces ont dit à leur premier ministre que ce dossier est important. L'un des problèmes, selon moi, tient au fait que ce dossier est énorme et que les premiers ministres ne savent peut-être pas par où commencer. Le gouvernement fédéral pourrait lancer la discussion au niveau du conseil des premiers ministres pour essayer de trouver une façon de s'attaquer aux préoccupations de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes dans ce domaine.

Le sénateur Cook: À quoi ressemble le conseil des premiers ministres actuellement? A-t-il des membres? Seuls les premiers ministres provinciaux en font-ils partie? Les consommateurs sont-ils représentés? Y a-t-il des intervenants? Vous avez dit que le conseil s'est fixé six priorités. Comment est-il arrivé à ce chiffre, pourquoi pas sept ou huit et qui l'a aidé dans cette démarche?

Mme Marrett: Le conseil des premiers ministres pour sensibiliser les Canadiens à la santé est composé de tous les premiers ministres des provinces et des territoires. Au début mars, le conseil a inauguré son site Internet que l'on peut consulter à l'adresse www.prioritesante.ca. C'est sur ce site qu'il est question de santé mentale communautaire et des autres priorités. Il ne s'agit pas d'un point de vue officiel, mais c'est la façon retenue par le conseil pour s'adresser à l'ensemble des Canadiens.

The premiers meet regularly, once or twice a year, to discuss common issues of concern. Health is clearly an issue of concern to the premiers' council. It has been through the establishment of their Web site and their desire to speak more directly in a collective manner to the people of Canada that this information becomes far more accessible.

Senator Cook: My question is still out there: From whom or where do they get their information? Is it from groups like you, from consumers? Where does their information come from? Is it from the bottom up or from the top down?

The Deputy Chairman: Do you mean to set priorities?

Senator Cook: Yes. There must be a mandate there. In order to establish priorities, one must have evidence-based information to get them started.

Ms. Marrett: I do not have that information for you, but I could find out.

Senator Cook: Am I offside, here?

Ms. Marrett: I know they have had papers written on a variety of different topics. However, the premiers of the provinces and territories comprise the membership.

Senator Cook: Did the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health have any input into the council?

Ms. Marrett: Not to my knowledge, no.

The Deputy Chairman: I think this is a relatively new body that Premier Charest was behind. It was originally called the Federation of Premiers, I think. My understanding is that the premiers are getting together, collectively, to form one voice.

Senator Cook: That is fair. I understand can that, but I want to know where their wisdom comes from.

Mr. Upshall: The wisdom comes from the various deputy ministers of the various areas within the provinces. The health wisdom comes from the deputy ministers of health.

Senator Cook: It comes from their bureaucracy?

Mr. Upshall: Yes.

Mr. Gray: I would speculate, having worked in ministries, that that frequently happens. The advice would have been collected from the various mental health services and from the various mental health branches and up through the bureaucracy, usually.

The Deputy Chairman: It is a little hopeful that mental health has been included as one of the six priorities.

Mr. Gray: It is important.

Les premiers ministres se réunissent régulièrement, une ou deux fois par an, pour parler de problèmes communs. La santé est évidemment un des sujets qui intéresse le conseil des premiers ministres. L'information est beaucoup plus accessible depuis que le conseil a décidé de créer son site Internet et qu'il a exprimé le désir de dialoguer plus directement avec l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens.

Le sénateur Cook: Vous n'avez toujours pas répondu à ma question: De qui les premiers ministres obtiennent-ils cette information? Est-ce de groupes comme le vôtre, de consommateurs? Où le conseil va-t-il chercher ces informations? Viennent-elles de la base ou plus tôt du haut de la pyramide?

La vice-présidente: Vous parlez des informations ayant servi à l'établissement des priorités?

Le sénateur Cook: Oui. Il faut que le conseil ait un mandat. Pour établir des priorités, il doit s'appuyer sur des informations fondées.

Mme Marrett: Je n'ai pas cette réponse, mais je pourrais l'obtenir.

Le sénateur Cook: Est-ce que je fais fausse route?

Mme Marrett: Je sais que le conseil s'appuie sur des études qui lui sont remises sur différents sujets. Pour ce qui est des membres du conseil, il s'agit des premiers ministres des provinces et des territoires.

Le sénateur Cook: Est-ce que l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale intervient auprès du conseil?

Mme Marrett: Pas à ma connaissance.

La vice-présidente: Je crois que c'est cet organisme relativement récent qui obéit à une idée lancée par M. Charest. Au début, on parlait je crois de la Fédération des premiers ministres. Je crois savoir que les premiers ministres se réunissent pour s'exprimer d'une seule voix.

Le sénateur Cook: C'est bien. Je comprends cela, mais je voulais savoir qui informe le conseil.

M. Upshall: Le conseil fonde sa vision sur celles des sous-ministres des différentes régions au sein de chaque province. La vision qui se dégage est donc le produit de celles des sous-ministres de la Santé.

Le sénateur Cook: C'est donc une vision qui vient des fonctions publiques?

M. Upshall: Oui.

M. Gray: Pour avoir travaillé avec les ministères, je peux vous dire que c'est souvent le cas. La fonction publique rassemble les avis des services de santé mentale et des différents secteurs de la santé mentale pour tout regrouper au sommet.

La vice-présidente: Il y a donc un espoir puisque la santé mentale fait partie de ces six priorités.

M. Gray: C'est important.

Senator Cordy: Being a priority, we hope it will mean that action will actually happen. There is a difference between putting it on a list and actually taking action.

When I looked at what you said, Mr. Upshall, about the Canada Health Act, I thought of portability. As Canadians, we assume that as we travel from province to province our coverage is portable. You said that, indeed, it is not portable.

Mr. Gray: Mental health services are portable within a hospital. For example, had the individual been in a hospital that was funded and recognized under the Canada Health Act, there would not have been a problem. It is when the person is in a provincial hospital that a problem arises. That is the distinction. These problems arise because the person did not go to a regular hospital but rather to a psychiatric hospital.

Mr. Upshall: I did not know that the Royal Ottawa Hospital was not a regular hospital. We will have to talk about that off stream, because I think you are wrong.

Ms. Marrett: I think Mr. Gray is right. Psychiatric hospitals fall under provincial legislation, whereas general hospitals fall under the Canada Health Act.

Mr. Gray: That is right.

Senator Cordy: However, we are now moving away from extended periods of time in hospitals, moving away from doctor-hospital, to the reality of the health care system. Regardless of whether we are speaking of mental health or physical health, times have changed over the past 20 or 25 years. You have made your point.

Mr. Gray: I am not supporting that; I am saying that it is wrong. I am just explaining it.

Senator Cordy: I know you were not supporting it.

Mr. McLean, as you said, anxiety disorders are the most common and most treatable, but the most invisible and the most overlooked. How difficult is it to gather data on anxiety disorders?

Mr. McLean: Large community studies have been done in the United States and, more recently, in Canada. The one in Canada, for example, does not deal with all the anxiety disorders — for cost reasons. As well, OCD, for example, is excluded from that because it is beyond the capacity of community interviewers to get that information quickly, given the secretiveness of it all. One must rely on other means. There are good international surveys. There is broad agreement as to the prevalence and the severity rates.

Senator Cordy: I was also interested when you spoke about children and the importance of early intervention. In my other life, I was an elementary school teacher. I found, first, that there is a shortage of money in health. In my province of Nova Scotia, there is also a shortage of money for education. There were class

Le sénateur Cordy: Comme c'est une priorité, on peut espérer que des mesures seront prises. Il y a une différence entre dresser une liste de priorités et prendre des mesures.

Quand vous parliez de la Loi canadienne sur la santé, monsieur Upshall, je pensais au principe de la transférabilité, les Canadiens estimant que leur assurance est valable dans toutes les provinces. Or, vous avez dit que tel n'est pas le cas.

M. Gray: Les services de santé mentale ne sont pas transférables dans le milieu hospitalier. Par exemple, la personne hospitalisée dans un établissement financé et reconnu en vertu de la Loi canadienne sur la santé n'aurait pas de problème. Cependant, c'est quand la personne se retrouve dans un hôpital provincial que le problème se pose. Il y a une distinction à faire. Ce problème survient parce que le patient n'est pas hospitalisé dans un établissement régulier mais dans un hôpital psychiatrique.

M. Upshall: Je ne savais pas que l'Hôpital Royal d'Ottawa n'est pas un hôpital régulier. Nous allons devoir en parler à part, tous les deux, parce que je crois que vous avez tort.

Mme Marrett: Je crois que c'est M. Gray qui a raison. Les hôpitaux psychiatriques tombent sous le coup des lois provinciales tandis que les hôpitaux généraux tombent sous le coup de la Loi canadienne sur la santé.

M. Gray: C'est exact.

Le sénateur Cordy: Cependant, nous n'en sommes plus aux périodes d'hospitalisation prolongées, aux hôpitaux-médecins pour toucher à la réalité du système de soins de santé. Les choses ont changé au cours des 20 ou 25 dernières années, tant pour la santé mentale que pour la santé physique. Nous vous avons compris.

M. Gray: Je ne suis pas d'accord avec cela, parce que je prétends que c'est mal et je m'en explique.

Le sénateur Cordy: Je sais que vous n'êtes pas d'accord avec cela.

Monsieur McLean, comme vous l'avez dit, les troubles anxieux sont les états les plus répandus et les plus facilement traitables, mais ils sont aussi les plus invisibles et les plus négligés de tous. Est-il difficile de recueillir des données sur les troubles anxieux?

M. McLean: On a effectué d'importantes études communautaires aux États-Unis et, plus récemment, au Canada. L'étude canadienne, par exemple, ne porte pas sur tous les troubles anxieux, à cause des coûts que cela représentait. Par ailleurs, les troubles obsessionnels-compulsifs n'ont pas été pris en compte parce que les intervieweurs communautaires ne sont pas en mesure d'obtenir rapidement ce genre d'informations à cause de cachotteries. Il faut donc s'en remettre à d'autres moyens. Il existe de bonnes études internationales. On s'entend très généralement sur les taux de prévalence et de gravité des cas.

Le sénateur Cordy: J'ai également été très intéressée par ce que vous avez dit à propos des enfants et de l'importance d'une intervention précoce. Avant de faire de la politique, j'ai été enseignante à l'élémentaire. J'ai d'abord constaté que l'on manque de fonds en santé. En Nouvelle-Écosse, ma province,

sizes in elementary school of over 30. In addition, some children were identified as needing extra help, whereas other children were not identified. For instance, if a child were exhibiting behaviour problems in the classroom, being disruptive, he or she tended to get attention more than the child who was withdrawn and quiet and not a bother to the other students. My experience was that if the child did not have a label, it was very difficult for a teacher to get help for that child. You could talk to someone but it was very, very difficult.

As you have said, if there is not early intervention for children, other problems arise. You talked about the coexistence of smoking, drinking, drug usage, depression and those kinds of things. Certainly no one would disagree with you that early intervention is the way to go. However, the reality is that teachers are not trained for that. As a teacher, I found it very difficult to get early intervention for a child unless the child was aggressive — and then often those children were put on Ritalin.

Mr. McLean: In British Columbia, for example, the Ministry of Children and Family Development, which has responsibility for the mental health of under-19-year-olds, has started a pilot and is planning a universal program in British Columbia schools on exactly that issue. How it works is that a specialist trains, on a professional-development day, a number of teachers. They are using a program called “Friends.” In the U.S., they have another one called “Coping Cat.”

The program is not pathology-based. It helps children understand what certain things, when their body feels funny or they “feel mental” as they call it, or how to change thoughts and how to avoid being catastrophic in one’s interpretation, how to be pro-social. It is a coping program. It is cost-effective for a teacher or a counsellor or others who come into the school for that purpose to deliver that type of program. Parents and teachers, typically, highly welcome the program.

You are right: If we had to rely upon teachers to set aside individual time for one-to-one consultation, it is very difficult to get a spot on the curriculum. Now, however, as emotional education is becoming more acceptable in school curricula, there are opportunities to go in and do this. That one just happens to be a very effective program that pays high returns.

Senator Cordy: Mr. Gray, you spoke about a program called “Reaching Out: The Importance of Early Treatment.” Do you have any results that show how it is working, or is it still too new?

on manque d’argent pour l’éducation. Nous avons des classes de plus de 30 élèves au niveau élémentaire. De plus, nous pouvions constater que certains enfants avaient besoin d’une aide supplémentaire et que d’autres n’étaient même pas repérés. Par exemple, un enfant pouvait avoir des troubles de comportement en classe et perturber le déroulement des cours au point qu’il attirait davantage l’attention que certains de ses camarades repliés sur eux-mêmes, tranquilles, qui ne dérangent personne. Or, j’ai constaté que si un enfant n’était pas clairement étiqueté, un enseignant pouvait avoir de la difficulté à l’aider. On pouvait toujours parler à quelqu’un, mais c’était très, très difficile.

Comme vous le disiez, si l’on n’intervient pas très tôt auprès de l’enfant, d’autres problèmes peuvent jaillir ensuite. Vous avez parlé de la concomitance du tabagisme, de l’alcoolisme, de la toxicomanie, de la dépression et d’autres problèmes du genre. Personne ne vous contredira sur ce fait: il faut intervenir le plus tôt possible. En réalité, cependant, les enseignants ne sont pas formés à cela. Quand j’enseignais, je trouvais très difficile d’amener le système à intervenir très tôt auprès d’un enfant-problème, à moins que celui-ci ne se montre agressif et même là, très souvent, on le traitait au Ritalin.

M. McLean: En Colombie-Britannique, par exemple, le ministère du Développement de l’enfance et de la famille, responsable de la santé mentale des moins de 19 ans, vient de lancer un projet pilote et envisage de mettre en œuvre un programme universel dans toutes les écoles de la province sur cet aspect particulier. À l’occasion d’une journée pédagogique, un spécialiste vient former un certain nombre d’enseignantes et d’enseignants. Il s’appuie sur un programme appelé «Friends». Les Américains, en ont un de leur côté qu’ils appellent «Coping Cat».

Le programme n’est pas axé sur la pathologie. Il est destiné à aider les enfants à comprendre certaines choses, quand ils ressentent de drôles de sensations dans leur corps et qu’ils ont l’impression d’être «mental» comme ils disent; on leur montre comment faire pour changer leurs pensées et éviter d’interpréter ce qu’ils ressentent de façon trop catastrophique, autrement dit à être «pro-sociaux». Il s’agit d’un programme de *coping*. En outre, il est rentable qu’un enseignant ou un conseiller administre ce genre de programme, ou que quelqu’un se déplace à l’école pour le faire. Les parents et les enseignants sont généralement très favorables à ce programme.

Vous avez raison: il serait très difficile d’aménager les programmes scolaires pour que les enseignants trouvent le temps de conduire des entrevues en personne. Cependant, comme on accepte maintenant de plus en plus la notion d’apprentissage par les émotions dans les programmes scolaires, nous allons peut-être y arriver. Il se trouve que ce programme est très efficace et très rentable.

Le sénateur Cordy: Monsieur Gray, vous avez parlé d’un programme appelé «Porter secours». Avez-vous des résultats montrant la façon dont il fonctionne ou est-il tellement récent que vous n’avez rien?

Mr. Gray: Not specifically. We are trying to teach people, pupils and teachers about early signs of psychosis so they can see that there may not be a drug or a behaviour problem, that it is conceivable that there might be a psychosis. Then they can get an early referral to someone who understands and can do something about it.

We do know that the program is very well accepted. Teachers like it; students like it. That program started in British Columbia and it has been around for about three years. It has been very well accepted in the schools. Students say that they have really learned something. We have anecdotal evidence of people saying, "Perhaps my friend is starting to exhibit some interesting symptoms and should see a counsellor." We are doing some good work in that way and making appropriate referrals. In terms of a controlled case study, no, we have not done that.

Senator Cordy: Are students willing or able to self-diagnose? Fitting in socially as a teenager is probably the number-one priority. Are they willing to admit that they may be a little bit different?

Mr. Gray: With some disorders, such as anxiety or depression, they might be willing. For those with schizophrenia, they often do not realize anything is wrong. "These voices in my head are sort of normal; I am getting them from the television." It depends a bit on the disorder.

Senator Cordy: People with schizophrenia often do not believe they are ill, which causes them not to take medication. In looking at advocacy, you have done a wonderful job of explaining how NGOs can be advocates on behalf of the patients. What about advocacy by family members for an individual? I am looking at the issue of privacy.

If an individual does not believe that he or she is ill, that person may not allow their medical information to be given to family members. How can families help out?

Mr. Gray: That certainly can be a problem. Where the person provides permission for the family to talk to the physician or the treatment team, there is no problem because the consent is there. Sometimes the person does not do that. It depends somewhat on the provincial legislation, but, in British Columbia, our privacy laws say that if there is a need for information to be provided — and obviously it must be circumscribed to the purposes — then you can do that.

In a situation where you felt you could not do that, then you have to talk in terms of examples or generalities. You can say, "Nineteen-year-old males on this medication are experiencing these sorts of symptoms and may do this." You are talking about the situation that the family member is in but you are not providing any information about the son or the daughter specifically. You are generalizing but providing enough information for the parent to provide some service.

M. Gray: Pas vraiment. Nous essayons d'enseigner aux gens, aux élèves et aux professeurs, les premiers signes de psychose afin que les gens se rendent compte qu'ils ne sont pas forcément associés à la consommation de drogues ou des problèmes de comportement, autrement dit que la psychose existe. Une fois ce pré-diagnostic établi, l'élève est orienté vers un spécialiste qui comprend le phénomène et qui peut intervenir.

Nous savons que ce programme est fort bien accepté. Les enseignants et les élèves l'aiment. Il a été lancé en Colombie-Britannique il y a trois ans environ. Il a été bien accueilli dans les écoles. Les élèves disent qu'ils ont vraiment appris quelque chose. Certains nous ont dit: «Mon ami présente peut-être des symptômes intéressants et il devrait voir un conseiller.» Nous faisons du bon travail et nous orientons correctement les élèves. En revanche, nous n'avons pas encore réalisé d'études de cas en condition contrôlée.

Le sénateur Cordy: Les élèves sont-ils prêts ou capables de poser un autodiagnostic? Le plus important pour un adolescent est sans doute d'être accepté par le groupe. Les adolescents sont-ils prêts à reconnaître qu'ils sont un peu différents?

M. Gray: Dans le cas de certains troubles, comme l'anxiété ou la dépression, certains sont disposés à le faire. En revanche, ceux qui souffrent de schizophrénie se rendent rarement compte que quelque chose ne va pas. «Les voix que j'entends dans ma tête», se disent-ils, «me semblent normales, elles m'arrivent de la télévision». Cela dépend un peu du trouble auquel on a affaire.

Le sénateur Cordy: Les schizophrènes ne croient généralement pas qu'ils sont malades, raison pour laquelle ils ne prennent pas de médicaments. Pour ce qui est de la défense de la cause, vous avez merveilleusement expliqué la façon dont les ONG peuvent prendre la parole au nom des patients. Mais qu'en est-il de la défense des patients par les membres de la famille? Je pense ici à la question de la vie privée.

Si une personne ne croit pas qu'elle est malade, elle ne voudra peut-être pas que ses renseignements médicaux soient communiqués aux membres de sa famille. Comment les familles peuvent-elles l'aider à ce moment-là?

M. Gray: Effectivement, cela peut faire problème. Si la personne donne l'autorisation à sa famille de s'entretenir avec un médecin ou avec l'équipe traitante, il n'y a pas de problème parce qu'il y a consentement. Parfois, ce n'est pas le cas. Alors, cela dépend un peu de la loi provinciale, mais en Colombie-Britannique, nos lois sur la protection de la vie privée permettent la communication d'une information nécessaire, mais elle doit alors se limiter aux fins envisagées.

Dans une situation où l'on pense ne pas pouvoir obtenir le consentement du patient, il faut aborder la chose par des exemples ou des généralités. On peut toujours dire: «Un adolescent de 19 ans qui prend des médicaments ressent tel et tel symptôme ou fait ceci ou cela.» On parle de la situation dans laquelle se trouvent les membres de la famille, mais on ne fournit aucun renseignement précis indiquant qu'il s'agit d'un fils ou d'une fille. On généralise, mais on peut tout de même fournir suffisamment d'informations pour que les parents puissent faire quelque chose.

Certainly if the physician is speaking, let us say, to a family member who supervises medications and reports symptoms, our Freedom of Information and Protection of Privacy Act in British Columbia would allow the physician to do that, even if the young person said, "No, I do not want that to happen."

Senator Cordy: So the family can be an integral part of helping the person become integrated back into the community?

Mr. Gray: Yes. It is very important.

Senator Cordy: In Great Britain, we heard last week that they have outreach teams that go into the community. From what they told us, the teams seem to be very successful. They basically follow the person around in the community, so the patient need not go into the hospital, which can be stigmatizing for some. They would meet them in the laundromat or some place like that and they would talk together. Could we do that in Canada?

Mr. Gray: The situation varies across the country, but certainly we have that model. I used to work in Saskatchewan and we had that type of model. I can think of examples in Victoria where that happens. London's program is a good example of an early-psychosis program that goes to extraordinary lengths to keep people out of hospital and helps them avoid the whole trauma of hospitalization. That is certainly not fun for someone who is 17 or 18.

Those programs are there but are not as widely available as we would want. There is nothing in law or in practice that would prohibit those programs from happening here in Canada.

Ms. Marrett: That type of program should comprise part of a community health system. We should have outreach teams who can work with individuals in their communities so that they can live their lives as productively as possible. Certainly that would be part of a community mental health program.

Mr. Upshall: For your information, and I am sure the researchers know this from the material from the mental health implementation task forces in Ontario, there are several acute care treatment teams, ACTT, in and around the Toronto area. Some are associated with the Centre for Addiction and Mental Health and other hospitals. If I recall correctly, one is an independent ACTT team, which is composed of eight or ten members. They have almost a one-for-one or 1.5-for-one relationship. They do not follow them around, but they are available to the individuals in their care 24 hours a day, seven days a week, with beepers and pagers and what have you. They monitor medication and rehabilitation.

One of the issues for the ACTT team is that those who are not associated with the Centre for Addiction and Mental Health or other institutions have difficulty getting admissions into hospitals. The independent, stand-alone act teams do have a difficult time if there is an admission issue.

En Colombie-Britannique, notre loi sur la liberté d'information et la protection de la vie privée permet au médecin de s'entretenir avec un membre de la famille responsable de donner des médicaments et de signaler les symptômes, même si l'adolescent traité ne le veut pas.

Le sénateur Cordy: Ainsi, la famille peut faire partie intégrante du réseau d'aide du patient, au sein de la collectivité?

M. Gray: Oui. Et c'est très important.

Le sénateur Cordy: La semaine dernière, nous avons appris que les Anglais ont des équipes mobiles qui se rendent dans les collectivités et qui semblent obtenir de bons résultats. Elles assurent essentiellement un suivi des patients dans leur milieu et comme il n'est pas nécessaire de les hospitaliser, on leur évite ainsi d'être stigmatisés. Ces équipes rencontrent les patients dans les laveries automatiques ou dans d'autres lieux publics et elles s'entretiennent avec eux. Pourrait-on faire cela au Canada?

M. Gray: La situation n'est pas la même partout au pays, mais il existe un modèle semblable. Nous avons collaboré avec la Saskatchewan qui disposait de ce genre de modèle. Je crois qu'il y en a également des exemples à Victoria. Le programme londonien est excellent pour les psychoses précoces parce qu'il contribue à garder les gens hors des hôpitaux et donc à éviter les traumatismes associés à l'hospitalisation. Ce n'est certainement pas rigolo pour un jeune de 17 ou 18 ans.

Ces programmes existent, mais ils ne sont pas aussi généralement accessibles que nous le souhaiterions. Rien, ni dans la loi ni sur le plan pratique, n'empêche que ces programmes soient offerts ici au Canada.

Mme Marrett: Ce genre de programme devrait englober une partie du système de santé communautaire. Nous devrions déployer des équipes mobiles qui travailleraient au contact des patients dans leur milieu pour qu'ils puissent continuer à vivre une vie qui soit la plus productive possible. Cela pourrait très bien faire partie d'un programme communautaire en santé mentale.

M. Upshall: Je tiens à vous dire, mais je suis certain que les chercheurs le savent déjà grâce aux documents produits par les groupes de travail sur la mise en œuvre de la santé mentale en Ontario, qu'il existe plusieurs équipes de soins de courte durée, les ESCT, à Toronto et dans la région immédiate. Certaines sont rattachées aux centres de toxicomanie et de santé mentale et d'autres à des hôpitaux. Si je me souviens bien, il y en a une qui est indépendante et qui est composée de huit ou dix personnes. Chaque membre d'une équipe instaure des relations avec un ou 1,5 patient en moyenne. Ces patients ne sont pas suivis en permanence, mais ils ont accès aux membres de l'équipe 24 heures sur 24, parce qu'ils peuvent les contacter par téléavertisseur ou par d'autres moyens. Les équipes surveillent la prise des médicaments et la réadaptation.

Le problème auquel les équipes d'ESCT se heurtent tient au fait que celles qui ne sont pas rattachées au centre de toxicomanie et de santé mentale ou à d'autres établissements ont de la difficulté à entrer dans les hôpitaux. Comme les équipes travaillent seules, en autonomie, il leur arrive d'avoir des difficultés dans le cas de patients devant être hospitalisés.

The Deputy Chairman: As a supplementary to Senator Cordy's question, the issue of human resources has been raised in testimony many times, trying to attract people into the mental health care field. Would each of you comment on how we would approach trying to attract practitioners in this field, in all of the different aspects?

We had some testimony about the amount of time, for instance, doctors are required to spend with a patient suffering from a mental illness as opposed to a patient with a physical illness. Perhaps you could all shed some light on this question of how we would start to build a stronger human resource base. The numbers are growing, and it is getting much more complex. If you have a comment on that, I would appreciate it.

Ms. Marrett: In talking about discrimination and stigma with respect to mental illness, we are not just referring to the patients. We are talking about discrimination and stigma across the whole spectrum. I have met several health care practitioners over the years who have talked to me about the fact that their colleagues are absolutely stunned that they would be in this area, and why, et cetera. Oftentimes, these individuals are some of the most committed individuals I have ever met and they are there for their whole career.

It is very difficult if, from a financial point of view, an individual is not able to support his family or meet his living expenses. It is very difficult if an individual is in a position that is not considered to be "permanent." It might be a contract position. Therefore, if the organization you are working for does not get the contract with government, for example, you no longer have a job. It is extremely difficult.

The other issue is that there are not as many people going into many of these fields because of the amount of time and commitment and burnout. This is not a nine-to-five job. It is very difficult and very challenging.

If we were able to reduce the stigma for mental health, I think we would be able to attract many more people into the field from the care side. It is certainly not an issue that we can deal with overnight.

Mr. Upshall: I agree completely with what Ms. Marrett has said. The first attempt to resolve the stigma issue is to get the federal government to start modeling good anti-stigma behaviour.

The second is to get the medical schools themselves to recognize that the value of this kind of education is important and to dedicate a substantial amount of additional time to training GPs, given the high incidences of mental illness they see in their practices.

La vice-présidente: Pour faire suite à la question du sénateur Cordy, il y a le problème des ressources humaines dont vous avez plusieurs fois parlé dans votre témoignage, problème qui consiste à attirer davantage de gens dans le domaine des soins de santé mentale. Pourriez-vous, chacun à votre tour, nous dire comment nous pourrions aborder ce problème pour attirer davantage de professionnels dans le domaine, dans les différents volets concernés?

Des témoins sont venus nous parler, par exemple, du temps qu'un médecin doit passer au chevet d'un patient atteint de maladie mentale par rapport au temps qu'il passe au chevet de celui qui souffre d'une maladie physique. Pourriez-vous nous éclairer un peu à ce sujet et nous dire comment nous pourrions augmenter les effectifs dans ce domaine? Les nombres augmentent et la chose devient de plus en plus complexe. Si vous avez des remarques à formuler à ce sujet, j'aimerais les entendre.

Mme Marrett: Nous ne parlons pas que des patients quand nous parlons de discrimination et de stigmatisation dans le cas des maladies mentales. La discrimination et la stigmatisation se retrouvent partout. Au fil des ans, j'ai rencontré de nombreux professionnels des soins de santé qui m'ont dit que leurs collègues sont subjugués de les voir travailler dans ce domaine et qui s'en étonnent. Souvent, ces personnes sont les plus engagées de toutes et elles passent toute leur carrière dans ce secteur.

Du point de vue financier, les problèmes se posent quand la personne n'est pas en moyen de faire vivre sa famille ou de payer ses factures courantes. C'est très difficile quand la personne se retrouve dans un poste qui n'est pas considéré comme «permanent». Ce peut être un poste à contrat. Ainsi, si l'organisation pour laquelle on travaille n'obtient pas de contrat du gouvernement, par exemple, on perd son emploi. C'est très difficile.

L'autre problème tient au fait que peu de personnes se lancent dans ces domaines à cause du temps qu'il faut consacrer au travail, de l'engagement que cela exige et de l'épuisement professionnel qui peut en découler. Ce n'est pas un travail de neuf à cinq. Il est très difficile et exige beaucoup.

Si nous pouvions réduire la stigmatisation envers la santé mentale, je pense que nous attirerions davantage de gens dans ce domaine pour donner des soins. Ce n'est certainement pas un problème que nous pourrions régler du jour au lendemain.

M. Upshall: Je suis tout à fait d'accord avec ce que Mme Marrett vient de dire. Pour commencer par régler le problème de la stigmatisation, il faut que le gouvernement fédéral mette sur pied un modèle de bon comportement contre la stigmatisation.

Deuxièmement, il faut que les écoles de médecine, elles-mêmes, reconnaissent la valeur de ce genre d'éducation et qu'elles y consacrent des sommes suffisantes pour former les professionnels de la santé, étant donné la forte incidence de maladies mentales qu'ils constateront dans leur pratique.

The third issue is to somehow resolve the discussion between the medical community and the psychological community as it relates to payment. There are issues there that must be investigated. We have a two-tier health care system. The EAP providers are able to purchase services, and those who have those benefits available to them get reasonably good, non-mainstream mental health care through their EAP providers, and the payment that is afforded to the people involved in that structure is substantially different.

There are a number of issues, but it is primarily anti-stigma, and leadership is required at all levels.

Mr. McLean: I would like to reiterate that. It is a sad comment. I teach in a medical school. I teach the very people we are talking about. I am very familiar with the curriculum. It is difficult. Not that many choose to go into psychiatry, for a variety of reasons. The 50 per cent that go on beyond family medicine do not go there. I think that could be enhanced. I think it would be the same for specialists and clinical psychologists.

We are facing a big problem, in that the average age of clinical psychologists and psychiatrists is over 50. This is a difficulty. We can see where this is going. Something needs to be done about that, you are absolutely right, from a resource point of view — not just psychologists and psychiatrists, but other folks involved in treatment, counsellors, and so on.

Everyone that is in the diagnosis and treatment business should be asked or required to use evidence-based treatments. I know I am repeating myself, but it is of interest that the Royal College, the regulatory bodies and the universities themselves do not require this. An individual can graduate with a masters degree in counselling psychology, not having taken one single course on diagnosis, on psychopathology, assessment or treatment. We graduate thousands of them, in Canada, every year. You can check on this independently. It is easily available. Check the course curricula. The graduates can then get a position on a mental health team. I am trying to make the case for the resources, which are a problem. We can find ways to try to attract people into that, to look at the incentives and the barriers respectively, but evidence-based requirements would go a long way to helping as well.

Finally, we need to look at new models. I do not think we can do it, but even if we were able to turn the resource spigot or the psychiatry spigot or the psychology spigot on, it would take a long time, as you know, to get these people on stream. We need to look at three-P, as I mentioned before. We need to find new ways of providing treatment, where you have people that are not necessarily at a high level providing all the treatment. You do not need it. For example, you do not need an electrician to change a light bulb. The high-level people can be

Troisièmement, il faut régler le problème du différend entre le milieu médical et le milieu psychologique quant au paiement. Il y a ici un aspect qu'il convient d'étudier. Nous avons un système de soins de santé à deux vitesses. Les fournisseurs de PAE peuvent acheter des services et ceux qui bénéficient de ce genre de prestations peuvent obtenir des soins de santé mentale non traditionnels et relativement efficaces par le truchement de leur fournisseur de PAE; les paiements effectués dans le cadre d'une telle structure sont considérablement différents.

Plusieurs problèmes se posent, mais il faut principalement s'attaquer à la stigmatisation et tous les échelons doivent faire preuve de leadership à cet égard.

M. McLean: Je vais me répéter. C'est triste. J'enseigne dans une école de médecine. J'enseigne à ceux et à celles dont nous parlons. Je connais bien les programmes. Ce n'est pas facile. Peu d'étudiants décident de s'orienter en psychiatrie pour toute une diversité de raisons. Une moitié d'entre eux dépassent le stade de la médecine générale mais peu optent pour la psychiatrie. Nous pourrions, je crois, améliorer cela. Je pense que ce devrait être la même chose pour les spécialistes et les psychologues cliniciens.

Nous faisons face à un grave problème, car l'âge moyen des psychologues cliniciens et des psychiatres est supérieur à 50 ans. C'est une autre difficulté. Nous voyons où cela va nous amener. Il faut donc agir, vous avez tout à fait raison, en s'attaquant aux ressources — pas uniquement dans le cas des psychologues et des psychiatres, mais pour tous les autres professionnels chargés de dispenser des traitements, comme les conseillers et les autres.

Toutes les personnes qui sont appelées à poser des diagnostics ou à traiter des patients devraient être tenues de se fonder exclusivement sur des résultats cliniques et scientifiques dans leur travail. Je sais que je me répète, mais il faut savoir que le Collège Royal, les organismes de réglementation et les universités elles-mêmes n'exigent pas cela. N'importe qui peut obtenir une maîtrise en psychologie de l'orientation, sans avoir pris un seul cours sur les diagnostics ou de psychopathologie, ni même d'évaluation ou de traitement. Chaque année, nous diplômons des milliers de gens comme cela au Canada. Vous pourrez vérifier de votre côté. Les données sont disponibles. Vérifiez les programmes de cours. Les diplômés peuvent se retrouver au sein d'équipes de santé mentale. J'essaie de vous présenter la situation en ce qui concerne les ressources, ce qui fait problème. Nous pouvons trouver des façons d'attirer des gens, d'appliquer des incitatifs et d'abattre les obstacles qui se présentent, mais nous ferions beaucoup si nous exigeons que tout se fasse en fonction de résultats cliniques et scientifiques.

Enfin, nous devons nous tourner vers de nouveaux modèles. Je ne pense pas que nous y parviendrons, mais même si nous pouvions admettre davantage de gens en psychiatrie, en psychologie et ainsi de suite, comme vous le savez, il nous faudrait beaucoup de temps avant qu'ils se retrouvent dans le milieu. Comme je le disais plus tôt, il faut aborder la chose sous l'angle des trois P. Nous devons trouver de nouvelles façons de dispenser les traitements et d'en confier une partie à des professionnels qui ne sont pas forcément au sommet du

there for a diagnosis, but there can be a vertically accountable consultation model, like law firms, and that might provide better range.

The current issue is highly restrictive. Only certain people are on it, and not many of them. They are getting old. You can do what you want and get paid for it. Let us be honest. You get paid for contact in this country, for the time spent with someone. You do not get paid for results. That has an effect.

The Deputy Chairman: That is right. Actually, I heard on CBC radio of a doctor — I think the only doctor from Guelph — who was leaving, and it was only because this person could not possibly see the number of patients and earn a living. Thank you very much. That is very valuable. We have heard other testimony, especially the doctors themselves or the people in the field, stigmatized as well, not only the patients.

Senator Léger: I have five questions. I will ask the five questions first, and then you can answer them. Each one will be very short.

First, Mr. Upshall said that mental health appears nowhere. Is mental health separated from society? For example, when discussing housing, are people from mental health organizations representative on the team. When we are studying lack of jobs and transportation, are they there? These days we are studying unemployment insurance. Are you there?

Second, are there consequences of the constant change of ministers in the government? What is done meanwhile? Life goes on, I imagine.

Third, Mr. Gray was saying that the accent was on individuals and families to help. I was quite pleased to read in your report that the stigma factor was put as number five and not as number one. I was sort of happy about that.

Fourth, in the past, there was no medication, or less medication. That is why people were required to go to hospitals. How did we get out of it in the past? I do not think everyone went to the hospital for anxiety troubles and all the new illnesses that we have today.

I have the feeling today that, be it nurses or doctors, science has predominance over human love and human compassion. A person became a nurse because he or she wanted to help. Someone became a teacher because they were passionate to help.

I have a friend in psychiatry, and she chose that field because of her passion to help human nature. It was not from a scientific motivation. I am not saying that it is not needed, however.

dispositif. Cela s'impose. On n'a, par exemple, pas besoin de faire appel à un électricien pour changer une ampoule électrique. Ceux et celles qui sont en haut de la pyramide pourraient poser les diagnostics, mais nous pourrions appliquer un modèle de consultation verticale responsable, un peu comme dans les cabinets d'avocats, pour couvrir davantage de terrain.

Le modèle actuel est très restrictif. Seules certaines personnes peuvent poser des actes médicaux, mais elles sont peu nombreuses et elles vieillissent. Vous pouvez faire n'importe quoi et tout de même être payé. Voyons les choses honnêtement: au Canada, on est payé pour le temps passé auprès de quelqu'un et pas pour les résultats obtenus. Cela n'est pas sans effet.

La vice-présidente: Très bien. J'ai entendu sur les ondes de la CBC un médecin — je pense qu'il était de Guelph — qui s'en allait uniquement parce qu'il ne lui était pas possible de voir un nombre suffisant de patients pour gagner sa vie. Merci beaucoup. Votre témoignage était utile. Nous en avons entendu d'autres, surtout de médecins ou de personnes qui travaillent dans le domaine et qui se sentent tout aussi stigmatisées que les patients.

Le sénateur Léger: J'ai cinq questions à poser. Je vais commencer par vous les poser et vous pourrez me répondre. Elles sont toutes très courtes.

Tout d'abord, M. Upshall a dit qu'il n'est nulle part question de santé mentale. La santé mentale est-elle à part de la société? Quand on parle logement, par exemple, les organisations qui s'expriment au nom des personnes atteintes de troubles mentaux sont-elles représentées au sein des équipes responsables? Quand on étudie les problèmes d'emploi et de transport, sont-elles, là aussi, représentées? Nous sommes en train d'étudier l'assurance-chômage. Êtes-vous représenté à cette table également?

Deuxièmement, les changements constants de ministres au gouvernement ont-ils des conséquences? Que fait-on entre deux ministres? J'imagine que la vie continue.

Troisièmement, M. Gray disait qu'il fallait insister sur le plan de l'aide à apporter aux particuliers et aux familles. J'ai été très heureux de lire dans votre rapport que la stigmatisation arrive au cinquième rang et pas au premier. J'ai été heureux de l'apprendre.

Quatrièmement, dans le passé, on ne donnait pas de médicament ou on en donnait moins. C'est pour cela qu'il fallait être hospitalisé. Comment s'en sortait-on dans le passé? Je ne pense pas que toutes les personnes atteintes de troubles anxieux étaient hospitalisées et je ne crois pas qu'il y avait toutes ces maladies que l'on recense aujourd'hui.

J'ai l'impression que, de nos jours, la science a prit le pas sur l'amour de son prochain et sur la compassion, tant chez le personnel infirmier que chez les médecins. Avant, on devenait infirmier ou infirmière parce qu'on voulait aider. On devenait enseignant parce qu'on avait une passion pour cela.

J'ai une amie qui est psychiatre. Elle a choisi cette profession parce qu'elle éprouve une véritable passion pour l'être humain qu'elle veut aider son prochain. Elle n'a pas obéi à des motivations d'ordre scientifique. Je n'affirme pas pour autant que ce n'est pas nécessaire.

My last question is this: How do we get out of the violence we are living today? You will have many patients tomorrow. Are we controlling what we see on television? What is happening presently with violence? There will be consequences, wanted or not. That is all.

The Deputy Chairman: That is a pretty big basket full. Who will start?

Mr. Upshall: I will be brief because other people are more knowledgeable about the details. There are token people sitting at tables dealing with homeless and shelter issues and the other issues that you raised. The question is: Are they having an impact? In my view, the answer is no.

As you know, Minister Bradshaw is very concerned about homeless issues. She is well aware, as is her department, of the size of the mental health component within the homeless group, primarily because of de-institutionalization. The reality is that the proof is in the pudding. There is it not much done in that area.

Are we at the table in other areas? Certainly, we are at the table. Are we heard? From a "consumer" perspective, it is de rigeur now to have a consumer member of a committee. There are not many people as fortunate as I who have a big mouth and a willingness to be aggressive. The reaction of many consumer representatives has been to question whether they ought to take the appointments because they are not listened to.

The constant change of ministers is inconsequential because Health Canada does not care anyway, so it does not matter what minister they have.

Is there any policy or government direction in this regard? The answer is no. If there were a government policy that required application and a powerful minister was at Health Canada, and certainly Ministers Pettigrew and McLellan were powerful ministers, it would have an impact. If they were motivated to change Health Canada, which is a huge department, they might have had the chance to do that, had they had longevity and the willingness to confront the issue. Health Canada is a monster bureaucracy. The impact that a minister can have on it is not that great.

I have a comment on your question about medication. Traditionally, people who lived with depression or bipolar illness did not get treatment. They were hidden in the basement. They were killed. Huge numbers of women went through significant changes of their life with enormous personal consequences and consequences to their family and loved ones. Whether those issues were ever resolved, no one knows. However, there are all sorts of family stories in the past generations of what happened. Medication came along at the right time. It has been a lifesaver to many people.

Ma dernière question sera la suivante: Comment échapper à la violence dans laquelle nous baignons aujourd'hui? Demain, vous aurez de nombreux patients. Contrôlons-nous ce que nous voyons à la télévision? Que se passe-t-il actuellement dans le cas de la violence? Celle-ci aura des conséquences, voulues ou non. C'est tout.

La vice-présidente: Eh bien, vous avez de quoi faire. Qui va commencer?

M. Upshall: Je serai bref, parce que mes voisins connaissent ces choses-là plus en détail que moi. On compte beaucoup de représentants de service aux tables paritaires, des personnes qui parlent soi-disant au nom des sans-abri et qui interviennent sur les autres dossiers que vous avez mentionnés. Ont-elles un impact? Selon moi, la réponse est non.

Comme vous le savez, la ministre Bradshaw s'intéresse beaucoup aux sans-abri. Elle connaît parfaitement, comme les gens de son ministère, la proportion que représentent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale chez les sans-abri, surtout à cause de la désinstitutionnalisation. C'est à ses fruits qu'on juge l'arbre et force est de constater qu'on n'a peu fait dans ce domaine.

Sommes-nous présents aux tables dans d'autres domaines? Très certainement. Sommes-nous entendus? D'un point de vue des «consommateurs» il est maintenant de rigeur d'avoir un membre qui représente les consommateurs à chaque comité. Malheureusement, peu de gens s'expriment haut et fort et sont prêts à se montrer agressifs. Beaucoup de représentants des consommateurs se sont demandés s'ils devaient accepter les nominations qui leur étaient proposées, parce qu'on ne les écoute pas.

Le changement régulier de ministres n'a pas d'importance, parce que Santé Canada ne s'en préoccupe pas et que peu importe le ministre en place.

Existe-t-il des politiques ou des orientations gouvernementales à cet égard? La réponse est non. S'il y avait une politique gouvernementale sur ce plan et un ministre puissant à Santé Canada, ce qui a certainement été le cas avec M. Pettigrew et Mme McLellan, cela aurait un impact. Si ces gens-là avaient envie de changer santé Canada, qui est un énorme ministère, ils pourraient y parvenir à condition de rester suffisamment longtemps dans ce portefeuille et d'avoir véritablement envie de s'attaquer à ce dossier. Santé Canada est un monstre de bureaucratie. Un ministre ne peut pas avoir beaucoup d'impact sur cette organisation.

Je veux réagir à votre question sur les médicaments. Avant, les personnes atteintes de dépression ou de troubles de la bipolarité n'étaient pas traitées. On les cachait dans les sous-sols. On les tuait. Combien de femmes ont dû subir des changements considérables dans leur vie, au prix de conséquences énormes pour elles-mêmes, pour leur famille et leurs proches. On ne sait pas si ces problèmes étaient réglés. Il circule toutes sortes de récits familiaux, qui nous viennent des générations passées, sur ce qui s'est produit. Les médicaments sont arrivés à point nommé. Pour beaucoup, ils ont fait la différence entre la vie et la mort.

In reality, as you know, those who were not treated were shunned. My family had two friends who had people with severe mental illnesses totally incapable of treatment living with them. The big fear in those families was what would happen to my son or daughter when I go. Those impressions were made on me when I was very young.

I will speak to the science predominating over humanity comment quickly. The Mood Disorder Society of Canada and anyone involved in psychosocial issues recognizes the need in the spectrum to include peer support. Without peer support and community support, healing within the context that we define healing, is impossible. Drugs are important, but certainly, they are not the only answer.

Ms. Marrett: There is a growing recognition of the need to involve representatives from the mental health community in more and more either studies or committees. Mr. Upshall has made an excellent point about whether we are heard, however.

The challenge is that everyone wants to be heard. Our voice is not always as strong at those tables as we would like it to be. Some of that may result from the fact that we do not have the research that has been done to be able to support some of the statements and anecdotal evidence that we have. Some of it may relate to our capacity to be able to be involved.

The Canadian Mental Health Association is asked to be involved in a number of things. We do not have the capacity all the time to become involved. If they are not willing to invite someone else from the mental health community to sit at the table, it becomes that much more difficult because as an organization you do not want to lose an opportunity to have that voice heard.

I have a slightly different opinion than Mr. Upshall. There are some opportunities coming up that somehow the mental health community needs to be able to address. There are capacity issues in order to become more actively involved. Capacity is not just having the people, but it is also being able to have the research that is needed to be done in order to have a meaningful involvement. It is also important to have the financial resources.

You mentioned medication. A book published several years ago — it is entitled *Political Asylums*, by Ron LaJeunesse, who had a Muttart fellowship. He did research on the issue of mental health in Alberta, and started back in the 1800s. It is a phenomenal book, and one that is easy to read. He talks about what happened in the area of mental health and “feebleminded” people in Alberta. In reading the book, one will discover that the changes that have taken place are quite amazing, but also that we are nowhere near where we should be. The book addresses issues such as why people are hospitalized if they do not need to be. It asks where the community supports are, et cetera.

Your question about how do we get out of the violence is very interesting. I am not sure that there is a recognition amongst policy makers all the time about where and how television and

En réalité, comme vous le savez, ceux qui n'étaient pas traités étaient cachés. Ma famille avait deux amis ayant des proches atteints de maladies mentales graves, que l'on ne pouvait absolument pas traiter, et qui résidaient avec eux. La grande peur de ces familles c'était ce qui pourrait advenir de leur fils ou de leur fille après leur départ. C'est cela que je retiens de ma jeunesse.

Je vais maintenant brièvement réagir au sujet de la prédominance de la science par rapport à l'humanisme. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada reconnaît, comme tous ceux qui travaillent dans le domaine psychosocial, qu'il faut inclure le soutien par les pairs dans les traitements dispensés. Sans cela et sans l'appui communautaire, la guérison, telle que nous la définissons, est impossible. Les médicaments sont importants, mais ils ne sont pas la seule réponse.

Mme Marrett: On admet de plus en plus qu'il faut faire participer les représentants du milieu de la santé mentale à davantage d'études ou de comités. Cependant, comme M. Upshall l'a si bien dit, reste à savoir s'ils sont entendus.

Le problème, c'est que tout le monde veut être entendu. Notre voix n'est pas toujours aussi forte à ces tables que nous le souhaiterions. Cela est peut-être dû au fait que nous ne pouvons pas nous appuyer sur certaines recherches pour soutenir nos déclarations et les preuves non scientifiques que nous avançons. C'est peut-être aussi dû en partie à notre capacité d'intervenir.

L'Association canadienne pour la santé mentale a été invitée à participer à plusieurs dossiers. Nous n'avons pas la capacité d'être partout. Si ceux qui nous invitent ne veulent pas faire venir d'autres représentants du milieu de la santé communautaire, les choses se compliquent parce qu'aucune organisation ne veut perdre la possibilité de se faire entendre.

Nous divergeons un peu d'opinion par rapport à M. Upshall. Il arrive parfois que le milieu de la santé communautaire doive sauter sur certaines occasions. Il y a bien sûr le problème de la capacité à participer à davantage de consultations. Cette capacité ne revient pas simplement à faire appel à des gens, mais aussi à s'appuyer sur les recherches synonymes d'une participation véritable. Il est important de disposer des ressources financières nécessaires.

Vous avez parlé de médicament. Il y a plusieurs années, un éditeur a publié un livre intitulé *Political Asylums*, signé par Ron LaJeunesse, qui était fellowship de Muttart. Il a fait remonter ses recherches sur la santé mentale en Alberta aux années 1800. Il s'agit d'un livre phénoménal, facile à lire. Il y parle de ce qui se passait dans le domaine de la santé mentale en Alberta et de ceux qu'on appelait les «débiles mentaux». À la lecture de ce livre on s'aperçoit que des changements formidables se sont produits, mais que nous sommes encore loin du compte. Le livre parle, par exemple, des raisons pour lesquelles les gens étaient hospitalisés quand ce n'était pas nécessaire. On y parle de l'appui communautaire et ainsi de suite.

Votre question sur la violence est très intéressante. Je ne suis pas certaine que les décideurs soient toujours conscients de l'influence de la télévision et des autres instruments de loisir. Je

other entertainment might influence. I think we are just beginning to learn about that, through some of the research over the last few years. We hope it will soon be seen and understood while policies are being made.

Some people at Health Canada truly believe and want to make a difference. When the Department of Health and Welfare was broken up and became Health Canada, we lost the absolute holistic viewpoint for mental health. All of a sudden that more holistic voice was not at the table in many of the discussions. When Health Canada was talking about health, often it was about physical illnesses and there was no strength.

When it was Health and Welfare Canada, there was a division for mental health in the 1980s and 1990s. Finally, after its disappearance, we have one unit but we are nowhere near where we should be. I have much faith in the unit and what the new manager wants to do, but it has many challenges ahead. If it is truly important, it should be, at minimum, a division.

Mr. McLean: It is hoped that NGOs will be increasingly present at policy level from CIHR to federal to provincial and so on. It simply has not been the case and it needs to be rectified. For anxiety disorders, many of the issues that you spoke of do not apply. This speaks to the diversity of needs across the spectrum of mental health disorders. People with anxiety disorders rarely need hospitalization, housing, transportation. At issue is the complete lack of specialty services.

I think you are right — it is lovely when people enter the helping professions, whether education, mental health or health, on the basis of compassion. Compassion is a gift. I would hope all those in the profession have that gift, but it is an insufficient condition to make significant change. Therefore, science is necessary — and the two are not mutually exclusive. I suggest we would need to marry compassion and science to achieve the most effective interventions. Medication is a godsend to so many people. In anxiety disorders, medication is effective in about 40 per cent of cases, and about two thirds of the people prefer psychosocial treatment to pharmaceutical intervention. That goes back to the topic of consumer choice. In many places, psychosocial treatments are not available and pharmaceutical interventions are key those places. We need both, I would suggest.

The violence issue is intriguing and disturbing at once, I agree. I am not sure that exposure to violence, aside from personal exposure as in the case of developing post-traumatic stress and seeing it on TV, necessarily cranks up one's vulnerability for the usual anxiety disorders, although I suspect that it does not. Stress can aggravate although it may not directly cause anxiety disorders.

Je crois que nous sommes tout juste en train de découvrir ce dont il est question, à la faveur des recherches effectuées ces dernières années. Nous espérons que ce phénomène sera mieux compris et intégré dans les futures politiques.

Il y a des gens, à Santé Canada, qui croient être en mesure de faire la différence et qui travaillent pour y parvenir. Quand le ministère de la Santé et du Bien-être a été dissout pour devenir Santé Canada, nous avons perdu le point de vue global en santé mentale. Soudain, la voix globale de la santé mentale a disparu de la table. Quand Santé Canada parlait de santé, c'était souvent de santé physique.

À l'époque de Santé et Bien-être Canada, dans les années 80 et 90, il existait une division de la santé mentale. Elle a disparu et nous avons bien une unité, mais elle n'a rien de comparable à ce qu'elle devrait être. J'ai confiance dans cette unité et dans ce que son nouveau directeur veut faire, mais de nombreux défis l'attendent en cours de route. Si ce dossier est vraiment important, ce service devrait, au moins, être une division.

M. McLean: Il est à souhaiter que les ONG soient de plus en plus présentes à l'étape de l'élaboration des politiques, au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et aux ICRS. Ce n'est actuellement pas le cas et il faut corriger la situation. La plupart des questions que vous avez soulevées ne concernent pas les troubles anxieux. Votre intervention illustre la diversité des besoins qui existent à cause du large éventail de problèmes de santé mentale. Les personnes atteintes de troubles anxieux ont rarement besoin d'être hospitalisées, elles n'ont pas besoin de logements ni de transports adaptés. Le grand problème, c'est la totale absence de services spécialisés.

Je crois que vous avez raison — c'est bien que des gens embrassent une profession par compassion, pour aider leur prochain, que ce soit dans le domaine de l'éducation, de la santé mentale ou de la santé en général. La compassion est un don. J'espère que tous ceux qui sont dans la profession ont ce don, mais il ne suffit pas pour changer les choses en profondeur. La science est donc nécessaire et les deux aspects ne s'excluent pas mutuellement. Je suggère d'allier la compassion et la science pour parvenir à des résultats efficaces. Les médicaments sont une bénédiction pour beaucoup. Dans le cas des troubles anxieux, ils sont efficaces dans environ 40 p. 100 des cas et les deux tiers des patients environ préfèrent des traitements psychosociaux à des interventions pharmaceutiques. Cela nous ramène à la question du choix par les clients. Cependant, comme les traitements psychosociaux sont rarement disponibles, les traitements pharmaceutiques sont fondamentaux. J'estime que nous avons besoin des deux.

La question de la violence est à la fois intrigante et troublante, j'en conviens. Je ne suis pas certain que l'exposition à la violence, outre une expérience personnelle source de stress post-traumatique, accroisse nécessairement la vulnérabilité de ceux et de celles qui ont une tendance aux troubles anxieux, mais je ne le crois pas. Le stress peut aggraver cet état, mais il n'est pas une cause directe des troubles anxieux.

If anything else, we truly need a vibrant, competitive system that looks at outcomes and allocates resources accordingly. That would solve most of our problems. If we have a monopoly, if we allow people to do what they want and pay them anyway, if we do not require evidence-based treatments, if we do not train family physicians to recognize the occurrence of these disorders more often — depression, anxiety — then we get what we designed. It is not sufficient, and that is why we are pleased to be here.

Mr. Gray: I have a quick comment because I agree with everything my colleagues have said. One of the real concerns is self-violence — suicide; 4,000 people in this country each year kill themselves. A small number of people with mental illnesses kill other people or are violent, and you are aware of them. For example, we have had a mother with postpartum depression that killed her children. If she had been treated, she would not have done that. I have been involved in cases wherein if the person had been treated, a tragedy would have been averted. Treatment, in terms of what we can offer, is early recognition and early treatment. This is critical, especially in respect of potential suicide cases. Homicide does not happen often, thank goodness, but again, early treatment is the answer. I do not have the broader perspective on television violence, et cetera, and I believe that is difficult. As a community, we could contribute to emphasizing effective early treatment.

Senator Léger: Often those are causes of becoming mentally ill. That is why I spoke to those things. There is much roughness of life around us that can contribute to the causes. I do not have a problem with medication for absolute cases. However, excessive medication can contribute to the causes. We have help now, but often science may go overboard. I want both, not just one, because it will not work.

The Deputy Chairman: The witnesses indicated there was agreement in that.

Senator Cook: I have pages of questions that we will not have time for today. First, Mr. McLean, I believe you mentioned the private-public partnership. Would that be funded from the public purse? Second, Mr. McLean, you talked about human resources. Would you include social workers? Would they be appropriately trained as professionals in this field? I believe there is an emerging role for the nurse-practitioner who could work in the mental health area of primary care, possibly in conjunction with a family physician.

Mr. McLean: I think all of the professional groups have a relevant role to play in mental health. Collaborative models of referral and support are necessary in a well-functioning system because the sources of an individual's particular problem may spill over into the various specialities. It is more likely that a private-public partnership would be more adroit, more flexible

De toute façon, je crois que nous avons besoin d'un système dynamique, compétitif, qui s'intéresse aux résultats atteints et qui attribue les ressources en conséquence. Cela résoudrait la plupart de nos problèmes. Dans un monopole, si nous permettons aux gens de faire ce qu'ils veulent et si nous les rémunérons quoi qu'il advienne, si nous n'exigeons pas des traitements fondés sur les résultats cliniques et scientifiques, si nous ne formons pas les médecins généralistes pour reconnaître plus sûrement ce genre de maladies — que ce soit la dépression ou l'anxiété — nous aurons alors ce que nous méritons. Pour l'instant, ce qui est fait ne suffit pas et c'est pour cela que nous sommes heureux d'être ici.

M. Gray: J'ai un bref commentaire à faire, parce que je suis fondamentalement d'accord avec ce que mes voisins viennent de dire. C'est la violence dirigée contre soi qui est la plus inquiétante; 4 000 personnes par an se suicident au Canada. Un petit nombre de ceux qui souffrent d'une maladie mentale en tuent d'autres ou sont violents, mais vous savez cela. Par exemple, il y a eu le cas de cette mère en dépression postpartale qui a tué son enfant. Si elle avait été traitée, cela ne serait pas arrivé. Je suis intervenu dans des cas où, si la personne avait été traitée, nous aurions pu éviter une tragédie. Le traitement que nous pouvons offrir se résume à une détection et à un traitement précoce. C'est fondamental, surtout dans le cas des personnes suicidaires. Dieu merci, les meurtres sont rares mais, là aussi, les traitements précoces sont la solution. Je n'ai pas de point de vue général à propos de la violence à la télévision, mais je pense que c'est un sujet délicat. Nous devrions contribuer à insister sur l'efficacité des traitements précoces.

Le sénateur Léger: Ce dont j'ai parlé constitue parfois des causes de maladies mentales. Il y a beaucoup de brutalité dans la vie et celle-ci peut être un facteur qui contribue à la maladie. Je ne vois rien de problématique dans les traitements médicamenteux, dans les cas absolus. Cependant, une médication excessive peut aussi contribuer aux causes. Nous avons de l'aide maintenant, mais la science va parfois trop loin. Je veux les deux, pas juste la science, parce que sinon ça ne fonctionnera pas.

La vice-présidente: Les témoins se disent d'accord avec votre déclaration.

Le sénateur Cook: J'ai des pages de questions que je n'aurai pas le temps de vous poser aujourd'hui. D'abord, monsieur McLean, c'est vous, je crois, qui avez parlé de partenariats entre secteur public et secteur privé. Ces partenariats seraient-ils financés par des fonds publics? Deuxièmement, monsieur McLean, vous avez aussi parlé de ressources humaines. Incluriez-vous les travailleurs sociaux? Estimez-vous qu'ils sont bien formés pour faire office de professionnels dans ce domaine? Je crois qu'il existe un rôle naissant pour les infirmiers et infirmières qui pourraient travailler dans le domaine de la santé mentale des soins primaires, sans doute en liaison avec les médecins de famille.

M. McLean: J'estime que tous les groupes professionnels ont un rôle pertinent à jouer en santé mentale. Les modèles de collaboration pour ce qui est de l'orientation et du suivi sont nécessaires au bon fonctionnement du système, parce que les difficultés rencontrées dans une spécialité peuvent se répercuter sur une autre. Les partenariats entre secteur public et secteur privé

and more able to put those groups together to provide the desirable outcomes. I wish the public system could do it, but for anxiety disorders to date, it has not done it. There is nothing encouraging, unless there is significant system reform, to make us believe that it will change.

Senator Cook: Would the partnership be funded from the public purse? The delivery would be private-public, but who would pay?

Mr. McLean: There are opportunities. For example, one of the big difficulties, as you know from the economic round table on mental health presented to you, the Fortune 500 of Canada are looking with aghast at the rise in disability payments. The most common disability is musculoskeletal — such as back pain — which causes people to miss work. There is a whole list of such disabilities. They are all flatlined and have been for decades, except for the second one — mental health. It is on the rise into the double digits at an alarming rate. Currently, 30 per cent to 40 per cent of short-term disability payments are in favour of mental health reasons. Yet, these folks are in the context of insufficient treatment.

I would have thought that the employers, then, would be in a position to contribute co-payments in this system. That is an example of a shared payment plan that I think could be entertained, because right now they are out of the loop. They have no recourse. They just hope that either the public system will do it or their own EAP program, which, by the time it gets to short-term disability, they are typically not involved.

Senator Cook: Given that we are working through the lens of a federal system, attempting to interface into a provincial system, I am searching for a way to interface. Those services are delivered provincially. I am coming to believe more and more every day that an open wallet will not do it. We have an opportunity now to be innovative. We have to look for innovation within the system. I am looking at the recommendations of the Canadian Mental Health Association. I have circled the first and the last. You are saying that this group should move forward on developing and implementing a pan-Canadian national strategy on mental illness/mental health to commit to increasing the capacity of the voluntary sector of the mental health community to participate in public policy development.

I would like insight on how to move this forward, because this is what you are saying to us. If there were time, I would ask you to do them all.

Ms. Marrett: I will ask my colleague, Mr. Upshall, to respond to the first one because he can talk about the strategy in more detail, based on his position with the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, if that is okay.

pourraient conférer davantage de souplesse et permettre à ces groupes de parvenir plus facilement aux résultats souhaités. J'espère que le système public y parviendra, mais jusqu'à présent, il n'a rien fait dans ce sens en ce qui concerne les troubles anxieux. La situation n'est pas encourageante et nous ne pensons pas que les choses changeront, sauf si l'on entreprenait une réforme en profondeur du système.

Le sénateur Cook: Et ces partenariats, seraient-ils financés par des fonds publics? La prestation des services se ferait par ces partenariats privés-publics, mais qui paierait?

M. McLean: Il y a des possibilités. Par exemple, une des grandes difficultés, comme la table ronde économique sur la santé mentale vous l'a exposé, c'est que les plus grandes sociétés canadiennes sont atterrées de constater l'augmentation des prestations d'invalidité. L'invalidité la plus répandue concerne l'appareil musculosquelettique — comme le mal de dos — et c'est à cause de cela que les gens ne se présentent pas au travail. Il existe toute une liste d'invalidités de ce genre. Les choses n'ont pas vraiment changé au cours des décennies, sauf pour les maladies mentales. Le nombre de personnes qui en souffrent ne cesse d'augmenter et on a largement dépassé les 10 p. 100, ce qui est inquiétant. Pour l'instant, 30 à 40 p. 100 des prestations d'invalidité à court terme sont versées au titre de la santé mentale. Et pourtant, les prestataires ne bénéficient pas de traitements appropriés.

J'aurais pensé que les employeurs auraient été en mesure de cofinancer le système. Il faudrait envisager un régime à contributions partagées parce que, pour l'instant, les employeurs sont laissés de côté. Ils n'ont aucun recours. Ils espèrent simplement que le système public s'en chargera et que leur programme de PAE ne soit pas sollicité quand les employés réclament des prestations d'invalidité à court terme.

Le sénateur Cook: Comme nous observons la question par le biais du système fédéral, j'essaie de trouver une façon de créer l'interface avec les systèmes provinciaux. Tous ces services sont provinciaux. J'en viens à penser de plus en plus que la solution ne consiste pas à délier complètement les cordons de la bourse. Nous avons maintenant la possibilité de faire preuve de créativité. Nous devons nous montrer novateurs. Prenez les recommandations de l'Association canadienne pour la santé mentale. J'ai encerclé la première et la dernière. Vous dites que ce groupe devrait élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale pancanadienne en matière de maladie mentale et de santé mentale afin de mobiliser davantage la capacité du secteur bénévole dans ce milieu autour de la formulation des politiques publiques.

Dites-moi comment les choses pourraient progresser à cet égard, parce qu'après tout c'est vous qui nous dites cela. Si nous avons du temps, je vous demanderais de tout faire.

Mme Marrett: Je vais demander à mon collègue, M. Upshall, de répondre à votre première question, parce qu'il pourra vous parler mieux que moi de stratégie étant donné le poste qu'il occupe à l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale, si cela vous convient.

Mr. Upshall: All of us associated with the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, and a number of NGOs in addition, support the need for federal leadership to establish a national strategy. The national strategy from our call to action is a relatively simple step-by-step process, involving, first, the need for additional surveillance so that we know exactly what we are dealing with. Much of the numbers that we deal with are anecdotal. We need much more funding dedicated towards research, and we need the involvement of the federal government in developing an awareness program and, generally speaking, taking a leadership role in providing direction and guidance to the provinces.

I would expand that a bit, personally, because I think our current Prime Minister has acknowledged his willingness to consider tied funding. In terms of requiring accountability and getting more bang for the buck, as discussed elsewhere today, is appropriate. The move towards a federal national strategy would be incredibly anti-stigmatizing. It would be a leadership model that would say to the rest of Canada, "This is something to which we need to pay attention." It would say to the rest of the provincial premiers and their health ministers that this is something that we will finally take seriously. That is the overarching idea that there is a national strategy over which we are all supportive and it is discussed more particularly in a number of documents that the research staff has.

Ms. Marrett: We are very supportive of the strategy and the importance of the strategy, particularly that it be coordinated across the country.

Your other question related to how we might be able to increase the capacity of the voluntary sector in the mental health community. About three or four years ago, the federal government announced the voluntary sector initiative. It was a \$94.6-million initiative that the government announced to assist the sector and to work with the sector on a number of different issues that were of common concern. A number of excellent things have come out of that.

The mental health community has a unique challenge in being able to provide the policy development work that is being asked of it by governments in different ways, which is one of the reasons for our recommendation. It follows along the federal government's commitment to the voluntary sector. It would also recognize the unique challenges that the mental health community has in its capacity. The Mood Disorder Society of Canada is not a very large organization in general, if you compare it to other organizations within the voluntary sector, as is the Schizophrenia Society of Canada and the Anxiety Disorders Association of Canada. That is one of the biggest challenges that we have from the voluntary sector's perspective, namely, that we do not have the capacity. Finding a way to assist organizations to develop that capacity would enable them to become more active in policy development, which is critical if the government is serious about

M. Upshall: Nous sommes tous associés à l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale et plusieurs autres ONG appuient l'idée que le gouvernement fédéral prenne l'initiative et instaure une stratégie nationale. La stratégie nationale que nous réclamons correspond à un processus à plusieurs étapes, relativement simple, qui passe d'abord par l'augmentation du niveau de surveillance pour savoir exactement ce à quoi nous avons affaire. La plupart des chiffres dont nous disposons n'ont pas de fondement scientifique. Il faut consacrer davantage de fonds à la recherche et faire en sorte que le gouvernement fédéral s'engage dans la prestation d'un programme de sensibilisation et, de façon plus générale, qu'il assume un rôle de premier plan en fixant des orientations aux provinces.

Personnellement, j'irais un peu plus loin étant donné que notre actuel premier ministre s'est dit prêt à accorder des fonds conditionnels. Il est normal d'exiger des comptes et d'obtenir un bon rendement de l'investissement, comme nous l'avons dit aujourd'hui. La mise en œuvre d'une stratégie nationale fédérale ferait beaucoup pour lutter contre la stigmatisation. Ce serait un modèle de référence pour le reste du Canada à qui l'on dirait «Voici ce à quoi nous devons faire attention». Je dirais aux autres premiers ministres provinciaux et à leurs ministres de la Santé qu'ils doivent, enfin, prendre cela au sérieux. Il faut savoir que nous appuyons tous cette idée force d'une stratégie nationale dont il est question dans plusieurs documents que possède le personnel de recherche.

Mme Marrett: Nous sommes tout à fait favorables à une telle stratégie et nous croyons en son importance, surtout si elle est coordonnée à l'échelle nationale.

Avec votre autre question, vous vouliez savoir si nous pourrions accroître la capacité du secteur bénévole dans le milieu de la santé mentale. Il y a trois ou quatre ans de cela, le gouvernement fédéral a annoncé une initiative du secteur bénévole. Il s'agissait d'un projet de 94,6 millions de dollars destiné à aider le secteur et à travailler avec lui dans différents dossiers d'intérêt commun. Il en est ressorti plusieurs choses excellentes.

Le milieu de la santé mentale est confronté à un défi unique puisqu'il est en mesure de contribuer au travail de formulation des politiques à l'invitation du gouvernement, d'une façon différente, d'où l'une de nos recommandations. Cela va dans le sens de l'engagement du gouvernement fédéral envers le secteur bénévole. Une telle stratégie reconnaîtrait aussi les défis tout à fait particuliers que le milieu de la santé mentale est en mesure de relever. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada n'est pas très importante, comparativement à d'autres organisations du secteur bénévole, comme la Société canadienne de schizophrénie ou l'Association canadienne des troubles anxieux. Le manque de capacité est l'un des plus importants problèmes auxquels nous sommes confrontés dans le secteur bénévole. Si nous trouvions une façon d'aider les organisations à se doter d'une telle capacité, nous pourrions plus activement participer à la formulation de politiques, ce qui est fondamental si le gouvernement est sérieux

getting and hearing the various voices on that particular issue that they are dealing with — certainly on the issues related to mental health.

There are a number of other consumer organizations, and their capacity is also very limited to be able to become actively involved in policy development. All of the organizations want to become more actively involved but are absolutely limited by that. It seemed to follow very much along the lines of the government's commitment to the voluntary sector as a whole, particularly through the voluntary sector initiative.

Senator Cook: Given that we are people who live in communities, large or small, in order to move through this complex system of governance — if that is what it is — I am always searching for a way. Is the way, in part or in whole, through the premiers' council? Would that be a linkage? Will it be the new national plan that has been unfolded for public health that came into being primarily as a result of SARS? Could that be a vehicle for change and innovation to help this? What about integration of the NGOs? I have heard from the three of you today, who are all doing worthwhile work. Is that part of a new model, new innovation? Those are my questions.

Mr. McLean: The first step — and we are all very hopeful that this will happen — is that your committee will develop and support a national mental health plan and a set of policy guidelines. There is no silver bullet. It will not go necessarily one way or the other but will go out in many different directions, including the premiers' council, so that it is really clear what the importance of this, in your view, would be. I think that would be a wonderful jump ahead.

Having said that, the organizations that we all represent are volunteer organizations. We get our funding from wherever we can, for example, membership drives, cake sales — in our case, carol ship cruises at Christmas to raise funds. We have to ask ourselves what is practical. Going back to your point, there may be a possibility of you asking or expecting or setting as a target guideline for provincial health organizations to operationalize, through groups such as our own.

I will tell you about one program, briefly. We have a program called LEAF, which our provincial association started. It stands for Living Effectively with Anxiety and Fear. We developed it because of the lack of treatment capacity.

We brought in people on the Weight Watchers model who had previously had a disorder, for example, a panic disorder or agoraphobia, and overcame it. We paired them, trained them and gave them treatment models. We had them go out to their communities across the province and look for church halls or schools, somewhere that did not cost money, and run a bit of advertising, typically a public service announcement. We had them run a consecutive 12-week, once a week in the evening, two-hour program. The trick was that we provided consultation, from a specialist point of view. They could call us if they were having difficulty, if they had a question about diagnosis or about

quand il dit qu'il veut entendre les diverses voix désireuses de s'exprimer sur les questions qui l'intéressent, questions dont fait bien sûr partie la santé mentale.

Nombre d'autres organismes de consommateur ont une capacité trop limitée pour pouvoir véritablement participer à la formulation de politiques. Toutes les organisations veulent activement participer mais elles sont limitées par manque de moyens. Cela semble rejoindre l'intention du gouvernement qui est d'aider le secteur bénévole dans son ensemble, surtout par le truchement de l'initiative sur le secteur bénévole.

Le sénateur Cook: Étant donné que nous résidons tous dans des petites ou grandes collectivités, je me demande comment parvenir à naviguer dans ce système complexe de gouvernance, si c'est bien le cas. Cela se fera-t-il en partie ou principalement par le biais du conseil des premiers ministres? Aurait-on un lien à ce niveau-là? Cela se fera-t-il par le truchement d'un nouveau plan national qui a principalement été mis en œuvre dans le sillage du SRAS? Est-ce que ce pourrait être véhicule de changement et d'innovation? Que dire aussi de l'intégration des ONG? J'ai entendu vos déclarations, à vous trois qui faites tous œuvre utile. Cela fait-il partie du nouveau modèle, de la nouvelle innovation? Voilà mes questions.

M. McLean: La première étape — et nous espérons tous qu'elle se produira — c'est que votre comité élabore et appuie un plan national en santé mentale et un ensemble de directives politiques. Il n'y a pas de recette magique. Les choses n'iront pas uniquement dans un sens ou dans l'autre, mais dans plusieurs directions à la fois, notamment avec le conseil des premiers ministres et vous avez une bonne idée de l'importance que cela revêt. Je crois que ce serait un progrès fantastique.

Cela dit, les organisations que nous représentons sont des organismes bénévoles. Nous allons chercher notre financement là où nous pouvons, par exemple en recrutant des membres, en vendant des gâteaux et, dans notre cas, en organisant des croisières à Noël à titre de campagne de financement. Nous devons nous demander ce qui est pratique. Pour en revenir à ce que vous disiez, vous pourriez peut-être demander ou fixer un objectif aux organisations provinciales de la santé pour opérationnaliser tout cela par le biais de groupes comme le nôtre.

Je vais brièvement vous parler du LEAF que nous administrons, pour «Living Effectively with Anxiety and Fear», autrement dit Vivre bien malgré l'anxiété et la peur. C'est notre association provinciale qui l'a lancé parce que la capacité de traitement était insuffisante.

Nous avons rassemblé des gens qui avaient guéri de tels troubles dans le passé, comme des troubles de panique ou d'agoraphobie, un peu sur le modèle de Weight Watchers. Nous les avons jumelés, les avons formés et leur avons donné les modèles de traitement. Nous leur avons demandé de silloner les villes et villages de la province et de trouver des salles paroissiales ou des écoles, autrement dit des lieux ne coûtant pas très cher, et de faire un peu de publicité, le plus souvent sous la forme d'annonces publiques. Nous leur avons demandé de faire cela pendant 12 semaines de suite, une fois par semaine en soirée à raison de deux heures à chaque fois. L'astuce consistait à donner

how to proceed with an individual person, and so on. We were absolutely surprised at the outcomes. These are open trials, as opposed to random controlled trials. We are getting people back to work, off disability — it is just astonishing. It is in the community — the people are credible who are already there.

That is a model that we would like to cookie cutter across. We are talking with CMHA provincially to see if there is something that we might do collaboratively. That is the kind of model that I would like to see our province support. The finances are not significant here. It is the will for cooperation between the government, the NGOs and other groups, including private groups that have the ideas and the commitment to making these things work.

Mr. Gray: Could I just make a comment about your question about integration? I think what you are seeing here is an example of that. We have members here — there are now 13 members in the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. As individual organizations, schizophrenia, anxiety and so on, we represent particular constituents; but as an integrated body, we belong to the Canadian alliance.

It is a bit like within the physical sphere: We have heart and lung, cancer and various other societies with a concern about a particular disorder or illness. In fact, I do not think they are as well integrated as we are. Certainly, at the federal level we have this well-integrated organization.

In the provinces, it varies. Alberta has a strong one. It is not as well organized in B.C., and I do not know about the others. However, in essence, at this level, we have a fairly effective, integrated group. If you wanted to pick just one person to talk to, you would talk to Mr. Upshall as the chair of our particular alliance.

Ms. Marrett: In response to some of your comments, I would not want to see the committee put all their eggs in one basket by working through the premiers' council. That is one of many different avenues. One of the things we all need to do — and certainly at the Canadian Mental Health Association, we are trying very hard to do — is think out of the box. Think about other organizations or other individuals that you would not normally go to to talk to about the issues related to mental health.

One example is the Canadian Federation of Municipalities. In the end, municipalities bear the brunt of many issues related to mental health. We are initiating conversations with them to talk about where we may see some synergies together in order to be able to effectively address issues of concern that actually are of common concern, although we may not have seen it in that way before. It is ways such as that that we will be able to see a real influence and see some real change.

les consultations, d'un point de vue de spécialistes. Ces gens-là pouvaient nous appeler en cas de difficulté, pour nous poser une question au sujet d'un diagnostic ou pour savoir comment s'y prendre face à telle ou telle personne. Nous avons été très étonnés des résultats. Il s'agit d'essais ouverts, plutôt que d'essais aléatoires réalisés en condition de contrôle. Nous ramenons les gens au travail, nous les tirons de leur invalidité — c'est tout simplement étonnant. Tout cela se passe au niveau de la collectivité et ce sont des gens crédibles qui s'en occupent.

Voilà un modèle que nous aimerions reproduire partout. Nous sommes en liaison avec les ACSM provinciales pour étudier ce que nous pourrions faire ensemble. Voilà le genre de modèle que j'aimerais que notre province appuie. Les budgets ne sont pas très importants dans ce cas. Le tout fonctionne surtout grâce à la collaboration entre les gouvernements, les ONG et des groupes, notamment ceux du secteur privé, qui ont les idées et la détermination nécessaires.

M. Gray: J'aimerais réagir au sujet de votre question sur l'intégration. Je crois que vous êtes en train d'en voir un exemple ici. Vous avez ici 13 membres de l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale. Les organisations individuelles représentent des clientèles particulières, par exemple dans le cas de la schizophrénie, de l'anxiété, ainsi de suite, mais nous appartenons tous à l'Alliance canadienne.

C'est un peu comme si nous étions dans une sphère physique: on retrouve des sociétés qui s'occupent du cœur et des poumons, du cancer et d'autres troubles ou maladies. D'ailleurs, je ne pense pas que ces sociétés soient aussi intégrées que nous. Nous avons une organisation parfaitement intégrée au niveau fédéral.

Dans les provinces, cela varie. L'Alberta est fortement intégrée. Les choses ne sont pas très bien organisées en Colombie-Britannique et je ne sais pas ce se passe ailleurs. Quoi qu'il en soit, à cet échelon, nous avons réussi à constituer un groupe intégré relativement efficace. Si vous voulez parler à une seule personne, vous pouvez vous adresser à M. Upshall qui préside notre alliance.

Mme Marrett: Pour répondre à certains de vos commentaires, j'aimerais que le comité mette tous ses œufs dans le même panier en travaillant par le biais du conseil des premiers ministres. C'est là une des nombreuses pistes possibles. Il y a une chose que nous devons tous faire — et à l'Association canadienne pour la santé mentale, nous essayons très fort d'y parvenir — c'est de sortir des cadres établis. Songez aux autres organisations ou aux autres individus à qui vous vous adresseriez normalement sur les questions de santé mentale.

Il y a, par exemple, la Fédération canadienne des municipalités. Au bout du compte, ce sont les municipalités qui subissent l'essentiel des problèmes liés à la santé mentale. Nous avons entrepris des discussions avec elles pour essayer de dégager certaines synergies et être en mesure de nous attaquer efficacement aux questions qui nous préoccupent les uns et les autres, même si nous n'avons pas forcément envisagé la chose de cette façon auparavant. C'est en procédant ainsi que nous parviendrons à voir les véritables influences et à constater de vrais changements.

Senator Cook: I throw out the question, because for 30 years I have been a volunteer on a community-based board, running a social centre that arose when de-institutionalization came about. It has evolved into a cohesive community doing wonderful things. We are not connected to anybody. We are just there. We offer the service and I think we do great advocacy for our consumers. We are not connected to anybody.

Senator Keon: First of all, I wanted to tell you that I am sorry that I could not be here for the entire meeting. Senator Morin and I had to attend another committee and we just could not get here on time.

You raised the question of the private sector. It is very interesting that here in Ottawa there is an institutional experiment with the private sector. You may not be aware of it, but I will tell you about it and hear your comments.

The Royal Ottawa Hospital has gone to the private sector and asked a private corporation to build a new hospital. In other words, they will provide the hotel functions of the Royal Ottawa Hospital and the Royal Ottawa Hospital will provide the program functions. How this will all work out, I do not know, but it certainly is something totally new and different.

I appreciate your reference to the private-sector involvement with something totally different down at the delivery end. I think that will become necessary also, but it is something totally different.

I wanted to hear your comments about how reasonable you think it is for the institutional sector to be going to the private sector to fundamentally have the private sector provide the hotel functions of their programs?

Mr. McLean: I am unfamiliar with the one that you mentioned, but it is not surprising. I think when we bifurcate into entirely private or entirely public, we run the risk of getting the worst of either world. It is appealing to me, as I have seen in other jurisdictions, where you have a partnership, where there is input and there are clear performance expectations and mechanisms for intervention and cooperation all the way through. I think that allows us to have the innovation that can occur in the private sector, and we can share that with public sector.

I was thinking not so much of the building infrastructure per se as the program part, only because it is simply not available. I think it needs to be cooperatively managed, at some level. Otherwise, it puts so many Canadians in a hopeless position — they simply cannot get treatment.

Right now, it is being solved with anxiety disorders in a private way, but an unsatisfactory way, I would suggest, because they are going state-side for treatment. The difficulty is that it can be provided cheaper here, I think, and it does not help to have

Le sénateur Cook: Je voudrais poser cette question, parce que je siège bénévolement à un conseil communautaire depuis 30 ans, conseil qui administre un centre social créé dans la foulée de la désinstitutionnalisation. Ce centre est devenu un projet communautaire cohérent qui fait des choses merveilleuses. Nous n'avons de lien avec personne en particulier. Nous existons, c'est tout. Nous offrons les services et je pense que nous faisons beaucoup pour les clients que nous représentons. Nous ne sommes rattachés à personne.

Le sénateur Keon: Tout d'abord, je tenais à vous dire à quel point je suis désolé de ne pas avoir assisté à toute la réunion. Le sénateur Morin et moi-même avons dû participer à un autre comité et n'avons pu nous rendre ici à temps.

Vous avez parlé du secteur privé. Chose intéressante, nous sommes en train, à Ottawa, de mener une expérience institutionnelle avec le secteur privé. Vous n'êtes peut-être pas au courant, mais je vais vous dire ce dont il s'agit et vous me direz ensuite ce que vous en pensez.

L'Hôpital Royal d'Ottawa s'est tourné vers le secteur privé pour demander à une société de lui bâtir un nouvel établissement. Autrement dit, le secteur privé s'occupera des fonctions de résidence de l'Hôpital Royal d'Ottawa qui, lui, se chargera de l'administration des programmes. Je ne sais pas comment les choses vont fonctionner, mais c'est une formule totalement nouvelle et différente.

Je comprends votre allusion aux partenariats secteur privé-secteur public pour parvenir à une formule totalement différente au niveau de la prestation des services. Je pense que cela sera également nécessaire, mais c'est quelque chose d'entièrement différent.

J'aimerais que vous me disiez, selon vous, s'il est raisonnable que le secteur institutionnel se tourne vers le secteur privé pour lui confier les fonctions d'hébergement des programmes qu'il administre?

M. McLean: Je ne connais pas l'exemple dont vous avez parlé, mais ce n'est pas étonnant. Quand on opte pour une formule entièrement administrée par le secteur privé ou par le secteur public, on risque d'avoir le pire des deux mondes. J'aime les partenariats, comme j'ai pu le constater dans d'autres provinces, où l'on peut participer, où l'on s'attend à des résultats et où il existe des mécanismes d'intervention et de collaboration à tous les échelons. Le partenariat est une formule qui permet de profiter de l'innovation caractéristique du secteur privé et de la mettre au service du secteur public.

Je ne pensais pas tant à l'aspect «structures» qu'à la prestation des services qui ne sont actuellement pas offerts. Il faut administrer ces services en collaboration avec d'autres, à un échelon ou à un autre. Sinon, beaucoup trop de Canadiens se retrouvent dans une situation désespérée parce qu'ils ne peuvent pas obtenir les traitements nécessaires.

Pour l'instant, dans le cas des troubles anxieux, nous nous tournons vers le secteur privé, mais j'estime que la formule n'est pas satisfaisante parce que celui-ci se tourne vers l'État pour tout ce qui est traitement. La difficulté tient au fait que les traitements

intensive treatment outside of your jurisdiction and come back and not have local follow-up. It is much like drug or alcohol rehabilitation. A better way of providing regional centres for that in a 3-P model is very worth exploring.

Ms. Marrett: One of the things we always need to do is look at some of the experiences that have taken place. One example is in Ontario with the Victorian Order of Nurses, where the government went into a much more private mode. Many of the services that the VON provided — they lost the contracts with government from a service point of view — are no longer provided in many communities to that extent. I would caution us to ensure that we examined all of that in order to learn from that — should we go down that road? In the end, communities have suffered, and they continue to, because what the private sector is offering is not at all what the VON was offering as a whole. There is nobody else, no other organization that replaces that. I would caution us to look at it. I have heard a little bit about the Royal Ottawa Hospital experience, but I do not know enough about it at this point to comment specifically on that.

Senator Callbeck: Thank you very much. I wanted to follow up on something that Mr. Upshall said in his brief.

There is a recommendation here regarding the development of a national strategy, and you said you would like to see this in our final report. The recommendation is a group of deputy ministers at the federal level, and they would have a committee — I believe you called it a blue panel committee — that would advise them.

Who would be on that? What would be the makeup of that committee? What type of qualifications are you looking for?

Mr. Upshall: You are looking at them right here — the people who have their hands dirty in this field, who know the needs, and who can provide the advocacy that is necessary to infuse the deputy minister with great vigour and enthusiasm for doing a good job.

Senator Callbeck: What about the provinces? Would they have input for this?

Mr. Upshall: Not for the national strategy, but as you roll out a national strategy, it will require the involvement of the provincial ministries of health and other ministries, because obviously you will not have the necessary impact.

To start, the federal government has within its own capacity the ability to establish a strategy, start on surveillance and change methodologies and corrections in the homeless area. There are all sorts of opportunities for the federal government to take leadership through additional funding towards research and involving the provinces as partners in the delivery of the services and tying funding to them.

peuvent être offerts à un moindre coût ici et qu'il ne sert à rien d'envoyer des patients hors de la province pour subir des traitements intensifs puis de les rapatrier sans pouvoir leur offrir les services de suivi. C'est un peu comme dans le cas des cures de désintoxication des alcooliques ou des toxicomanes. Le mieux serait d'envisager l'application d'un modèle du type 3P dans les centres régionaux.

Mme Marrett: Ce qu'il faut faire; il faut étudier certaines des expériences qui ont déjà eu lieu. Prenons, par exemple, ce qu'a fait le gouvernement de l'Ontario quand il a décidé de privatiser davantage les services qu'offrirait jusqu'alors l'Ordre de Victoria du Canada. Un grand nombre de services offerts par VON — qui a perdu les contrats du gouvernement — ne sont plus dispensés dans de nombreuses collectivités. Je ferais donc une mise en garde: nous devons examiner cette situation pour en tirer les enseignements et nous demander si cela correspond à la formule que nous voulons appliquer. Au bout du compte, ce sont les collectivités qui ont souffert dans ce cas et elles continuent à souffrir parce que le secteur privé n'offre pas tous les services qu'offrirait VON. Il n'y a personne d'autre, aucune autre organisation qui remplace VON. Je fais une mise en garde parce qu'il faut bien examiner la chose. J'ai un peu entendu parler de l'expérience de l'Hôpital Royal d'Ottawa, mais je n'en connais actuellement pas assez pour vous faire part de mes réactions.

Le sénateur Callbeck: Merci beaucoup. Je voulais enchaîner sur un point qui apparaît dans le mémoire de M. Upshall.

Vous recommandez ici d'élaborer une stratégie nationale et vous voudriez que cela se retrouve dans notre rapport final. Vous recommandez la mise sur pied d'un groupe interministériel, au niveau de sous-ministre, qui serait conseiller par un conseil d'administration composé de personnalités — vous parlez en français d'«aréopage».

Qui siègerait à ce comité? De qui serait-il constitué? Quels genres de compétences recherchez-vous?

M. Upshall: Vous avez ces gens-là devant vous — ce sont ceux et celles qui travaillent sur le terrain, qui connaissent les besoins, qui peuvent intervenir quand cela est nécessaire pour instiller davantage de vigueur et d'enthousiasme aux sous-ministres afin qu'ils fassent du bon travail.

Le sénateur Callbeck: Et les provinces? Ont-elles leur mot à dire?

M. Upshall: Pas à l'étape de l'élaboration de la stratégie nationale, mais au moment où elle sera mise en œuvre, oui. Les ministères provinciaux de la Santé et les autres ministères devront y participer, sinon, vous n'obtiendrez pas l'effet recherché.

Pour commencer, le gouvernement fédéral est en mesure d'arrêter une stratégie, à commencer par la surveillance et les changements de méthodologie de même que par les correctifs à apporter dans le secteur de l'itinérance. Le gouvernement fédéral pourrait donc assumer un rôle de leadership sur bien des plans en versant des fonds supplémentaires au titre de la recherche et en invitant les provinces à travailler en partenariat avec lui à la prestation de services, l'octroi du financement étant conditionné à la prestation de ces services.

At the outset, you want to do something that is not antagonistic towards the provincial governments, and none of our recommendations are, but it is a start. We need a start. We have to stop the discussions and move forward on action.

Senator Callbeck: You would not involve the provinces until you start to implement the plan?

Mr. Upshall: I would like to see a commitment by the federal government to move forward within its own area of jurisdiction, followed very quickly by meaningful provincial consultations. I am not saying that the federal government move forward and thumb its nose at the provincial government, but the reality is that the federal government needs to exercise leadership. The national strategy would not be an independent federal model. However, there are many federal-provincial strategies. For example, there is the Australian strategy that you heard about last week that we could model it on.

Senator Callbeck: Has there been a past attempt to develop a national strategy of mental health within Canada?

Mr. Upshall: Not at the national level, to my knowledge. About 40 years ago, commissioner Hall said it is the biggest issue, and I do not think we have made any progress. Provincially, the only province that I know well is Ontario — which has had their mental health implementation task forces. However it has not done anything for the people on the ground. Alberta has undertaken some major structural changes, and to their benefit they have recognized some problems within it and they are trying to change it. However, a lot of the cost savings have been achieved on the backs of people without a voice, and that is the people with mental illnesses.

The Deputy Chairman: On behalf of all of my colleagues, I wish to thank our witnesses. We have had two hours of excellent presentations and questions. Thank you all for attending here.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, May 13, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 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.

[English]

Mr. Daniel Charbonneau, Clerk of the Committee: Honourable senators, it is my duty to inform you of the unavoidable absence of the Chair and Deputy Chair. Therefore, pursuant to the rules of the Senate, I am prepared to take nominations for an acting chair.

Au début, il faut veiller à ne pas s'aliéner les gouvernements provinciaux, ce que nous évitons avec nos recommandations, mais c'est un début. Il faut commencer quelque part. Nous devons arrêter de palabrer et passer aux actes.

Le sénateur Callbeck: Vous ne voulez pas faire appel aux provinces avant l'étape de la mise en œuvre du plan?

M. Upshall: J'aimerais que le gouvernement fédéral s'engage à aller de l'avant dans son propre champ de compétence et qu'il enchaîne très rapidement par la tenue de véritables consultations avec les provinces. Je ne dis pas que le gouvernement fédéral doit faire un pied de nez aux gouvernements provinciaux, mais dans les faits, c'est lui qui doit faire preuve de leadership. La stratégie nationale ne serait pas en marge du modèle fédéral. Il existe de nombreuses autres stratégies fédérales-provinciales. C'est le cas, par exemple, en Australie, cas dont on vous a parlé la semaine dernière et dont nous pourrions reprendre le modèle.

Le sénateur Callbeck: A-t-on, dans le passé, déjà essayé d'élaborer une stratégie nationale dans le domaine de la santé mentale au Canada?

M. Upshall: À ma connaissance, pas à l'échelon national. Il y a une quarantaine d'années, le commissaire Hall a dit que c'était le plus gros problème de l'époque, et je ne pense pas que nous avons progressé depuis lors. À l'échelle provinciale, il n'y a que l'Ontario, que je connais bien, qui dispose d'un groupe de travail chargé de mettre en œuvre une stratégie en santé mentale. Cependant, rien n'est fait pour les gens sur le terrain. L'Alberta a entrepris d'importants changements structurels et il faut accorder à cette province qu'elle a pris acte de certains problèmes et qu'elle essaie de changer les choses. Il demeure qu'une grande partie des économies a été réalisée sur le dos des grands muets de la société, c'est-à-dire de ceux qui souffrent de maladies mentales.

La vice-présidente: Au nom de tous mes collègues, je tiens à remercier nos témoins. Nous venons d'avoir deux heures d'excellents échanges constitués d'exposés et de questions. Merci à vous tous de vous être rendus à notre invitation.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 13 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

[Traduction]

M. Daniel Charbonneau, greffier du comité: Honorables sénateurs, il est de mon devoir de vous informer de l'absence forcée du président et du vice-président. En conséquence et conformément au Règlement du Sénat, je suis prêt à recevoir les nominations au poste de président suppléant.

Senator Cordy: I would like to nominate Senator Morin to act as chair for today's meetings.

Mr. Charbonneau: It is moved by Senator Cordy to appoint Senator Morin as acting chair for today's meeting. Is it your pleasure, honourable senators to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Senator Yves Morin (*Acting Chairman*) in the Chair.

The Acting Chairman: This morning we are pursuing our study on mental health. It is an important issue.

I thank you very much for appearing before us. I think that you have agreed on the order of your presentations. We would like to have from you a short presentation, and then we will have time for questions afterwards.

We will begin with Dr. Kirmayer from the Department of Psychiatry at McGill. He will be followed by Ms. Restoule and Dr. Wieman.

Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill University: Honourable senators, I will try to keep my presentation brief. I sent along some slides and I will skip over some of them to stay within the time allotted.

I will give you some background information on what we know or do not know about the level of mental health problems in the Aboriginal population in Canada. I will raise some conceptual issues that are important for the design and delivery of health services and health promotion. We will be able to come back to a variety of issues as we move through the presentation.

I direct a program in cultural psychiatry that is mainly centred on raising questions about the relevance of mental health concepts and services cross culturally. That applies to the multicultural population of Canada, including Aboriginal peoples, immigrants and refugees, as well as to international work. I will be talking specifically about my own and other people's work relating to Aboriginal peoples. Some of the conceptual issues and the implementation of services are very similar across these different domains.

I will touch briefly on what is covered in talking about mental health and mental illness as an important continuum or set of contrasts for Aboriginal peoples and the gaps in knowledge that exist. As you will hear in a moment, we do not know a great many things that we need to know to plan services that will be effective.

I will talk briefly about suicide as an index of problems. That is one thing that we know a fair bit about. I think the other witnesses will speak to unique issues of mental health for Aboriginals. There are common issues for all Canadians, but there are specific issues for Aboriginal communities and populations. I will briefly touch on gaps in services because I know that this will be a focus the other presentations. I will also cover what is known generally about culturally appropriate models of intervention. One size

Le sénateur Cordy: Je propose que le sénateur Morin occupe le poste de président pour la réunion d'aujourd'hui.

M. Charbonneau: Il est proposé par le sénateur Cordy que le sénateur Morin occupe le poste de président suppléant pour la réunion d'aujourd'hui. Honorables sénateurs, êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le sénateur Yves Morin (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

Le président suppléant: Nous poursuivons ce matin notre étude sur la santé mentale. C'est une question importante.

Merci beaucoup de comparaître devant nous. Je crois que vous avez convenu de l'ordre de vos exposés. Nous vous demandons de faire un bref exposé afin qu'il y ait assez de temps pour les questions.

Nous commençons par le Dr Kirmayer, du département de psychiatrie de l'Université McGill. Il sera suivi de Mme Restoule et de la Dre Wieman.

Le Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, Université McGill: Honorables sénateurs, j'essaierai d'être bref. J'ai apporté quelques diapositives, je ne les utiliserai pas toutes afin de ne pas dépasser mon temps de parole.

Je passerai en revue ce que nous savons ou ne savons pas des problèmes de santé mentale de la population autochtone au Canada. Je soulèverai des questions conceptuelles importantes pour l'élaboration et la prestation des services de santé et pour la promotion de la santé. Tout au long de l'exposé, nous aurons l'occasion de revenir sur certaines questions.

Je dirige un programme de psychiatrie culturelle visant essentiellement à soulever les questions relatives à la pertinence des concepts et des services de santé mentale transculturellement. Ce programme concerne la population multiculturelle du Canada, y compris les Autochtones, les immigrants, les réfugiés et porte aussi sur les travaux à l'échelle internationale. Je parlerai surtout de mes travaux et de ceux d'autres personnes sur les Autochtones. Dans ces différents domaines, certaines questions conceptuelles et la mise en œuvre de services sont très similaires.

Je passerai rapidement sur ce qui a été dit au sujet de la santé mentale et la maladie mentale en tant que continuum ou série de contrastes importants pour les Autochtones et les écarts de connaissance qui existent. Comme vous allez l'entendre dans un instant, beaucoup d'éléments nécessaires à l'élaboration de services efficaces nous sont inconnus.

Je parlerai brièvement du suicide comme indice de problèmes, un domaine que nous connaissons bien. Je crois que les autres témoins traiteront de questions spécifiques à la santé mentale des Autochtones. Ces questions concernent tous les Canadiens, cependant, certaines sont spécifiques aux collectivités et populations autochtones. J'aborderai brièvement les disparités au niveau des services, car je sais que d'autres exposés ont en fait leur thème principal. Je parlerai de nos connaissances générales des modèles d'intervention adaptés culturellement. Il n'y a pas de

does not fit all. There must be some serious consideration of people's backgrounds, language and so on to provide effective services.

I will skip over the information on the demography of Aboriginal peoples; the main point is simply that there is a significant amount of diversity. The Aboriginal population suffers from substantially poorer physical and mental health than the average Canadian. I will not belabour the statistics on this slide. I think they are very important figures, but I assume the committee has access to much information on this subject.

There is a significant amount of missing information in respect of the range of mental health problems. There have been no studies to date that have really used up-to-date psychiatric epidemiological methods to estimate the range of psychiatric disorders in Aboriginal communities. Instead, we have health surveys that ask some general questions about people's understanding of their problems, their experience and their sense of what the dominant problems are.

One major innovation that has occurred in contemporary psychiatry is the development of structured diagnostic methods and needs assessments, so that one can get a better sense of the specific needs of a population. This is important for Aboriginal peoples because there is a broad range of issues and concerns that people have, which, at one end, include severe major psychiatric disorders such as chronic illnesses, schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder. At the other end, they shade into common problems, such as family problems and marital problems, domestic violence and other kinds of social and everyday problems that may be quite prevalent and usually fall within the purview of mental health care systems. When people use the terms "mental health" and "mental illness," they should think not only of the smaller area of very severe disorders, but also the much larger area of milder conditions, many of which are perhaps not medical conditions. They need to be understood in other frameworks such as social work, community development and others.

That highlights the broad territory that is covered when one talks of mental health. In developing a mental health plan, the Assembly of First Nations and the Inuit Tapirisat talk about "mental wellness" in a broader sense because it goes beyond affliction to include positive aspirations for health. In psychiatry, we are predominantly concerned with the more severe end of the spectrum but the techniques and approaches can span the gamut.

There is no really good psychiatric epidemiology that provides definitive figures. There are many studies that look at clinical samples when people are doing consultation work or there is a demographic actually seeking help. Those show a broad range of problems and probably higher prevalence rates, but you cannot be certain about community prevalence rates from clinical samples.

We do have good evidence in the area of suicide where it is clear that some, though not all, First Nations and Inuit communities have elevated rates of suicide behaviour, people

solution unique. Les antécédents des gens, leur langage, et cetera doivent faire l'objet d'un examen sérieux si l'on veut une prestation de services efficace.

Je sauterai les données démographiques des Autochtones; ce qui est important de retenir, c'est la grande diversité. La population autochtone a plus de problèmes de santé physique et mentale que la population en général. Je ne m'étendrai pas sur les statistiques de cette diapositive. Je pense qu'elles sont importantes, mais je suppose que le comité a accès à beaucoup de renseignements sur ce sujet.

Nous manquons beaucoup de renseignements sur l'éventail des problèmes de santé mentale. À ce jour, aucune étude n'a vraiment utilisé des méthodes épidémiologiques psychiatriques récentes pour évaluer le taux des troubles mentaux dans les collectivités autochtones. Il y a, plutôt, des enquêtes sur la santé concernant la façon dont les gens comprennent leurs problèmes, leur expérience et ce qu'ils estiment être leurs problèmes essentiels.

Le développement de méthodes structurées au niveau du diagnostique et de l'évaluation des besoins permettant une meilleure compréhension des besoins spécifiques à une population est une importante innovation de la psychiatrie contemporaine. Cela est significatif pour les Autochtones à cause du large éventail de problèmes et de préoccupations incluant, d'un côté, des troubles mentaux majeurs sévères, par exemple: les maladies chroniques, la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles dépressifs majeurs. Et, de l'autre côté, des problèmes courants tels que les problèmes familiaux et conjugaux, la violence familiale et toutes sortes de problèmes sociaux et quotidiens pouvant être assez graves et relevant habituellement des systèmes de soins de santé mentale. Quand les gens utilisent les termes «santé mentale» et «maladie mentale», ils ne devraient pas penser seulement à un petit nombre de troubles très sévères, mais à un plus grand nombre d'états mentaux moins graves dont beaucoup ne sont pas pathologiques et, qui doivent être traités dans des cadres différents tels que le travail social, le développement communautaire, et cetera..

Donc, la santé mentale couvre un territoire plus large. Dans l'élaboration d'un plan de santé mentale, l'Assemblée des Premières nations et les Inuits Tapirisat donnent au terme «bien-être mental» un sens plus large, car il va au-delà de l'affliction pour inclure la volonté d'être en bonne santé. En psychiatrie, nous nous préoccupons essentiellement des troubles les plus sévères, mais les techniques et les approches s'étendent à toute la gamme.

Il n'y a pas vraiment de bonne épidémiologie psychiatrique qui donne des chiffres définitifs. De nombreuses études se fondent sur les échantillons cliniques de gens qui vont en consultation ou lorsqu'un groupe cherche de l'aide. Ces études indiquent un large éventail de problèmes et, probablement, des taux de prévalence plus élevés, mais on ne peut pas se fier aux taux de prévalence de la collectivité à partir d'échantillons cliniques.

Pour ce qui est du suicide, les preuves indiquent clairement que certaines, mais pas toutes, collectivités des Premières nations et des Inuits ont des taux élevés de suicide, de personnes qui se sont

dying by suicide and suicide attempts. I will not belabour this because a significant amount of literature is available. This has been a significant concern in many communities.

There is wide variation across communities, which is important because it points to the possibility that there are characteristics of certain communities that are protective. This is not something that has affected every community the same way.

The next slides show that the overall rate of suicide, based on data from Health Canada on status Indians, is higher than in the general population and has been consistently higher for several decades. In a number of communities — notably among the Inuit in Nunavut, Nunavik, and in Anishnawbe communities the rates have continued to rise in recent years. This is a matter of concern because there has been some provision of services and interventions but many communities have not been able to get a handle on this problem.

The Chairman: May I interject here? Your slide shows the number of suicides and it is a real catastrophe. Is it a real curve? Is it because we now report more, or is there, in fact, such an increase?

Dr. Kirmayer: There definitely is such an increase. In small communities, very little escapes attention. There are issues on what is labelled a suicide. There may be variations in identification that would cause some inflation. Even when one corrects for both that and for population growth that is quite rapid in many of these communities, there is a real increase in suicide rates in Inuit territory and in some First Nations communities.

There are some communities with a hint of stabilization, if not an actual decrease based on data from B.C. bands. This variation is important. We can say overall that there is this very alarming problem that has existed for decades. The suicide rate is increasing, even while increased attention has begun to be brought to the problem. However, there is variation and we have the potential to learn a lot from that. Something can be learned about community wellness and particular historical circumstances that have led some communities to do better. There may be very important clues.

This raises a general issue: Mental health perspectives tend to be focused on the individual and on individual vulnerability and affliction. This kind of data really points to the working of social forces — things that are affecting entire generations of people and we need to conceptualize it in that way. Within this pattern there is individual vulnerability; not everyone is affected the same way by the same adversity. However, the overall high rate suggests that many people are being affected and that there are things that lie outside of the individual that are at play. We have the challenge to characterize social forces and to think about ways of helping people to take that in hand.

Suicide is primarily a problem among young people, age 15 to 24. It is primarily a problem of males. Women are also affected. An excess of women in First Nations and Inuit are

suicidées ou qui ont tenté de le faire. Je ne m'entendrais pas là-dessus, car il y a une ample documentation à ce sujet. C'est un sujet de préoccupation important dans de nombreuses collectivités.

Il y a de grandes différences entre les collectivités, c'est important car cela laisse supposer la présence de facteurs de protection au sein de certaines collectivités. Les collectivités n'ont pas été touchées de la même façon.

Les diapositives qui suivent montrent que le taux global de suicides, calculé à partir des données de Santé Canada, chez les Indiens inscrits est supérieur à celui de l'ensemble de la population et a été systématiquement plus élevé depuis plusieurs décennies. Dans certaines collectivités, notamment celles des Inuits du Nunavut, du Nunavik et dans les collectivités Anishnawbe, les taux ont continué à augmenter au cours des dernières années. C'est un problème, car il y a eu des prestations de services et des interventions, mais de nombreuses collectivités n'ont pas pu régler ce problème.

Le président: Puis-je intervenir? Votre diapositive montre le nombre de suicides et c'est vraiment désastreux. Est-ce une vraie courbe? Est-ce dû au fait que les suicides sont plus signalés maintenant ou au fait qu'ils augmentent effectivement?

Le Dr Kirmayer: Il y a vraiment une augmentation. Dans les petites collectivités, très peu de choses passent inaperçues. Des questions se posent sur ce qui peut vraiment être qualifié de suicide. Il existe peut-être des divergences, au niveau la définition, qui peuvent enfler le taux. Même, en tenant compte de cela et de la croissance de la population, rapide de nombreuses collectivités, le taux de suicide augmente réellement dans le territoire inuit et dans certaines collectivités des Premières nations.

Il y a un semblant de stabilisation dans certaines collectivités, sinon une vraie diminution selon les données des bandes de la Colombie-Britannique. Cette variance est importante. Nous pouvons dire, globalement, que cet alarmant problème existe depuis des décennies. Le taux de suicide augmente, alors qu'on accorde une plus grande attention au problème. Il y a, toutefois, une variance qui pourrait être très instructive sur le bien-être de la collectivité et sur les circonstances historiques particulières grâce auxquelles la situation est meilleure dans certaines collectivités. Il peut y avoir des indices très importants.

Cela nous incite à poser une question générale: les perspectives en matière de santé mentale ont tendance à viser l'individu et sur la vulnérabilité et l'affliction individuelles. Ce genre de données reflète vraiment l'incidence des forces sociales, des facteurs influant sur des générations entières et c'est ainsi que nous devons les considérer. Dans ce modèle, il y a une vulnérabilité individuelle; les gens ne réagissent pas tous de la même manière face à la même adversité. Toutefois, le taux élevé global laisse à penser que beaucoup de gens sont concernées et que des éléments extérieurs à l'individu sont en jeu. Il nous importe de définir les forces sociales et de réfléchir aux moyens d'aider les gens à s'en charger.

Les jeunes, principalement les hommes entre 15 et 24 ans, ont les taux de suicide les plus élevés. Les femmes se suicident aussi. Un nombre trop élevé de femmes des Premières nations et des

affected, but it is strikingly high among young males. Here you can see the gender differences where you have higher than average rates among females, but a very dramatic impact on males.

The effect of the variations in proportion of the Aboriginal population in different provinces shows some regional differences. There are other reasons for regional variation as well. Quebec, for example, has tended to have a higher rate of suicide, probably for other social reasons. This slide shows data from Nunavut and the variations across communities. There is a tendency to generalize and say that the Inuit have a high suicide rate. That is true overall, but it is important to see that there is tremendous variation across communities. This, again, raises the possibility that we can learn something about the cause of these differences. There are fluctuations. Communities that have a lower rate at one time will have a higher rate at a later time.

This slide has data from the work of Michael Chandler and Christopher Lalonde's work in British Columbia showing similar variation across tribal councils in B.C. They have used this data to look at social factors that may correlate with these differences. This next slide shows a grouping by language group and shows that there is much variation across different linguistic or cultural groups of Aboriginal peoples in British Columbia.

They used some indicators that were readily available to them about the characteristics of communities to try to understand what might correlate with these suicide rates. Specifically, they looked at the following variables: whether people had some measure of self-government; whether they were involved in land claims; whether they controlled their own local education and health services; had cultural facilities; and controlled their police and fire services. They gave people one point for each of these things in an index of what they called "cultural continuity." However, if you look at these variables, they might be better called "local control" or "empowerment." They found that the suicide rate varied dramatically with variation in these indicators. The more of these indicators the communities had, the lower the suicide rate. This is dramatic data showing a relationship between community level variables and suicide rates.

They did a replication using a longer time period of data and other indicators that they established about these communities. They confirmed the previous variables and added some additional variables including, women accounting for more than 50 per cent of elected officials and the band having local child protective services. This work, which needs to be replicated in other places across Canada, has potential for identifying social and community level processes where some support intervention and a political process could be helpful in mental health promotion.

I would caution that these studies are open to alternative interpretations. This is a unique data set and people have put a lot of weight on it at this time. It is important to recognize that cause and effect have not been shown. There are many other possible interpretations, which would have

Inuits se suicident, mais le taux est très alarmant chez les jeunes hommes. Ici, vous pouvez voir les différences entre les sexes, le taux chez les jeunes femmes est plus élevé que la moyenne nationale, mais il est plus dramatique chez les hommes.

L'effet des variances par rapport à la population autochtone des différentes provinces montre qu'il y a des différences régionales. Les variances régionales sont aussi dues à d'autres raisons. Le Québec, par exemple, avait tendance à avoir des taux plus élevés, probablement, pour d'autres raisons sociales. Cette diapositive représente des données du Nunavut et les variances entre les collectivités. On a tendance à généraliser et à déclarer que le taux de suicide est plus élevé chez les Inuits. Cela est vrai globalement, mais il est important de noter la variance considérable entre les collectivités. Cela aussi peut nous aider à trouver la cause de ces différences. Il y a des variances. Les collectivités qui enregistrent un taux plus bas à un moment auront un taux plus élevé à un autre moment.

Cette diapositive représente les résultats d'une étude de Michael Chandler et de Christopher Lalonde faite en Colombie-Britannique, la variance est similaire entre les conseils tribaux en Colombie-Britannique. Ils ont utilisé ces données pour examiner les facteurs sociaux pouvant être liés à ces différences. La diapositive suivante représente les groupes linguistiques et indique une grande variance entre les divers groupes linguistiques ou culturels des Autochtones en Colombie-Britannique.

Ils ont utilisé certains indicateurs, dont ils disposaient, des particularités des collectivités pour tenter de comprendre ce qui pourrait faire le lien avec ces taux de suicides. Plus particulièrement, ils ont cherché à savoir si les collectivités avaient ou non: une autonomie gouvernementale; des revendications territoriales; le contrôle des services d'éducation et de santé; les installations culturelles et le contrôle des services policiers et d'incendie. Ils ont donné un point pour chacun de ces éléments désignés «facteurs de continuité culturelle». Cependant, ces facteurs pourraient être mieux qualifiés de «contrôle local» ou de «prise en charge». Ils ont trouvé que le taux de suicide variait en fonction de la variance de ces indicateurs. Plus ces facteurs étaient présents dans les collectivités, plus le taux de suicide était bas. Il est frappant de constater que le nombre de ces facteurs est lié aux taux de suicides.

Ils ont répété l'étude en utilisant des données établies sur une plus longue période et d'autres indicateurs qu'ils avaient obtenus sur ces collectivités. Les variables précédentes ont été confirmées et ajoutées à d'autres variables, notamment les femmes comptant pour plus de la moitié des représentants élus et les services locaux de protection de l'enfant dans la bande. Cette étude, qui devrait être faite aussi dans d'autres endroits du Canada, peut nous aider à identifier les processus sociaux et communautaires dans lesquels un soutien et un processus politique serviraient à promouvoir la santé mentale.

J'attire votre attention sur le fait que ces études peuvent être interprétées différemment. Ces données sont uniques et les gens les prennent très au sérieux pour le moment. Il est important de souligner l'absence des causes et des effets. Il y a de nombreuses autres interprétations possibles qui auraient des conséquences

somewhat different implications for social interventions. I have listed some plausible ones here that could have an impact on youth suicide.

Finally, I want to address culturally appropriate mental health services. This is an area in which we have been very involved with Aboriginal peoples and more generally with multicultural urban communities in Canada. There is a great deal of evidence that matching the type of care provided and the context in which it is provided with the needs and the cultural background of the individual improves the quality of services.

This has been approached in different ways in different countries. In the United States, there has been a tendency to try to do a kind of direct ethnic matching. The idea is that if a practitioner or clinician is from the same background as the person to whom they are providing service, things will go more smoothly. That certainly makes sense with respect to language. This is, in fact, an issue in some Aboriginal communities, where there are linguistic barriers that are not acknowledged adequately within the health care system. If the clinician and patient speak the same language, then the quality of service is better. There is clear data from Australia and other places to show this as well.

There are other levels of trying to meet peoples' needs that centre more on cultural issues. In particular, for many Aboriginal peoples, cultural identity involves living in rural and remote communities, retaining some aspects of traditional lifestyles or aspiring to maintain and to continue to learn some of their family and community traditions is very important. There is what could be called a different sense of self and a different sense of personhood.

In the dominant Canadian society, the sense of self is very individualistic — what psychologists have called “egocentric.” It is bounded by the skin of the individual. All of our legal and most of our mental health thinking is framed in this way: It is about the rights of the individual; it is about the agency of the individual; it is about what goes on inside the head or psyche of the individual.

There is recognition of that in Aboriginal communities. However, there is also a much stronger sense, in some communities, of interdependence between people. Thus, one's identity is very much tied to family, social network, kin and community. Beyond that, there is a sense of what has been called by the geographer George Wenzel at McGill, an “ecocentric” sense of self — a sense of self that involves ongoing transactions with the land, with animals, with the world around one. This, obviously, varies tremendously across communities, generations and so on, but it remains a significant factor for many people. Certainly, in the Inuit communities where I have worked, it remains a significant reality for people.

This has implications for conventional mental health care theory and practice. We understand things in terms of inner psychological workings that are based on a schema of the self — a representation of the self — that is very individualistic. Our theories of depression and psychotherapy are very much supported by this kind of model. There is reason to think that

légèrement différentes sur les interventions sociales. J'ai fait une liste de quelques-unes qui sont plausibles et qui pourraient avoir un effet sur les suicides des jeunes.

Finalement, je veux parler des services de santé mentale pertinents du point de vue culturel. Un domaine où nous sommes très impliqués avec les Autochtones et, plus généralement, avec les collectivités urbaines multiculturelles du Canada. Il est amplement démontré que la qualité des services est améliorée lorsque l'on concorde le type de soins fournis et le contexte dans lequel ils sont fournis aux besoins et aux antécédents culturels de l'individu.

Cette approche varie selon les pays. Aux États-Unis, la tendance vise une sorte d'appariement ethnique direct. On part du principe que si le praticien ou le clinicien ont la même origine ethnique que le patient, le traitement se passera mieux. Cela est certainement logique au point de vue linguistique. En fait, c'est un problème dans certaines collectivités autochtones où il y a des barrières linguistiques qui ne sont pas prises en compte de manière appropriée par le système de soins de santé. Si le clinicien et le patient parlent la même langue, la qualité du service est meilleure. Des données provenant d'Australie et d'autres pays indiquent la même chose.

Il y a d'autres façons d'essayer de répondre aux besoins des gens qui sont plus axées sur les questions culturelles. Pour de nombreux Autochtones, l'identité culturelle est liée à une vie dans des collectivités rurales ou isolées, il est très important de conserver certains aspects du mode de vie traditionnelle ou d'espérer garder et continuer à apprendre les traditions de leur famille et de leurs collectivités. C'est une notion différente de l'image de soi et de l'identité individuelle.

Dans l'ensemble de la société canadienne, le sens de l'image de soi est très individualiste, ce que les psychologues appellent «l'égocentrisme», la tendance de l'individu à être centrée sur lui-même. Toute notre personnalité morale et la plus grande partie de notre psychisme sont ainsi façonnées: il s'agit des droits de l'individu; de la condition de l'individu; de ce qu'il y a dans la tête ou l'esprit de l'individu.

Les collectivités autochtones en sont conscientes. Cependant, il y a un sentiment beaucoup plus fort, dans certaines collectivités, d'interdépendance entre les gens. Donc, l'identité est très liée à la famille, au réseau social, à la parenté et à la collectivité. En outre, il y a un sens de ce que le géographe George Wenzel, de McGill, a appelé un sens «écocentrique» qui implique des relations continues avec la terre, les animaux et le monde environnant. Évidemment, ce sentiment varie considérablement entre les collectivités, les générations et cetera, mais il demeure un facteur significatif pour beaucoup de gens. Dans les collectivités inuites où j'ai travaillé, il demeure certainement une importante réalité.

Cela a des répercussions sur la théorie et la pratique des soins de santé mentale traditionnels. Nous comprenons les choses au moyen d'un processus psychologique fondé sur la représentation que l'on se fait de soi-même et qui est très individualiste. Ce type de modèle vient à l'appui de nos théories de la dépression et de la psychothérapie. Il y a lieu de croire que les besoins doivent être

needs to be rethought and worked through in systematic ways to take advantage of the different resources, strengths and value systems of Aboriginal people.

The implications of what I have been saying in terms of the ecocentric self is that for many Aboriginal peoples, threat or injury to the environment is tantamount to a threat or injury to self. We have seen this in terms of controversies that have developed around land claim issues, hydroelectric development in Quebec and so on, where the arguments brought forward are based on very strong community and moral arguments and, on a certain level, psychological arguments about the impact that certain types of development will have on individuals. We need theories — which, I think, are available within psychiatry and psychology in the form of family therapy, family systems theory, network theory, community psychology — that pay attention to the larger webs of relatedness that people have.

Finally, I will just anticipate what some of the other people, I am sure, will harp on. There is a tremendous need for a comprehensive mental health strategy for Aboriginal people, as for Canadians in general. There is a need to find ways to make mechanisms of funding work according to assessed need. In general, for Aboriginal communities right now, funding is either absent or a response to crises, rather than to ongoing needs. There is a need, in general, to improve the quality and variability of services that are largely lacking. I will leave it to the other speakers to demonstrate that more.

These are some Web addresses, in particular for the National Network for Aboriginal Mental Health Research, which I co-direct with Gail Valaskakis of the Aboriginal Healing Foundation. If you want to track down some of the other reports and documents that we have, I will be happy to provide them for the committee.

Ms. Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative, Native Mental Health Association of Canada: Honourable senators, I would like to thank you for inviting the Native Mental Health Association of Canada, and for the opportunity to share our views and experiences on Aboriginal mental health in Canada.

Aside from my position as an Ontario board member with the Native Mental Health Association of Canada, I am also a psychologist providing psychological services in three First Nations communities in Northern Ontario, around the Sudbury area. I have also provided some counselling service to Aboriginal women in the federal prison system. I will utilize those experiences, as well as my own personal experiences of growing up in a First Nation community, to share some of my thoughts on Aboriginal mental health.

Honourable senators, during the work you conducted on acute health care in Canada, I am sure you heard testimony that First Nations people suffer from overall poorer health

repensés et être incorporés d'une manière systémique pour tirer avantage des divers atouts, ressources et systèmes de valeur des Autochtones.

En ce qui concerne les répercussions que je viens de mentionner, les risques et les atteintes à l'environnement sont perçues par de nombreux Autochtones comme des atteintes à leur propre personne. Nous l'avons constaté dans les controverses autour des revendications territoriales, du développement hydroélectrique au Québec et cetera, dans lesquelles les arguments présentés sont fondés sur une collectivité très soudée, sur des valeurs morales et, à un certain niveau, sur un plaidoyer psychologique portant sur l'effet de certains développements sur les individus. Il faut des théories qu'on peut trouver, à mon avis, en psychiatrie et en psychologie sous forme de thérapie familiale, d'une théorie de systèmes familiaux, d'une théorie de réseaux, de psychologie communautaire qui tiennent considération des liens entre les individus.

Enfin, je voudrais juste anticiper sur un sujet qui, j'en suis sûr, sera soulevé par d'autres personnes. Il y a un besoin considérable d'une stratégie globale en santé mentale pour les Autochtones ainsi que pour les Canadiens en général. Il faut trouver des moyens d'élaborer des mécanismes de financement qui fonctionnent conformément au besoin évalué. De manière générale, pour les collectivités autochtones, le financement est absent ou il est octroyé en réponse à des crises plutôt qu'à des besoins constants. Dans l'ensemble, il faut améliorer la qualité et la diversité des services qui manquent énormément. Je laisse aux autres témoins le soin de le démontrer.

Il y a quelques adresses Web, notamment celle du réseau national de la recherche dans le domaine de la santé mentale autochtone, que je dirige avec Gail Valaskakis de la Fondation autochtone de guérison. Je serai heureux de vous fournir les autres rapports et documents en notre possession si le comité est intéressé à les consulter.

Mme Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario, Native Mental Health Association of Canada: Honorables sénateurs, merci d'avoir invité Native Mental Health Association of Canada et de me permettre de vous faire part de nos points de vue et de nos expériences en santé mentale autochtone au Canada.

En plus d'être membre du conseil de l'Ontario avec Native Mental Health Association of Canada, je travaille, en tant que psychologue, dans trois collectivités de Premières nations du nord de l'Ontario, dans la région de Sudbury. J'offre aussi des services de conseils aux femmes autochtones incarcérées dans les prisons fédérales. Je me fonde sur ces expériences, ainsi que sur mon expérience personnelle de la collectivité des Premières nations où j'ai grandi, pour partager mon point de vue sur la santé mentale autochtone.

Honorables sénateurs, je suis sûre que, dans le cours de votre étude sur les soins de santé actifs au Canada, vous avez entendu dire que l'état de santé global des membres des Premières nations

status than the general population. As with physical health status, the mental health of First Nations people is also generally poorer than the Canadian population.

Based on the limited research in this area, along with my professional and personal experience, I have noted that First Nations people often experience significantly higher prevalence rates of all types of mental illness and mental health issues. As Dr. Kirmayer has indicated, there is very little data. What I tend to see in my practice is that many First Nations people appear to be diagnosed at disproportionately higher rates with mood disorders such as depression and anxiety, and especially post-traumatic stress disorder.

First Nations children and youth are often labelled in the school system as difficult or having behavioural concerns. In many of these cases, these children and youth are often quickly labelled as “oppositional defiant disorder” or “attention deficit disorder.” As part of my practice, I often spend time with individuals to assess their background and their family, personal and community history. They report being exposed to a multitude of issues and stressors that have led to the development of some of these disorders or — in my opinion, more commonly — they exacerbate their negative moods.

It is quite common for First Nations people to report higher incident rates of anger and aggression, domestic and family violence, parenting issues, relationship problems — whether marital, between children, parents, or among family members — high rates of suicide, grief and loss issues, unhealthy family relationships, childhood abuse and neglect, involvement of child welfare agencies and abandonment or family breakdown. Complicating this multitude of issues is the high prevalence of addictions to alcohol, solvents, substances, and gambling experienced by Aboriginal people. It would suggest that First Nations people also experience higher prevalence rates of concurrent or dual disorders.

The concept of dual disorders is relatively new and, in my experience, this concept has yet to be embraced in First Nations communities. It leaves many of our people at a disadvantage, since community workers do not adequately recognize their issues and, therefore, the treatment they are offered often does not meet their needs. This can result in poor treatment outcomes or failure in the treatment process, often leaving these people in a position where they have few or limited coping skills to deal with the complexity of their issues. In many cases, these individuals are termed as “difficult to treat,” and they often choose not to engage in the mental health system since they feel marginalized within the system.

To exacerbate the issue of dual diagnosis, the workers in the community may not be aware of the concept of dual disorders, rendering it difficult to recognize the unique needs of this

est moins bon que celui de la population en général. De même que l'état de santé physique, celui de la santé mentale des membres des Premières nations est aussi généralement moins bon que celui de la population canadienne.

En me fondant sur le peu de recherches faites dans ce domaine, et sur mes expériences personnelle et professionnelle, j'ai constaté qu'il existe dans les populations des Premières nations des taux de prévalence considérablement plus élevés de problèmes de maladie mentale et de santé mentale. Comme l'a indiqué le Dr Kirmayer, nous disposons de très peu de données. En tant que praticienne, j'ai pu constater des diagnostics de troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété et surtout des troubles mentaux post-traumatiques démesurément élevés chez les Autochtones.

À l'école, les enfants et les jeunes Autochtones sont souvent qualifiés de difficiles ou qu'ils ont un comportement préoccupant. Dans bon nombre de ces cas, l'étiquette de «trouble oppositionnel» ou «trouble déficitaire de l'attention» est très vite accolée au comportement de ces enfants et de ces jeunes. Dans le cadre de ma pratique et de mes fréquentes rencontres avec des individus dans le but d'évaluer leurs antécédents et leur histoire personnelle, celle de leur famille et de leur collectivité, on m'a rapporté des expositions à une multitude de problèmes et de sources de stress qui ont abouti à certains de ces troubles ou qui ont, à mon avis, exacerbé les humeurs négatives de ces individus.

Il est assez courant que les membres des Premières nations fassent plus souvent état d'incidents liés à la colère ou à l'agression, à la violence conjugale ou familiale, à des problèmes de condition parentale, à des difficultés relationnelles — qu'elles soient conjugales, avec les autres enfants, les parents ou les autres membres de la famille —, de taux de suicide plus élevés, de deuils et de pertes, de mauvaises relations avec la famille, de mauvais traitement et de négligence à l'enfance, d'agences de protection de l'enfant, d'abandon ou d'éclatement de la famille. Il faut y ajouter une forte dépendance à l'alcool, aux solvants, à d'autres drogues et au jeu. Cela laisse supposer que les membres des Premières nations ont aussi des taux de prévalence élevés d'affections multiples ou de double problèmes.

Le concept des doubles problèmes est un concept relativement récent qui, à mon avis, n'est pas encore accepté dans les collectivités des Premières nations. Sa méconnaissance désavantage un grand nombre de personnes de notre communauté, car les animateurs communautaires n'identifient pas précisément les problèmes et, souvent, le traitement qu'ils offrent ne répond pas aux besoins de ces personnes. Cela peut aboutir à de mauvais résultats des traitements ou à l'échec du processus du traitement qui donnent à ces personnes peu de moyens pour affronter la complexité de leurs problèmes. Dans un bon nombre de cas, on juge que ces personnes sont «difficiles à soigner» et, souvent, elles préfèrent éviter le système de santé mentale car elles se sentent marginalisées à l'intérieur du système.

Le fait que les animateurs communautaires n'aient peut-être pas conscience de la question du double problème rend encore plus difficile l'identification des besoins spécifiques à cette

population. Other issues, such as the training of our community workers, also impact on the service providers' ability to work effectively with this population.

Other forms of serious mental illness, such as schizophrenia, bipolar disorder, and psychotic disorder, also occur for First Nations people. As Dr. Kirmayer has shared with you, there are really no clear statistics to indicate if the prevalence is higher among First Nations people. I have found that those who have been diagnosed with this mental illness often fall into two categories. There are those who are protected by their family in the community and their bizarre behaviours are not really seen as a way to describe the person, but that sometimes these behaviours are present on certain days and on other days they remit. On the days when they are present, families may seek out the help of the medical professions outside of the community or the health care workers in the community. They just cope to the best of their abilities until those behaviours remit. In other cases, when these persons exhibit the bizarre behaviours and they are often accompanied by alcohol or substance abuse, they may be seen by community members as frightening or threatening to others, and they quickly become marginalized from the community. They eventually leave the community and take up residence in an urban centre where they continue to be marginalized.

Many Aboriginal people report exposure to harsh, violent and abusive circumstances, often linked in some way to the residential school experience. Children exposed to this experience experienced such things as physical abuse, mental and emotional abuse, neglect and spiritual abuse, of which I am sure honourable senators are aware. The removal of children from their families and community has caused a breakdown in family traditions and culture, which I would say has been transmitted across the generations. Research has shown that cultural identity is a significant contributing factor in a person's physical and mental health status. John Barry, of Queen's University, has done much work that would suggest this. It is my opinion that the significant cultural loss of Aboriginal people, which may be linked to the residential school experience, has been a contributing factor to the poor mental health status of Aboriginal people, which seems to be widespread in our communities across this country.

Social conditions in First Nation communities complicate our mental health status. Statistics identify that First Nation people often live below the poverty line. The economic depravity in First Nation communities is highlighted by the high unemployment rates, low-income levels, and significant financial hardships experienced by many individuals and families. Poor housing conditions are also evident. Aboriginal people report overcrowding, substandard housing, poor sewage, and lack of running water as common complaints of the daily stressors they must face. First Nation people often do not adequately access the health care system, possibly because of the tendency for health care providers to over-prescribe medications or because of the lack of cultural

population. D'autres problèmes, notamment la formation des animateurs communautaires, affectent aussi la capacité des fournisseurs de services à travailler efficacement avec cette population.

D'autres maladies mentales graves, telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires et psychotiques frappent aussi les membres des Premières nations. Comme le Dr Kirmayer vous l'a dit, il n'y a pas vraiment de statistiques qui indiquent clairement si le taux de prévalence est plus élevé chez les membres des Premières nations. J'ai constaté que ceux chez lesquels on avait diagnostiqué cette maladie mentale appartiennent souvent à deux catégories. Ceux qui sont protégés par leur famille dans la collectivité et qui ne sont pas décrits par leurs comportements étranges, mais, quelquefois, ces comportements se manifestent certains jours et pas d'autres. Lorsqu'ils se manifestent, les familles peuvent demander l'aide de professionnels de la santé à l'extérieur ou à l'intérieur de la collectivité. Ils font simplement de leur mieux jusqu'à ce que ces comportements cessent. Dans d'autres cas, quand ces personnes se comportent étrangement, souvent après avoir abusé d'alcool ou d'autres drogues, elles peuvent être considérées comme dangereuses ou menaçantes par les membres de la collectivité et la collectivité les rejette vite. Éventuellement, elles quittent la collectivité pour vivre dans un centre urbain où elles continueront à être marginalisées.

Beaucoup d'Autochtones font état d'agression et de violence à leur égard, souvent au pensionnat. Les enfants victimes de ces expériences ont souffert de violences physiques et psychologiques, de négligence et de violence d'ordre spirituel, je suis certaine que les honorables sénateurs le savent. Le retrait des enfants de leurs familles et de leurs collectivités a provoqué une cassure des traditions et de la culture familiale transmises de génération en génération. La recherche indique que l'identité culturelle contribue de manière importante à l'état physique et à l'état mental de l'individu ainsi que le suggèrent les travaux de John Barry, de l'Université Queen's. À mon avis, la perte importante au niveau culturel des Autochtones, qui peut être liée au pensionnat, a contribué au mauvais état de la santé mentale des Autochtones qui semble être largement répandu dans nos collectivités à travers le pays.

Les conditions sociales dans les collectivités des Premières nations compliquent l'état de santé mentale. Les statistiques indiquent que les Autochtones vivent souvent au-dessous du seuil de la pauvreté. Le dénuement économique des collectivités des Premières nations est mis en évidence par les taux de chômage élevés, les faibles revenus et les grandes difficultés financières d'un bon nombre d'individus et de familles. Les mauvaises conditions de logement sont également évidentes. Les surpeuplements, les habitats défectueux, les mauvais systèmes d'égouts et le manque d'eau courante dont se plaignent les Autochtones constituent les sources de stress quotidiennes auxquelles ils sont confrontés. Souvent, les Autochtones n'ont pas un accès adéquat au système de soins de santé, peut-être parce

awareness and sensitivity displayed within the health care system. The result is generally poor health status of First Nations people.

Throughout our country, Aboriginal people continue to experience racism and discrimination that can negatively influence their desire to seek higher education, to live in an urban centre where there are more opportunities for employment or to seek employment outside First Nation communities. In some cases, the racism is systemic. I have worked with individuals involved with the Children's Aid Society. The expectations placed on the families are often unrealistic and, in some cases, are almost impossible to achieve. The role of child welfare agencies does little to recognize the unique stressors that First Nation people face. They hold First Nations people to the same level of expectations as the general population. I am not suggesting that First Nations people should not be held up to an equitable standard of child safety but it has been my experience that the Children's Aid Society makes a higher number of referrals for services for First Nation families; becomes involved much earlier in a child welfare case; remains involved in the case much longer; and is much quicker to remove the children from the home. Some districts of the Children's Aid Society do make attempts to recognize such issues as customary care agreements and the importance of culture and tradition, but their assessment guide often discriminates against the needs and abilities of First Nation families.

Other kinds of systemic discrimination and abuse occur in the legal system, as Dr. Kirmayer pointed out. We find that Aboriginal people are over-represented in the federal and provincial prison systems, sometimes comprising 70 per cent of the overall prison population. This is especially true in Western Canada.

There are larger systemic issues that impact on the mental health status of First Nation peoples. Funding for mental health programs is extremely limited and, in many cases, it is a piecemeal process. The majority of First Nation communities utilize such funding as Brighter Futures and Building Healthy Communities to implement their mental health programs. Other communities also use monies from the Aboriginal Healing Foundation, Head Start funding and, here in Ontario, the Aboriginal Healing and Wellness Strategy and Early Years Challenge. The requirements for each of these funding sources are different, including who can be serviced with the monies they received. The funding is often time-limited and can vary significantly.

Most recently, there was a threat to the Brighter Futures funding because of the large deficit of the First Nations and Inuit Health Branch. As I mentioned, most communities utilize these dollars to implement mental health programs so there was much concern by our leadership about the implications should such

que les fournisseurs de soins de santé ont tendance à prescrire trop de médicaments ou bien à cause du manque de sensibilisation du système de soins de santé à l'égard de la culture des Autochtones. Généralement, pour les membres des Premières nations, cela se traduit habituellement par un état de santé médiocre.

À travers le pays, les Autochtones sont encore victimes du racisme et de la discrimination qui peuvent avoir un effet négatif sur leur volonté de poursuivre des études supérieures, de vivre dans un centre urbain où il y a plus de possibilités d'emploi ou de chercher un emploi à l'extérieur des collectivités des Premières nations. Dans certains cas, le racisme est systémique. J'ai travaillé avec des gens de la Société d'aide à l'enfance. Les objectifs que doivent atteindre les familles ne sont souvent pas réalistes et, dans certains cas, pratiquement impossibles. Les agences d'aide aux enfants ne font pas grand-chose pour identifier les sources de stress particulières auxquelles font face les Autochtones. Elles placent les membres des Premières nations au même niveau que la population en général. Je ne suggère pas que les membres des Premières nations ne doivent pas être tenus de respecter un critère équitable de sécurité de l'enfant, mais mon expérience m'a fait constater que la Société d'aide à l'enfance renvoie un plus grand nombre de familles des Premières nations aux services; qu'elle s'implique beaucoup plus rapidement dans les cas d'aide aux enfants; qu'elle suit le cas beaucoup plus longtemps et retire plus rapidement l'enfant du foyer. Quelques districts de la Société d'aide à l'enfance ont tenté de reconnaître ces problèmes comme des responsabilités traditionnelles et l'importance de la culture et de la tradition, mais leur guide d'évaluation est souvent discriminatoire à l'égard des besoins et des capacités des familles des Premières nations.

D'autres types de discrimination et d'abus systémiques se manifestent dans le système juridique, ainsi que l'a souligné le Dr Kirmayer. Nous constatons que les Autochtones sont surreprésentés dans les prisons fédérales et provinciales atteignant parfois 70 p. 100 de l'ensemble de la population carcérale. Cela est particulièrement vrai dans l'Ouest canadien.

Il y a de plus graves problèmes systémiques qui ont des répercussions sur l'état de la santé mentale des Autochtones. Le financement des programmes de santé mentale est extrêmement limité et, dans bon nombre de cas, c'est un processus fragmentaire. La majorité des collectivités des Premières nations utilise ce financement comme ceux de «Grandir ensemble» et «Pour les collectivités en bonne santé» pour la mise en œuvre leurs programmes de santé mentale. D'autres collectivités utilisent aussi les fonds de la Fondation autochtone de guérison, de Bon départ et, ici en Ontario, de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones et du Fonds d'aide au développement de la petite enfance. Les exigences de chacune de ces sources de financement sont différentes, notamment en ce qui concerne les prestataires. Le financement est souvent assorti de délais et peut varier considérablement.

Plus récemment, le financement du programme «Grandir ensemble» s'est trouvé menacé à cause du large déficit de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Comme je l'ai mentionné, la plupart des collectivités utilisent ces fonds pour mettre en œuvre des programmes de santé mentale,

funding cuts occur. After a strong letter-writing campaign, the decision was reversed but communities were reminded that funding cuts would occur in the First Nations communities to bring down the deficit. There is a concern that if it is not done within mental health care, it will be done somewhere else, which will continue to impact on mental health.

Current funding is already inadequate, at best, and does not meet the needs of the community and its members. Since the funding formula is based on population size, many communities receive a small amount of funding, making it difficult or, in many cases, impossible, to deliver mental health counselling and intervention services. Most communities must use their funding to establish mental health promotion and mental illness prevention programs. Although these types of programs are needed, the funding does not allow for a continuum of care that is desperately needed for First Nation communities.

For those communities able to implement an intervention program, additional challenges arise. The funding is so low for the salary of mental health workers that professionals such as social workers, psychologists and psychiatrists often do not find it desirable to work in First Nation communities. This often results in the position being filled by an untrained or unskilled worker who is expected to meet the high demands of the community. There is little recognition by the First Nation and Inuit Health Branch, Aboriginal leadership or administration about the need for the development and delivery of high quality, effective mental health services in First Nation communities. This results in limited or no resources being allocated to supervision, management, policy and procedure development and professional development.

Other kinds of mental health funding, such as fee-for-services or crisis management are often very restrictive regarding when and how the funding is accessed and who can access it. I also understand that this funding continues to be more and more restricted with the future possibility that the fee-for-services, which is mental health counselling, will eventually become obsolete.

The Chairman: Could I interrupt for a moment? Is the funding to which you refer from the provincial government or from Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch?

Ms. Restoule: It comes from both are both.

The Acting Chairman: The funding has two sources. When you say "provincial" you mean Ontario. Would you extend that to other provinces?

Ms. Restoule: I believe they have other forms of funding. I am not sure what they are called. In Ontario, it is the Aboriginal Healing and Wellness Strategy.

aussi nos dirigeants étaient très préoccupés des répercussions en cas de réductions de ce financement. Suite à une campagne intensive d'envoi de lettres, la décision a été renversée, mais il a été rappelé aux collectivités des Premières nations qu'il y aura des réductions du financement pour éliminer le déficit. On craint que si les réductions ne soient pas faites au niveau des soins de santé mentale, elles le seront ailleurs et cela continuera à avoir une incidence sur la santé mentale.

Le financement actuel est déjà inadéquat et ne répond pas aux besoins de la collectivité et des membres. Étant donné que le financement est fonction de la population, de nombreuses collectivités en reçoivent un petit montant, ce qui rend difficile ou, dans un bon nombre de cas, impossible les services de counselling et d'intervention en santé mentale. La plupart des collectivités doivent utiliser leur financement pour promouvoir la santé mentale et élaborer des programmes de prévention des maladies mentales. Bien que ce type de programmes soit nécessaire, le financement ne permet pas un continuum de soins dont ont désespérément besoin les collectivités des Premières nations.

Les collectivités qui arrivent à mettre en œuvre un programme d'intervention font face à des défis supplémentaires. Le financement est si peu élevé pour les salaires des travailleurs de santé mentale que des professionnels comme les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres ne sont pas intéressés à travailler dans les collectivités des Premières nations. Par conséquent, le poste est souvent occupé par un travailleur non formé ou non qualifié dont on attend qu'il réponde à la forte demande de la collectivité. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, les dirigeants ou l'administration autochtones reconnaissent peu le besoin du développement et de la prestation de services de santé mentale efficaces et de qualité dans les collectivités des Premières nations. Cela se traduit par une affectation limitée ou nulle des ressources pour la supervision, la gestion, l'élaboration de la politique et des procédures et le perfectionnement professionnel.

D'autres types de financement en matière de santé mentale tels que les paiements à l'acte ou la gestion de crises, sont souvent limitatifs en ce qui a trait à la date du versement du financement, à la façon dont il est versé et à qui peut y avoir accès. Je crois aussi comprendre que ce financement continue à être de plus en plus limité avec la possibilité que les paiements à l'acte, c'est-à-dire le counselling en santé mentale, deviennent finalement obsolètes.

Le président: Puis-je vous interrompre un instant? Est-ce que le financement dont vous parlez provient du gouvernement provincial ou bien de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada?

Mme Restoule: Des deux.

Le président suppléant: Le financement provient de deux sources. Quand vous dites «provincial», vous voulez dire l'Ontario. En est-il de même pour les autres provinces?

Mme Restoule: Je crois qu'elles ont d'autres formes de financement. Je ne suis pas sûre de leur nom. In Ontario, c'est la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones.

The Acting Chairman: You referred to cuts in mental health. We know what you are talking about. We know that in Ontario they are addressing financial problems. Are you referring to cuts at the provincial level or at the federal level?

Ms. Restoule: They are at the federal level

The Acting Chairman: Could you clarify this? I was not aware that there were cuts from Health Canada's funding to the First Nations and Inuit Health Branch. There have been cuts at the federal level to the mental health program. Is that what you are saying?

Ms. Restoule: I am referring to the fact that the minister wrote to the communities suggesting that they would be cutting the mental health dollars and there would be funding available for the first three months of this fiscal year, after which it would be cut completely. The political leadership in the communities and representatives of the mental health programs created a strong letter campaign in response to the minister requesting that this not be done because of the large number of mental health issues in our communities and the decision was reversed.

The Acting Chairman: Therefore, there is no cut at the federal level in respect of mental health.

Ms. Restoule: At the moment, no, but the letter that returned from the minister suggested that there will be cuts.

The Acting Chairman: This has been reversed. I am trying to understand for information for the committee's report. Am I right in saying that cuts at the provincial level, at least in Ontario, have occurred but at the federal level, there are no cuts in the mental health program right now?

Ms. Restoule: That is correct. There are no cuts at this time.

The Acting Chairman: We do not have to address that issue right now, and you are satisfied that this will carry on. We are working at the federal level so it is important to know what Health Canada is doing.

Ms. Restoule: My understanding is that Health Canada plans to make some cuts somewhere to the First Nations health care system. However, that cut to mental health was stayed for now. Where it will come from, I am not sure.

The Acting Chairman: Thank you for the clarification. Would you proceed with a summary of your presentation?

Ms. Restoule: I will move to our recommendations.

We have found that many First Nation communities are beginning to integrate what I would call "western-based services," such as counselling services and using the medical model of diagnosis, in conjunction with more traditional activities and ceremonies.

There is really no data to suggest this has improved mental health status. However, I have heard from many of my clients and from communities that implement such a system, that people

Le président suppléant: Vous avez mentionné des réductions du financement de la santé mentale. Nous savons de quoi vous parlez. Nous savons que des problèmes financiers sont abordés en Ontario. Parlez-vous de réductions au niveau provincial ou au niveau fédéral?

Mme Restoule: Au niveau fédéral.

Le président suppléant: Pouvez-vous être plus précise? Je ne savais pas que Santé Canada réduisait le financement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Voulez-vous dire qu'il y a eu des réductions du financement du programme de la santé mentale au niveau fédéral?

Mme Restoule: Je me réfère à ce que le ministre a écrit aux collectivités en suggérant qu'il y aurait des coupures pour la santé mentale et que le financement sera versé les trois premiers mois de l'exercice puis il sera complètement coupé. Les dirigeants politiques dans les collectivités et les représentants des programmes de santé mentale ont lancé une campagne intensive d'envoi de lettres au ministre demandant de ne pas faire cela à cause du grand nombre de problèmes liés à la santé mentale dans nos collectivités et la décision a été renversée.

Le président suppléant: Donc, il n'y a pas que de coupures, au niveau fédéral, du financement de la santé mentale.

Mme Restoule: Pas pour l'instant, mais la lettre renvoyée par le ministre suggérait qu'il y en aurait.

Le président suppléant: La décision a été renversée. J'essaie de comprendre pour avoir des renseignements pour le rapport du comité. Ai-je raison de dire qu'il y a eu des coupures au niveau provincial, du moins en Ontario, mais qu'au niveau fédéral, il n'y a pas de coupures dans le programme de santé mentale maintenant?

Mme Restoule: C'est exact. Il n'y a pas de coupures maintenant.

Le président suppléant: Nous n'avons pas à aborder cette question maintenant et vous êtes assurée que ces activités vont se poursuivre. Nous travaillons au niveau fédéral, il est donc important d'être au courant des activités de Santé Canada.

Mme Restoule: Je crois comprendre que Santé Canada prévoit des coupures quelque part dans le système sur les soins de santé des Premières nations. Cependant, cette coupure pour la santé mentale n'a pas été faite pour le moment. D'où proviendra-t-elle, je n'en suis pas certaine.

Le président suppléant: Merci de vos précisions. Pouvez-vous continuer en résumant votre exposé?

Mme Restoule: Je passe à nos recommandations.

Nous avons constaté que de nombreuses collectivités des Premières nations commencent à intégrer ce que je qualifierais de «services à l'Ouest», tels que des services de counselling et l'utilisation de modèle médical de diagnostic conjointement avec des activités et des cérémonies plus traditionnelles.

Il n'y a pas vraiment de données suggérant que cela ait amélioré l'état de la santé mentale. Cependant, un bon nombre de mes clients et des collectivités qui mettent en œuvre un tel système

report improved health much quicker, that they recognize or feel they have a better quality of life and they just feel that things are more holistic for them. Aboriginal people tend to be concerned about holism — the concept that we find in the medicine wheel where there is interconnectedness between the mental, emotional, physical and spiritual domains. This requires that we look at relationships — be they between social conditions, economic conditions, cultural conditions, and health conditions, to relationships between people and within the community and within programs. As Dr. Kirmayer suggested, Aboriginal people feel challenged when there is no connectedness and no teamwork between programs so people's needs are not being addressed in a holistic fashion. It is very individualistic and in one area or another.

Some of the recommendations that the Native Mental Health Association of Canada would like to offer is the elimination of operations of programs for services in what we call silos. Instead of funding for mental health, funding for social services and funding for other issues in the community, we favour more team approaches based on partnerships, so that what is available to a community is integrated and made available and accessible to our clients in a holistic way from the top to bottom — from policy-makers and planners to local governance.

We recommend all the health determinants that I have talked about be seriously considered and employed to determine whole health priorities so that the underpinnings previously mentioned achieve elimination of sexual and other forms of abuse and of violence including lateral violence. They would also take care of grieving and healing needs so the family and community members are able to enjoy self-care, mutual aid, self-determination, genuine friendships, community togetherness and quality family life.

We recommend that resources to implement all priorities and strategies tailored to address all health determinants be made available on a continuing basis so that genuine change takes place and is sustained.

We recommend that resources are provided to recruit, educate and train competent frontline workers with culturally strong ways to promote healing, personal growth and other measures that actively support capacity building and to prepare and equip knowledgeable and skilful leadership that can effectively manage policy-making, strategic planning and the related work.

We recommend that priority be given to Aboriginal people so that they are able to identify and undertake large-scale research that will provide evidence that supports concrete actions leading to desirable change.

Finally, as I had shared back with the senators in October at the town hall meeting, we recommend the development of a national strategy on Aboriginal people mental health as well. Thank you.

m'ont rapporté que les gens disaient se rétablir beaucoup plus vite, qu'ils reconnaissaient ou qu'ils ressentaient une meilleure qualité de vie et que les choses leur paraissaient plus holistiques. Les Autochtones ont tendance à se soucier du holisme, le concept présent dans le cercle des influences où les processus mentaux, émotionnels, physiques et spirituels se rejoignent. Il faut pour cela examiner les rapports, qu'ils soient entre les conditions sociales, économiques, culturelles et physiques aux relations entre les individus et dans la collectivité et les programmes. Ainsi que le Dr Kirmayer l'a suggéré, les Autochtones se sentent menacés lorsqu'il n'y a pas d'interdépendance et de travail d'équipe entre les programmes, leurs besoins ne sont pas abordés d'une manière holistique. C'est très individualiste dans un domaine ou un autre.

L'une des recommandations que Native Mental Health Association of Canada est l'élimination des programmes de services dans ce que nous appelons l'effet de silos. Au lieu d'accorder un financement pour la santé mentale, les services sociaux et d'autres questions de la collectivité, nous favorisons des approches d'équipe fondées sur le partenariat afin que ce qui est disponible pour une collectivité soit intégré et rendu disponible et accessible à nos clients sous forme holistique descendante, des décideurs et des planificateurs aux autorités locales.

Nous recommandons que tous les facteurs influant sur la santé dont j'ai parlé soient pris en considération et utilisés pour établir des priorités en matière de santé afin que les raisons sous-jacentes énoncées éliminent les abus sexuels et autres formes d'abus et de violence, y compris la violence latérale. Les besoins au niveau du deuil et du rétablissement seront aussi éliminés afin que les familles et les membres de la collectivité puissent jouir de l'autotraitement, de l'entraide, de l'autodétermination, d'amitiés sincères, de la convivialité et d'une bonne vie familiale.

Nous recommandons des ressources pour la mise en œuvre de toutes les priorités et stratégies élaborées pour assurer la mise à disposition continue de tous les facteurs influant sur la santé afin d'apporter de vrais changements durables.

Nous recommandons l'affectation de ressources pour recruter et former des travailleurs de première ligne compétents et dotés de solides connaissances culturelles pour promouvoir le rétablissement, le développement individuel et d'autres mesures qui appuient le renforcement des capacités et de préparer un leadership averti et avisé qui peut gérer efficacement l'élaboration des politiques, la planification stratégique et les travaux connexes.

Nous recommandons que la priorité soit accordée aux Autochtones afin qu'ils puissent identifier et entreprendre une recherche massive qui fournira la preuve qui soutiendra des actions concrètes aboutissant au changement voulu.

Finalement, comme je l'avais dit aux sénateurs au mois d'octobre à l'assemblée publique locale, nous recommandons l'élaboration d'une stratégie nationale sur la santé mentale des Autochtones. Merci.

Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist, Six Nations Mental Health Services: Good morning, honourable senators. I wish to thank the chairperson and members of this committee for the opportunity to share my perspectives with you in the area of Aboriginal mental health.

I am originally from Little Grand Rapids First Nation, which is part of the Ojibway nation. In 1998, I became the first Aboriginal woman in Canada to train as a psychiatrist. I am currently an Assistant Clinical Professor in the Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences at McMaster University in Hamilton. For the past four years, I have worked as Director of Native Students Health Sciences Program in the Faculty of Health Sciences, also at McMaster University.

For the past seven years, I have worked as a psychiatrist on the front lines at a community-based mental health clinic located on the Six Nations of the Grand River Territory, a reserve community located near Hamilton and Brantford in Ontario. It is my experience working in the Six Nations community that forms the basis of my presentation to you today. Over the next few minutes, I would like to take you to work with me and ask you to imagine what it is like for me working in this community.

I work two and a half days a week, seeing patients in my psychiatric practice. I provide direct clinical services, which includes psychiatric assessments, consultations, and short- and long-term follow-up for patients with serious mental illness including depression, anxiety disorders, schizophrenia et cetera. Other services that I provide include indirect consultations, which is a discussion with a family doctor, for example, about a patient without the patient being present; case conferencing; teaching mental health issues to other service providers in the community; and participating in many different community awareness events dealing with mental health issues, partly in order to address the issue of stigma about mental illness and psychiatry.

I see fewer patients per day than do many of my psychiatric colleagues. I see approximately six to nine patients per day. Each new patient is seen for a one-hour consultation, at a minimum. Each follow-up patient is seen for between one-half to one hour, depending on specific needs. While the majority of patients are diagnosed with illnesses such as depression — the same as in the mainstream population — and are treated according to the same standards of practice, my experience has been that First Nations people living on reserve present with an extensive list of psychosocial stressors that also need to be addressed and a management plan formulated in order to improve their mental health.

I believe both Dr. Kirmayer and Ms. Restoule have reviewed many of these in detail already, but they do include things like education, employment, finances, housing, transportation, et cetera. As Ms. Restoule mentioned, there is

La Dre Cornelia Wieman, psychiatre, Six Nations Mental Health Services: Honorables sénateurs, bonjour. Je remercie le président et les membres du comité de me donner l'occasion de présenter mon point de vue sur la santé mentale autochtone.

Je suis originaire de la Première nation de Little Grand Rapids qui fait partie de la nation Ojibway. En 1998, j'étais la première femme autochtone au Canada à entamer une formation de psychiatre. Je suis professeure adjointe en clinique au département de psychiatrie et des neurosciences comportementales de l'Université McMaster à Hamilton. Au cours des quatre dernières années, j'ai travaillé comme directrice du programme de la santé des étudiants autochtones de la Faculté des sciences de l'Université McMaster.

Durant les sept dernières années, j'ai travaillé en tant que psychiatre aux premières lignes d'une clinique communautaire de santé mentale dans le territoire des Six Nations de la rivière Grand, une communauté de la réserve située près de Hamilton et de Brantford en Ontario. Mon exposé d'aujourd'hui est fondé sur l'expérience que j'ai acquise à la collectivité des Six Nations. Dans les minutes qui suivent, j'aimerais vous décrire mon travail et je vous demande d'imaginer ce à quoi il ressemble dans cette collectivité.

Je travaille deux jours et demi par semaine. Dans l'exercice de ma profession, j'offre aux patients des services cliniques de première ligne, notamment des évaluations psychiatriques, des consultations et des suivis à court et long termes des patients atteints de maladies mentales graves, notamment la dépression, les troubles anxieux, la schizophrénie, et cetera. J'offre aussi d'autres services comme les consultations indirectes, c'est-à-dire rencontrer le médecin de famille, par exemple, d'un patient sans que celui-ci soit présent; les techniques de réunions des intéressés; l'enseignement de questions relatives à la santé mentale à d'autres fournisseurs de services dans la collectivité; la participation à de nombreuses différentes campagnes de sensibilisation de la collectivité traitant de la santé mentale, en partie pour éliminer la honte de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Je reçois moins de patients qu'un grand nombre de mes collègues, entre six et neuf par jour. La première consultation dure au moins une heure. Les consultations suivantes durent entre trente et soixante minutes selon les besoins particuliers du patient. Bien que la majorité des patients soient atteints de maladies comme la dépression, ce qui est également le cas de la population en général, et qu'ils reçoivent un traitement conformes aux normes de la profession, j'ai constaté que les membres des Premières nations qui vivent dans la réserve ont de nombreux troubles de stress psychosocial qui doivent être aussi traités et qu'il faut élaborer un plan de gestion visant à améliorer leur santé mentale.

Je crois que le Dr Kirmayer et Mme Restoule ont en déjà mentionné un grand nombre, mais il y aussi d'autres facteurs tels que l'éducation, l'emploi, les finances, le logement, les transports, et cetera. Ainsi que l'a mentionné Mme Restoule, pour les

an inextricable link back to the historical experiences of Aboriginal people in this country that include colonization, residential schools and racism.

Many of my patients do not have a method of transportation and we are a large rural community spread over a vast area. Significant numbers of my patients live with many extended family members in inadequate housing. Some homes still have dirt floors, no indoor plumbing, or no source of heating in the winter other than a wood stove. I often provide home visits to my patients if they cannot make it to our clinic because of a lack of transportation, mobility problems — for example we seem to have a significant number of people who are paraplegic or quadriplegic — or because of emotional or psychiatric issues, meaning they are very reluctant to come forward to our clinic and seek services. For example, I have seen an older man now for several years who suffers from paranoid schizophrenia that had been untreated for decades. It took us almost six months to develop a relationship with him just standing in his doorway. He would only hold the door open a few inches until he felt comfortable enough to allow us into his home to speak with him.

Many of my patients present as being either acutely or chronically suicidal, and many of them have ready access to means to seriously harm themselves, including firearms. Many of my patients are also involved with other health and social service programs including substance abuse treatment programs, child protective agencies such as the Children's Aid Society, CAS, and involvement with the legal system.

Because our clinic offers mental health services to all Six Nations band members living on reserve, we do not have any exclusion criteria that some mainstream or tertiary care psychiatric services may have. By that, I mean we see everybody. I have seen individuals who have previously been declared as dangerous offenders. Currently, I see an individual who has completed serving a sentence for murder.

While Six Nations band members do have access to family physicians, we have a medical clinic in the community that is staffed by a variety of family physicians who each work one to two half-day shifts per week. This works out to the equivalent of having one family physician in the community working four and a half days per week. Six Nations has approximately 22,000 band members. About half of those live on reserve so that works out by straight numbers to be one family physician for 11,000 people so people have to seek primary care elsewhere.

Not every patient at my clinic has a family doctor, although we try to find one. At times, we have found ourselves trying to manage or triage acute medical crises such as people arriving at our clinic with severe exacerbations of diabetes or in hypertensive crises. Finally, our clinic offers crisis response services that may include going into the community on an on-call basis to deal with acute psychiatric emergencies. Most commonly, we are called when someone is acutely suicidal. I will just make mention that we do not actually have a traditional healer on staff, but we do have access to traditional healers in our community.

Autochtones de ce pays, il existe un lien inextricable avec leurs antécédents historiques qui incluent la colonisation, les pensionnats et le racisme.

Nombreux sont mes patients qui ne disposent de moyens de transport et notre collectivité rurale est très étendue. Un grand nombre d'entre eux vivent, en famille nombreuse, dans des logements inadéquats. Le sol de certains logements est encore en terre battue, il n'y a pas de plomberie, ni de chauffage pour l'hiver à part un poêle à bois. Il m'arrive souvent d'aller chez eux s'ils ne peuvent pas venir à la clinique à cause du manque de transport ou de moyens de déplacement — par exemple, nous avons un nombre considérable de paraplégiques ou de quadriplégiques — ou à cause de maladies mentales ou psychiatriques, c'est-à-dire qu'ils hésitent beaucoup à venir à notre clinique pour demander des soins. Par exemple, je traite depuis plusieurs années un vieil homme atteint de schizophrénie paranoïaque qui n'avait reçu aucun soin pendant des décennies. Il a nous fallu presque six mois pour établir une relation avec lui, il se tenait derrière la porte de chez lui. Il ne l'ouvrait que de quelques pouces jusqu'au moment où il s'est senti suffisamment à l'aide pour nous laisser entrer.

Un bon nombre de mes patients ont des comportements suicidaires aigus ou chroniques et beaucoup d'entre eux ont les moyens, y compris des armes à feu, d'attenter à leurs jours. Beaucoup sont aussi dans d'autres programmes de services sociaux et de soins de santé: programmes de traitement pour les toxicomanies, agences d'aide à l'enfant comme la Société d'aide à l'enfance et ont des démêlés avec la justice.

Étant donné que notre clinique offre des services de santé mentale à tous les membres des Six Nations vivant dans la réserve, nous n'avons pas les critères d'exclusion que peuvent avoir certains services de soins psychiatriques tertiaires. Je veux dire par là que nous recevons tout le monde. J'ai vu des personnes qui avaient été qualifiés de délinquants dangereux. Je traite actuellement une personne qui vient de purger une peine pour meurtre.

Bien que les membres des Six Nations aient accès à des médecins de famille, le personnel de notre clinique médicale dans la collectivité compte des médecins de famille qui travaillent chacun un à deux jours et demi par semaine, soit l'équivalent d'un médecin de famille qui travaille quatre jours et demi par semaine dans la collectivité. La population des Six Nations est d'environ 22 000 membres. Environ la moitié vit dans la réserve, il y a donc un médecin de famille pour 11 000 personnes, ce qui veut dire que pour les soins primaires, les gens doivent aller ailleurs.

Les patients de ma clinique n'ont pas tous un médecin de famille, même si nous essayons de leur en trouver un. Il nous est arrivé d'essayer de gérer ou de trier les crises médicales aiguës lorsque, par exemple, des malades hypertendus ou atteints d'exacerbations de diabète arrivent à la clinique. Enfin, notre clinique offre des services d'intervention d'urgence pouvant inclure des visites chez le malade suite à un appel pour donner des soins intensifs psychiatriques. En générale, on nous appelle lorsque quelqu'un a un comportement suicidaire aigu. Je voudrais ajouter que nous n'avons pas de guérisseur traditionnel dans notre personnel bien qu'il y en ait dans notre collectivité.

It took a number of years of work in this community to establish relationships with the traditional healers so that we could be assured that the people would see healers who were reputable in the community. When they come to our clinic, people have the choice of seeing me, one of my psychiatric nurses or a traditional healer or a combination. We try to be very flexible, offering access to both western and traditional ways of healing. Our ultimate goal is to empower the community members to take responsibility for and to be able to make decisions about their own mental health care.

I would like to review a few issues related to the delivery of mental health services.

There is a lack of information about the epidemiology of mental illnesses amongst Aboriginal peoples. As a result, we are not well informed about what types of mental health services are most effective. Although there are very few models that exist other than our own for delivering mental health services in such a broad way in a community, we need the opportunities to share these experiences with other First Nations communities across the country.

Another issue involves trends that I have noticed in psychiatry. As a practising psychiatrist, I keep up-to-date on the standards of practice in my chosen area of medical specialty. I am somewhat concerned by what I perceive to be a very limited "consultation only" model of providing psychiatric services that is advocated by some medical profession associations. I do not believe that I would be as effective in my role as psychiatrist in my First Nations community if I did not deliver services in a way that is similar to those provided by a primary care physician.

As well, I am concerned by the increasing focus on biological models of mental illness. While I recognize that our knowledge of the biological basis of mental illness is important, this knowledge factor is much lower on my list of priorities in treating my patients. For example, I have a patient who last year lost a son to suicide while he was in police custody. That same year, she was diagnosed with kidney cancer and underwent removal of her kidney by surgery. Her youngest daughter, age 14, has coped with her brother's suicide by engaging in extremely risky behaviour including engaging in substance abuse, unprotected sexual activity and staying away from the home for days at a time. This woman has been on medical leave from work, which has caused a great deal of financial stress. She also has several extended family members living in her home. She is widow with few social supports.

Using this patient as an example, it would be unrealistic of me to simply prescribe her an anti-depressant medication and reassure her that over time she will feel better. However, by prescribing an anti-depressant as well as activating a number of psychosocial supports, including counselling, and after working with her quite intensively over the period of a year at our clinic, she is finally feeling better. She returned to full-time employment this month.

Il a fallu plusieurs années de travail dans cette collectivité pour établir des relations avec les guérisseurs traditionnels afin de nous assurer que les gens consulteraient des guérisseurs de bonne réputation dans la collectivité. Dans notre clinique, les gens peuvent choisir de me voir, de voir l'une des mes infirmières psychiatriques ou de voir un guérisseur traditionnel ou une combinaison. Nous essayons d'être très flexibles en offrant les traitements des deux médecines occidentale et traditionnelle. Notre objectif final est de donner la possibilité aux membres de la collectivité membres de décider par eux-mêmes des soins de santé mentale qu'ils veulent.

J'aimerais revenir sur quelques questions relatives à la prestation des services de santé mentale.

L'épidémiologie des maladies mentales chez les Autochtones n'est pas suffisamment documentée. Donc, nous ne savons pas vraiment quels sont les plus efficaces types de services de santé mentale. Bien qu'il y ait très peu de modèles, autres que le nôtre, pour fournir des services de santé mentale d'une façon aussi étendue dans une collectivité, nous devons avoir des possibilités de partager ces expériences avec d'autres collectivités des Premières nations à travers le pays.

Une autre question concerne les tendances que j'ai remarquées en psychiatrie. En tant que psychiatre en exercice, je reste informée des normes de la spécialité médicale que j'ai choisie. Je suis un peu préoccupée par ce qui, à mon sens, est un modèle de «consultation seulement» très limitée de services psychiatriques que préconisent certaines associations de médecins. Je ne crois pas pouvoir être aussi efficace dans ma collectivité des Premières nations si je n'offrais pas des services de la même façon qu'un médecin de soins primaires.

Je suis aussi préoccupée par l'importance grandissante des modèles biologiques de maladie mentale. Bien que je reconnaisse que notre connaissance des fondements biologiques des maladies mentales soit importante, je la place beaucoup plus bas dans ma liste de priorités pour traiter mes patients. Par exemple, le fils de l'une de mes patientes s'est suicidé l'année dernière alors qu'il était en garde à vue. La même année, on a découvert qu'elle avait un cancer du rein, on l'a opérée pour lui retirer le rein. Sa plus jeune fille, âgée de 14 ans a réagi au suicide de son frère en adoptant un comportement à risque très élevé, notamment l'abus d'alcool ou d'autres drogues, des relations sexuelles non protégées et des fugues de plusieurs jours. Cette femme est en congé de maladie, elle est donc en très mauvaise situation financière. En outre, elle héberge beaucoup de membres de sa famille. C'est une veuve qui bénéficie de très peu d'aides sociales.

Il serait irréaliste, à mon sens, de ne prescrire à cette patiente qu'un antidépresseur et de l'assurer qu'elle se rétablira avec le temps. Cependant, en lui prescrivant un antidépresseur, mais aussi en lui offrant d'autres aides psychosociales, notamment du counselling, et après lui avoir donné un traitement assez intensif pendant un an dans notre clinique, elle s'est finalement rétablie et reprend un emploi à plein temps ce mois-ci.

In respect of working collaboratively with other community services, Dr. Kirmayer and Ms. Restoule have described to you how different mental health services in First Nations communities are very separate, or “siloeed.” I work as a fee-for-service physician in my community. I am only paid for direct patient contact. I do not get paid for the time I spend case-conferencing with other service providers about the clients that we share. It is very difficult to learn and to teach how to work collaboratively with other health and social service providers.

One of the recommendations that came out of the Advisory Group on Suicide Prevention — of which both Dr. Kirmayer and I were members — was that mental health, holistic health, and social service workers be trained in case management, case-conferencing and other models that support integrated client services and collaborative interdisciplinary teamwork.

Additionally, it would be my opinion that these community service providers need increased support to improve their attitudes, knowledge, and skills in working with clients with mental health problems. I suggest attitude training because I see many people being fearful of people with mental illness, which has much to do with stigma. If we can work on some of these things, the service providers in the community can hopefully deliver better mental health care.

Presently, my patients can access individual counselling through the Non-Insured Health Benefits Program, NIHB. Ms. Restoule spoke about the federal funding that comes through First Nations and Inuit Health Branch for this program. However, in Ontario, the limit is 15 sessions with the possibility of renewing for a further 12. A total of 27 sessions for many people is not sufficient to help them adequately address their mental health concerns. The mandate of the NIHB program is to provide support for clients in crisis or who cannot access counselling by other means. That counselling could be from an outpatient psychiatric clinic or health service that is funded by the provincial health care system. They could also pay for private counselling.

The vast majority of my patients live on a limited income and would not be able to pay for private counselling. As a result of transportation and access issues, many are also not able to access counselling services in smaller communities nearby or in larger urban settings such as Brantford or Hamilton. You can tell that these people do fall through the cracks in the system.

Dr. Kirmayer alluded to training an increased number of Aboriginal health professionals. One of the important ways in which access to health services and health outcomes, including mental health, can be improved is by training an increased number of Aboriginal health professionals. Barriers to seeking various mental health services could be overcome and providing more culturally relevant care could be accomplished. The Royal

À propos de la collaboration avec d'autres services communautaires, le Dr Kirmayer et Mme Restoule ont décrit la façon dont les différents services de santé mentale étaient très séparés ou «dans des silos». Dans ma collectivité, je suis payée à l'acte. Je ne suis payée que pour les contacts directs avec les patients. Je ne suis pas payée pour le temps passé aux réunions des intéressés, avec d'autres fournisseurs de services, concernant des patients communs. Il est très difficile d'apprendre et d'enseigner les méthodes de travail en collaboration avec d'autres fournisseurs de services sociaux et de soins de santé.

L'une des recommandations du Comité consultatif sur la prévention du suicide — le Dr Kirmayer et moi-même en sommes membres — proposait que soient formés en gestion des cas, en techniques de réunion des intéressés et en d'autres modèles à l'appui des services intégrés aux clients et de la coopération pluridisciplinaire les responsables de la prestation des services de santé mentale, des services de santé holistique et des services sociaux.

En outre, je pense qu'un plus grand soutien devrait être accordé à ces fournisseurs de services communautaires pour améliorer leurs attitudes, connaissances et compétences dans leur travail avec les patients atteints de troubles mentaux. Je suggère un changement d'attitude, car je constate que de nombreuses personnes ont peur des malades mentaux, ce qui est très lié à la honte. Des mesures prises à cet égard pourraient améliorer la qualité des soins de santé mentale offerts par les fournisseurs de services communautaires.

Mes patients ont maintenant accès au counselling individuel grâce au programme des services de santé non assurés (SSNA). Mme Restoule a parlé du financement fédéral accordé ce programme par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Toutefois, en Ontario, la limite est fixée à 15 séances avec une possibilité d'un renouvellement de 12 autres séances. Un total de 27 séances ne suffit pas à bien aider un grand nombre de patients à surmonter leurs problèmes de santé mentale. La vocation du programme SSNA est de fournir un soutien aux clients en crise ou à ceux qui n'ont aucune autre possibilité de recevoir du counselling. Ce counselling pourrait être assuré par une clinique psychiatrique ou un service de santé externes financés par le système de soins de santé provincial qui pourrait aussi assumer les frais de counselling individuel.

Le revenu de la majorité de mes patients est limité et ils ne peuvent pas payer les frais de counselling individuel. À cause de problèmes de transport et d'accès, beaucoup d'entre eux peuvent aussi ne pas avoir accès aux services de counselling dans les petites collectivités avoisinantes ou dans les grandes agglomérations telles que Brantford ou Hamilton. Ces personnes gens sont, en fait, des laissés pour compte.

Le Dr Kirmayer a parlé de la formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé chez les Autochtones. C'est une des meilleures façons d'améliorer l'accès aux services de santé et les résultats dans le domaine de la santé, y compris la santé mentale. Les obstacles à l'accès aux divers services de santé mentale pourraient être éliminés et des soins plus adaptés culturellement seraient offerts. En 1996, la Commission royale

Commission on Aboriginal Peoples in 1996 recommended that 10,000 Aboriginal peoples be trained as health professionals in the next 10 years. We are now only two years away from 2006, and I do not believe that we are anywhere near that goal. Estimates state that there are approximately 150 Aboriginal physicians in this country, most of whom have trained to be family physicians. Off the top of my head, I would estimate the number of Aboriginal specialists at probably less than 25. I am only aware of two other Aboriginal psychiatrists in this country, with a fourth individual graduating from the residency program in Manitoba this June.

Training more Aboriginal health professionals, including those who would work in the area of mental health, must be a priority in a health care system that is inclusive of Aboriginal peoples. I have been part of group at Six Nations to develop a plan summarized in the document entitled "2020 Vision: Training Aboriginal Physicians in Ontario." The goal of this strategy is to graduate 60 Aboriginal physicians in Ontario by the year 2020. The strategy is based on partnerships and commitments among key stakeholders including Aboriginal peoples in Ontario, academic and health institutions, federal government departments, ministries of the provincial government, and the private sector. We are positive that we can achieve our stated goal with a total investment of \$35 million from all partners over the next 15 years. I have brought a copy of that document. We only completed draft number 10 yesterday, which is the reason that I did not submit it earlier.

There is a common saying that no one is irreplaceable. I ask you today, after seven years of working in the Six Nations community and providing psychiatric services to more than 400 patients with over 600 episodes of care, who is there to replace me?

The following are my recommendations to contribute to improving mental health services and outcome for Aboriginal peoples. There needs to be optimized and more integrated mental health services for Aboriginal peoples. This has already been stated by Ms. Restoule and Dr. Kirmayer.

As stated in the Speech from the Throne this February, there needs to be improved federal-provincial-territorial relationships in the delivery of health care, specifically in this instance, for delivering mental health services to Aboriginal peoples.

We desperately need to train more Aboriginal health professionals including physicians, nurses, psychologists and physiotherapists and occupational therapists. The list goes on.

We need to devise ways of providing comprehensive psychiatric and mental health services that pay attention to the general determinants of health such as housing, education and poverty. I would add that it also should be respectful and inclusive of indigenous knowledge and ways of traditional healing.

sur les peuples autochtones a recommandé la formation en médecine de 10 000 Autochtones au cours des 10 prochaines années. Il ne reste que deux ans pour arriver à 2006 et je crois que nous sommes encore très loin de cet objectif. Le nombre de médecins autochtones au Canada est d'environ 150, la plupart sont des médecins de famille. Je n'ai pas le chiffre exact sous la main, mais je crois que le nombre de spécialistes autochtones est probablement inférieur à 25. À ma connaissance, il y a deux autres psychiatres autochtones au Canada, un quatrième finit le programme de résidence au Manitoba en juin.

La formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé des Autochtones, y compris ceux qui travailleraient dans le domaine de la santé mentale, doit être une priorité du système de soins de santé des Autochtones. Aux Six Nations, j'ai fait partie d'un groupe d'élaboration d'un plan qui est résumé dans le document intitulé «2020 Vision: Training Aboriginal physicians in Ontario». Ce plan préconisait la formation de 60 médecins autochtones en Ontario avant 2020. La stratégie est fondée sur le partenariat et l'engagement des intéressés, notamment les Autochtones de l'Ontario, les établissements d'enseignement supérieur et de santé, les ministères fédéraux et provinciaux et le secteur privé. Nous sommes persuadés que cet objectif peut-être atteint avec un investissement total de 35 millions de dollars provenant de tous les partenaires durant les 15 prochaines années. J'ai une copie de ce document. La dixième version préliminaire n'a été terminée qu'hier, c'est la raison pour laquelle je n'ai pu la présenter plus tôt.

On dit que personne n'est irremplaçable. Après sept ans de travail dans la collectivité des Six Nations et plus de 400 patients totalisant plus de 600 séances, je vous demande s'il y a quelqu'un pour me remplacer?

Voici ce que je recommande pour améliorer les services de santé mentale et les résultats pour les Autochtones. Il faut optimiser et mieux intégrer les services de santé mentale pour les Autochtones. Mme Restoule et le Dr Kirmayer l'ont déjà dit.

Comme le dit le discours du Trône du mois de février, il faut améliorer les relations fédérales-provinciales-territoriales au niveau de la prestation des services de soins de santé, et plus particulièrement dans ce cas, la prestation des services de santé mentale aux Autochtones.

Nous avons désespérément besoin de former plus de professionnels de la santé autochtones, notamment des médecins, des infirmières, des psychologues, des physiothérapeutes et des thérapeutes occupationnels. Et d'autres encore.

Nous devons concevoir des moyens de fournir des services psychiatriques et de santé mentale complets qui prennent en considération les facteurs généraux influant sur la santé tels que le logement, l'éducation et la pauvreté. J'ajouterais qu'ils devront tenir compte et inclure les connaissances et les méthodes de la guérison traditionnelle des Autochtones.

We need increased funding for mental health services specifically, more federal funding through the NIHB program for mental health counselling. I will not share the numbers with you in my particular presentation, but I have the numbers if you want to talk about that later.

Thank you for your attention and consideration of this matter.

The Acting Chairman: Thank you for the reference list. Will the document to which you referred be made available to us?

Dr. Wieman: Yes, it is here.

The Acting Chairman: Could we have it so that it could be circulated? That is a very important document for us.

Senator Cook: I hardly know where to begin, but thank you for a very thought-provoking overview of where you are in your challenge.

I am a member of the United Church of Canada, which has worked a fair bit with First Nations people. I remember the stories of the residential schools and the healing that accompanied it. Have you ever seen the video *The Taming of Elizabeth Shaw*? Elizabeth Shaw was a teacher in British Columbia in one of the residential schools. That piece left the greatest impact on me.

I am listening to where you are and the challenges that you face with a growing population. I am looking back, because I cannot decide if we were well intentioned. I would like your comment on that. Did we understand? Do we understand now?

Within the conference of my church, there is an all-circle native conference. We have come together, admittedly in small part, in attempting to understand. We all live in communities, as you do live in communities. I am hearing that the communities may be far away. I just cannot get it through my head that someone so close to the heartland of Ontario would live in a house with no floor. If you told me Inuvik, Iqaluit, the Far North or some faraway place, I would be just as distressed but I could understand it better. We have a million people and they are part of this land called Canada. How do we live together?

You live on a reserve that is very structured, and you also live in urban centres or near urban centres where from an economic perspective, the jobs are accessible. If you live in the North, the economics are vastly different.

I also sit on the Standing Senate Committee on Fisheries and Oceans. We just did a study of the northern fisheries of Nunavut and Nunavik. We heard from the people that they want to grow their communities. They want to live in their communities, and make them sustainable. One piece of that economic puzzle is access to licences to fish, access to infrastructure and so on. I am wondering how important is that in the scheme of things?

I know that your area of expertise is in the well-being and the mental health of your population, but somehow or another, I believe it is all interconnected. I am from Newfoundland.

Nous avons besoin de plus d'argent pour les services de santé mentale, surtout une plus grande subvention fédérale par le biais du programme SSNA pour le counselling relatif à la santé mentale. Je ne vais pas vous donner de chiffres, mais je les ai si vous voulez en parler plus tard.

Merci de votre attention et de l'intérêt que vous portez à cette question.

Le président suppléant: Merci pour la liste de références. Allez-vous nous remettre le document que vous avez mentionné?

La Dre Wieman: Oui, je l'ai ici.

Le président suppléant: Pourriez-vous nous le remettre pour le circuler? Ce document est très important pour nous.

Le sénateur Cook: Je ne sais pas par où commencer, mais je vous remercie de nous avoir fait part de votre point de vue au sujet de cette situation difficile.

Je suis membre de l'Église unie du Canada, qui a beaucoup travaillé avec les membres des Premières nations. Je me souviens de ce qui a été relaté au sujet des pensionnats et des solutions apportées. Avez-vous vu la vidéo *The Taming of Elizabeth Shaw*? Elizabeth Shaw était une enseignante dans un pensionnat en Colombie-Britannique. J'ai été très marquée par ce film.

J'ai compris la situation dans laquelle vous vous trouvez et les défis soulevés par l'augmentation de la population. Je regarde vers le passé et je ne sais pas si nous étions animés de bonnes intentions. J'aimerais avoir votre avis. Avions-nous compris? Est-ce que nous comprenons aujourd'hui?

Dans mon église, nous avons une conférence autochtone qui se tient en cercle. Nous nous réunissons, peu de gens à vrai dire, pour essayer de comprendre. Comme vous, nous vivons tous dans des collectivités. Je crois comprendre que les collectivités peuvent être isolées. Je n'arrive pas à admettre que quelqu'un qui habite si près du centre de l'Ontario vit dans une maison de sol en terre battue. Si vous aviez dit que c'était à Nuvik, à Iqaluit, au Grand Nord ou un endroit très éloigné, je serais tout autant choquée, mais je le comprendrais mieux. Il y a un million de personnes qui font partie de ce pays, le Canada. Comment vivons-nous ensemble?

Vous habitez dans une réserve très structurée et vous vivez aussi dans des centres urbains ou près de centres urbains où il est possible de travailler. La situation économique est très différente dans le Nord.

Je siège aussi au Comité sénatorial permanent des pêches et des océans. Nous venons de faire une étude sur les pêches du Nord au Nunavut et au Nunavik. Les gens nous ont dits qu'ils veulent développer leurs collectivités. Ils veulent vivre dans leurs collectivités et les rendre durables. L'accès aux permis de pêche, l'accès à l'infrastructure et cetera, sont des éléments de ce casse-tête économique. Quelle est leur importance dans tout cela?

Je sais que votre spécialité est le bien-être et la santé mentale de votre population, mais d'une façon ou d'une autre, je crois que tout est relié. Je suis originaire de Terre-Neuve. Nous avons

We went through two resettlement programs in my lifetime. It was difficult. Will we take a hard look at things and say, “You cannot live there.” Is that what we will do to people?

The North is harsh — trying to build infrastructure, trying to live in a sustainable community, trying to have a sense of well-being of who you are in your spirituality. I wonder at what point we will look at that piece. I would like your opinion on that.

Dr. Wieman: Senator Cook, I think you have covered pretty much all of Canada’s history in that one question. What I got from your comments, in some ways, were two different types of questions that I will try to address. The first, as I interpret it, has to do with how we live together as people in this country. I am sure, because of the diversity of Aboriginal peoples, you would get 100 different answers if you had 100 Aboriginal people sitting around this table. I can only give you my own perspective.

Culture is part of our identity and our wellness. That is who we are as people. On a personal note, I was one of what is called the “60s scoop” kids. We talked about the residential schools experience; we have not talked too much about 60s scoop. The 60s scoop followed the residential schools experience, once those closed started to close. Many of the child protective agencies — Manitoba was probably the worst affected — in the 1960s started to take Aboriginal kids out of their homes and away from their communities in large numbers. That is the community where I am from, in Manitoba.

I was a Crown ward. I lived in about six different foster homes and I was adopted and raised by a non-native family. I spent many years, of course, going to school and getting my training as a physician. I can tell you that I did not feel that I was a whole person again until I returned to a community. I chose not to go back to my original community and practice because I felt I could make the most impact working at Six Nations, which is the largest reserve community in the country, and because there were so few psychiatrists. That was the basis for my reasoning. I can tell you that I did not feel that I was a complete person until I once again worked in what I call my community now.

As Dr. Kirmayer said, there is an interconnectedness; there is a sense of belonging that is hard to articulate but is nonetheless there. In my opinion, Aboriginal people do not want to go back and blame the past. They want to acknowledge what happened in the past. Even this morning, getting ready to come here, I was listening to CBC Radio and they were talking about the two founding nations of this country: the English and the French. I was thinking, “Hmmm, we are the first peoples; we are the indigenous peoples of this country.”

Much of that history has been lost. Many young people in this country do not know about the original Aboriginal people in this country. That needs to be rectified. One way we can live together is by each acknowledging our own contributions and how we live together as people while we retain our sense of cultural identity.

connu deux programmes de réinstallation. C’était une situation difficile. Nous examinions attentivement des choses et nous disions: «On ne peut pas vivre ici.» Est-ce cela que nous voulons faire aux gens?

Le Nord est une rude région — essayer de construire une infrastructure, essayer de vivre dans une collectivité durable, essayer de se sentir bien au niveau spirituel. Je me demande quand nous déciderons de nous pencher sur ces problèmes. J’aimerais votre opinion à ce sujet.

La Dre Wieman: Sénateur Cook, je pense que votre question traite de presque toute l’histoire du Canada. Je crois que vous soulevez deux questions auxquelles je vais essayer de répondre. La première, si je la comprends bien, concerne la façon dont nous vivons ensemble au Canada. Je suis certaine qu’en raison de la diversité des Autochtones, vous aurez 100 réponses différentes si 100 Autochtones étaient assis autour de cette table. Je ne peux vous donner que mon point de vue personnel.

La culture fait partie de notre identité et de notre bien-être. C’est ainsi que nous sommes faits. En ce qui me concerne personnellement, je fais partie de ce que l’on a appelé «la rafle des années soixante». On a mentionné les pensionnats; nous n’avons pas trop parlé de la rafle des années soixante qui a suivi la fermeture des pensionnats. Dans les années 60, de nombreuses agences d’aide à l’enfant — surtout au Manitoba — ont commencé à retirer beaucoup d’enfants autochtones de leurs foyers et à les éloigner de leurs collectivités. Je parle de la collectivité dont je suis originaire, au Manitoba.

J’ai été pupille de la Couronne. J’ai vécu dans six différents foyers d’accueil. J’ai été adoptée et élevée par une famille non autochtone. Bien sûr, je suis allée à l’école durant de nombreuses années et j’ai étudié pour devenir médecin. Je peux vous dire que je ne me suis sentie épanouie que lorsque je suis retournée dans une collectivité. J’ai préféré ne revenir dans ma collectivité d’origine pour y pratiquer la médecine, car je pensais être plus utile aux Six Nations, qui est la plus grande réserve de collectivités au pays et parce qu’il y avait si peu de psychiatres. C’est ce que j’ai pensé. Ce n’est que lorsque j’ai travaillé de nouveau dans ce que je considère, aujourd’hui, comme étant ma collectivité que je me suis sentie épanouie.

Ainsi que l’a dit le Dr Kirmayer, il y a une interdépendance; un sens d’appartenance difficile à décrire, mais qui existe. À mon avis, les Autochtones ne veulent pas regarder vers le passé et le blâmer. Ils veulent que l’on reconnaisse ce qui s’est passé. Ce matin même, en me préparant à venir ici, j’écoutais la radio de la CBC, on parlait des deux nations fondatrices de ce pays: les Anglais et les Français. Je me suis dit: «Mais, nous sommes les Premières nations, nous sommes les indigènes de ce pays.»

Une grande partie de cette histoire est oubliée. De nombreux jeunes au Canada ignorent l’histoire des Autochtones. Il faut y remédier. Pour vivre ensemble, il faut reconnaître les contributions de chacun et la façon de vivre ensemble tout en conservant notre identité culturelle.

I do not think people want to live in isolation. People in my community want to go out into urban settings and get training that is necessary; but a lot of people want to return to the communities and do the best that they can. Having the experience of working both at an academic institution like McMaster University, and also being based in an Aboriginal community — sort of being a bridge between those two worlds — is not an easy place to be. It is one of the biggest challenges in my career. Nonetheless, it is valuable.

Even my life experience has been a valuable thing that I can offer to people. My patients appreciate that I have also suffered. As Dr. Kirmayer said earlier, Aboriginal people respond — my clients respond to me because even though they may not know my life story, they recognize some sort of commonality.

The second question had to do with access to mental health services. I see this as one of the major issues that we tackle in delivering mental health services, and that you as a committee will likely have to tackle in terms of making recommendations or statements around mental health services for Aboriginal people.

There are many different reasons why access is difficult, from purely physical reasons of not being able to get to a certain place to non-physical or psychological reasons. We know, for example, that psychiatric patients or people experiencing emotional difficulties find it hard to be organized enough to get to appointments. In other words, there is a very high no-show rate for appointments. For example, in my clinic at any one time we have a 10 per cent to 33 per cent no-show rate. I will give you an example from the mainstream.

If you attend appointments at the office of a highly specialized psychiatrist in Hamilton and you miss one or two appointments, you simply will not be seen by that psychiatrist again. However, at our clinic, if an individual misses an appointment, we cannot exclude him or her from our services. We have to retain the person as a patient. I know many of my patients quite well, so sometimes I get in my car and find them because I have that hour booked to see them.

We have tried to access services in Hamilton that are more specialized, that we do not offer. Those might include treatment for anxiety disorders or cognitive behavioural treatment for depression. We do not have the resources in our clinic to do that.

I do not know what the factors are, but we have a very difficult time accessing these services. I would be reluctant to put a name on it, but I would suggest that people simply do not want to deal with our people sometimes. I am not sure why that is, but I have my suspicions.

The community where I work is divided right down the middle in terms of catchment areas. There is Haldimand-Norfolk region, Brantford region and Hamilton region. In some ways, you become a little paranoid in thinking that this is done on purpose, because no one knows where to go. If you show up in Brantford you may be told that you are not their problem but Hamilton's

Je ne crois pas que les gens veulent vivre en isolement. Les gens de ma collectivité veulent aller dans des centres urbains et recevoir la formation nécessaire, mais un grand nombre veulent retourner dans les collectivités pour faire ce qu'ils peuvent faire de mieux. Étant donné que j'ai travaillé dans un établissement d'enseignement supérieur comme l'Université McMaster et dans une collectivité autochtone — je me trouve un peu entre ces deux mondes — une situation un peu inconfortable. C'est l'un des plus grands défis de ma carrière mais qui a, malgré tout, des avantages.

Même ma vie personnelle est une chose importante que je peux offrir aux gens. Mes patients tiennent compte du fait que moi aussi, j'ai souffert. Comme le disait le Dr Kirmayer, les Autochtones réagissent — mes clients réagissent à mon égard, car, même s'ils peuvent ne pas connaître l'histoire de ma vie, ils reconnaissent quelque chose de commun.

La deuxième question portait sur l'accès aux services de santé mentale. C'est, à mon sens, l'un des plus importants obstacles dans la prestation de services de santé mentale. Le comité devra probablement aborder ce problème pour faire des recommandations ou se prononcer sur les services de santé mentale pour les Autochtones.

Les raisons des difficultés d'accès sont multiples, des raisons entièrement physiques comme l'impossibilité de se déplacer et des raisons non physiques ou psychologiques. Par exemple, nous savons qu'il est difficile pour les malades mentaux ou les personnes qui éprouvent des difficultés de caractère affectif d'être suffisamment organisés pour venir aux rendez-vous. Autrement dit, un très grand nombre de patients manquent leur rendez-vous. Dans ma clinique, il est très courant que 10 à 33 p. 100 des personnes manquent leur rendez-vous. Je vous donne un exemple courant.

Quelqu'un qui consulte un psychiatre très spécialisé à Hamilton et qui manque un ou deux rendez-vous sera éliminé de la liste des patients. Nous ne refusons pas, dans notre clinique, les patients qui manquent des rendez-vous, nous devons continuer à traiter ces patients. Je connais assez bien un grand nombre de mes patients, il m'arrive d'aller chez eux, en voiture, parce que je leur avais réservé une heure pour les voir.

Nous avons essayé d'avoir accès à des services de Hamilton qui sont plus spécialisés, pour des traitements que nous n'offrons pas tels que le traitement des troubles anxieux ou la thérapie cognitivo-comportementale de la dépression. Notre clinique ne dispose pas des ressources permettant de donner ces traitements.

J'ignore pourquoi, mais il nous est très difficile d'obtenir ces services. J'hésiterais à qualifier cette attitude, mais je suggérerais que, quelquefois, les gens ne veulent simplement pas avoir affaire à nos collectivités. Je n'en connais pas les raisons, même si j'ai mes doutes là-dessus.

Ma collectivité est divisée en deux par les bassins versants. Il y a les régions de Haldimand-Norfolk, de Brantford et de Hamilton. D'une certaine façon, on devient un peu paranoïaque en imaginant que cela a été fait volontairement parce qu'on ne sait plus où aller. Si on va à Brantford, on se fait répondre qu'ils ne sont pas responsables et ils vous envoient à Hamilton. À

problem. If you go to Hamilton, they may say that you are Brantford's problem. I referred to that with the provincial-federal problem as well — in other words, no one wants to take responsibility in whole or in part and say, "Yes, you are our problem."

Senator Cook: In my province, Goose Bay is the closest area for the seven or eight communities along the Labrador Coast, and the services are limited. I do not need to speak to the crisis of Davis Inlet, because everyone is familiar with that story.

In the 1970s and 1980s, the United Church, in partnership with social services, ran a number of programs for the youth in Goose Bay. It did not go very well because we were getting the same young offenders. Life was different from the perspective of the 8- to 16-year-olds. The downside was that the parenting skills were lost in the communities. That did not work.

How do you deliver services? How do you maintain a people's culture and the economics of living in such far-flung worlds? You did not speak to the justice system, the sensitivity or the insensitivity. The only person seen in the communities is the RCMP. All of those pieces contribute to mental health and well-being of people who choose to live in more remote communities — which is their right. They have a right to live wherever they want to live.

Ms. Restoule: My thoughts go to something Dr. Kirmayer referred to earlier about a sense of empowerment and ability to plan one's future. It makes a big difference if communities have the ability to develop education and health care systems that meet the unique needs of the families, that create economic opportunities, that have culturally based child welfare services and that are sensitive to health services. That is why some of our communities do better than other communities. With strong leadership and strong ideas, they are able to enforce, plan and implement in the communities. That tends to make a difference, because suddenly people feel that there is sustainability, that they have responsibility and that they are empowered. Suddenly their well-being tends to improve because they can make plans and see growth and sharing. Community programs are interconnected. That makes a big difference.

I was speaking with some of the board members of the Native Mental Health Association of Canada to ask their opinions. The board member from Eastern Canada said this to me: "If I could leave you with one thing, it is that, on the East Coast, suicide rates were quite high prior to the Oka crisis." They found that immediately following the crisis there was a significant decrease in suicide rates. It seems that suddenly there was a sense of hope among the youth in Eastern Canada, that Aboriginal people had a voice and could make a stand about what was important to them and that they would be recognized and heard. That struck me as interesting. I would not have thought that, but I think empowerment plays a very big part in our well-being.

Hamilton, on peut vous dire que vous êtes de la responsabilité de Brantford. Je dirais que c'est pareil avec les gouvernements provincial et fédéral, autrement dit, personne ne veut assumer la responsabilité, en tout ou en partie, et dire «Oui, vous êtes de notre responsabilité.»

Le sénateur Cook: Dans ma province, Goose Bay est la plus proche région pour les sept ou huit collectivités le long de la côte du Labrador et les services sont limités. Je ne vais pas parler de la crise de Davis Inlet car tout le monde est au courant.

Dans les décennies 70 et 80, l'Église unie, en partenariat avec les services sociaux, a lancé plusieurs programmes à l'intention des jeunes de Goose Bay. Ces programmes n'ont pas été efficaces, car nous les mêmes jeunes délinquants réapparaissent. Les jeunes entre 8 et 16 ans avaient une perception différente de la vie. Le problème était que les compétences parentales étaient absentes dans les collectivités. Ça n'a pas marché.

Comment fournir les services? Comment préserver la culture et la situation économique des gens qui vivent si loin? Vous n'avez pas parlé du système juridique, de la sensibilité ou de l'insensibilité. La seule personne que l'on voit dans les collectivités est le gendarme. Tous ces éléments influant sur la santé mentale et sur le bien-être des gens qui choisissent de vivre dans des collectivités plus isolées, ce qui est leur droit. Ils ont le droit de vivre où bon leur semble.

Mme Restoule: Je pense à ce qu'à dit le Dr Kirmayer tout à l'heure sur la prise en charge et la capacité à planifier son propre avenir. La situation serait très différente si les collectivités avaient la possibilité de développer des systèmes d'enseignement et de soins de santé qui répondraient aux besoins particuliers des familles, qui créeraient des débouchés économiques, qui auraient des services d'aide à l'enfant adaptés à la culture et qui seraient sensibles aux services de santé. C'est la raison pour laquelle la situation de certaines de nos collectivités est meilleure que dans d'autres. Avec un bon leadership et de bonnes idées, elles peuvent élaborer des plans et les mettre en œuvre dans les collectivités. Cela fait une différence, car soudainement, les gens jugent qu'il y a de la durabilité, qu'ils sont responsables et qu'ils se sont pris en charge. Leur bien-être a tendance à s'améliorer parce qu'ils peuvent faire des projets et constater une croissance et un partage. Les programmes communautaires sont interdépendants. C'est une différence importante.

J'ai demandé à quelques membres du conseil de Native Mental Health Association of Canada ce qu'ils en pensaient. Le membre du conseil de l'est du Canada m'a répondu: «S'il y a quelque chose que je veux vous dire c'est que, sur la côte Est, les taux de suicides étaient assez élevés avant la crise d'Oka.» De suite après la crise, le taux de suicide a considérablement baissé. On aurait dit que d'un seul coup, un espoir est né chez les jeunes de l'est du Canada, que les Autochtones avaient une voix, qu'ils pouvaient défendre leur position et qu'ils seraient reconnus et entendus. Cela m'a paru très intéressant. Je n'y aurais pas pensé, mais je crois que la prise en charge joue un rôle très important pour notre bien-être.

Senator Cook: The people of Labrador became Canadians just over 50 years ago. There were no indigenous people, according to the terms of union. Dr. Wilfred Grenfell, an English medical missionary, serviced the coast. That is now done by teachers from Labrador, and by social workers and nurses. Would it help if their curricula included training with respect to the particular population?

The Acting Chairman: I would like to hear from Dr. Kirmayer on this issue.

Dr. Kirmayer: I would be pleased to respond. Some extremely important issues are being raised that go right to the heart of things. I am glad to have things situated historically. The processes of the last 200 years are ongoing. I want to show one slide, which I skipped over earlier, that acknowledges that we had in Canada, as in New Zealand and in Australia, an explicit policy of forced assimilation — that Indians, First Nations people, were less civilized and that it was a kindness to them to bring them up to speed and to force on them a kind of Euro-Canadian culture. Many policies, such as residential schools and other kinds of interventions, stem from that attitude. That attitude is not dead, unfortunately, although some things have changed. There seems to be a growing awareness of the intrinsic value of Aboriginal traditions and the right for people to maintain their traditions and the value of diversity.

There is a strong tendency to hold people to one model of how to live life that infiltrates all of our design of services. That speaks toward the educational goal. Unless the issue of cultural difference, diversity and tradition is made explicit and is grounded in models of mental health, rather than in models of community development for people, then well-intentioned people will attempt, inadvertently, to impose an ethnocentric model. Many nations are looking to Canada's experiments in allowing and fostering a kind of diversity and a kind of pluralism. Certainly, relations with Aboriginal people are a big part of that. In medical education and in the health professions, there is little training on issues of culture.

On this slide, I wish to draw senators' attention to one thing. Most of the points are quite explicit, but one line says "essentializing identity." That is a particularly interesting notion because it speaks to the idea that we impose a cookie-cutter notion of identity on people.

We say, "Okay, this is a First Nation individual, so he or she should be living like this." In fact, young people have available to them a tremendous diversity of opportunities. People in the most remote communities in Canada are connected to the Internet, satellite TV and mass media. They have an awareness of self and local worlds in relationship to larger global phenomenon.

Aboriginal identity is a moving target. People are developing it in individual ways. If they are given opportunities and resources, and if practices of exclusion do not continue, a range of communities and types of identity will flow forward.

Le sénateur Cook: Il y a juste un peu plus de 50 ans que les habitants du Labrador sont devenus Canadiens. Selon les conditions de l'union, ils n'étaient pas considérés comme des indigènes. Le Dr Wilfred Grenfell, un missionnaire médical anglais, a travaillé sur la côte. Aujourd'hui, ce sont les enseignants du Labrador, les travailleurs sociaux et les infirmières qui continuent ce travail. Serait-il utile d'inclure dans leur programme d'études une formation axée sur une population particulière?

Le président suppléant: J'aimerais que le Dr Kirmayer réponde à cette question.

Le Dr Kirmayer: Avec plaisir. Des questions extrêmement importantes et fondamentales ont été soulevées. Je suis heureux que les problèmes aient été situés dans le contexte historique. Les processus des 200 dernières années se poursuivent. Je vais vous montrer une diapositive que je n'avais pas projetée. On voit que le Canada, comme la Nouvelle-Zélande et l'Australie, menait une politique manifeste d'assimilation forcée — que les Indiens, les membres des Premières nations, étaient moins civilisés, qu'on leur rendait service en les modernisant et leur imposant une culture eurocanadienne. De nombreuses politiques, notamment les pensionnats et d'autres mesures, sont issues de cette attitude qui, hélas, est toujours présente, même s'il y a eu des changements. Il semble y avoir une sensibilisation croissante des valeurs intrinsèques des traditions autochtones et du droit des gens à préserver leurs traditions et leurs différences.

Il y a une forte tendance à imposer aux gens un seul mode de vie et cela se reflète dans toutes nos conceptions des services. Je parle de l'objectif éducationnel. Si la question de la différence, de la diversité et de la tradition culturelles n'est pas abordée explicitement et si elle n'est pas incorporée dans des modèles de santé mentale au lieu de l'être dans des modèles de développement de collectivité, les gens bien intentionnés tenteront, sans le vouloir, d'imposer un modèle ethnocentrique. De nombreux pays suivent de près les tentatives du Canada visant à instaurer une sorte de diversité et de pluralisme. Assurément, les relations avec les Autochtones en sont un élément important. L'aspect culturel est peu présent dans l'enseignement médical et les professions de la santé.

Dans cette diapositive, j'attire l'attention des sénateurs sur une chose. La plupart des points sont assez explicites, mais une ligne contient l'expression «fondement essentiel de l'identité.» Cette notion est particulièrement intéressante, car elle laisse supposer que nous imposons aux gens une approche uniforme de l'identité.

Nous disons: «Voici un membre des Premières nations, donc il ou elle devrait vivre de cette façon». En fait, les jeunes ont une multitude de possibilités. Les gens qui vivent dans les collectivités les plus isolées ont accès à Internet, à la télévision satellite et aux mass média. Ils savent se situer et situer leur environnement par rapport au reste du monde.

L'identité des Autochtones évolue. Chacun la développe à sa manière. Si on leur donne les possibilités et les ressources, et si l'on met fin aux pratiques d'exclusion, tout un éventail de collectivités et d'identités apparaîtra.

In the past, and as recently as last year in an op-ed piece in the *Globe and Mail*, all the problems were blamed on people hanging on to the past, that they should assimilate into mainstream society and communities should dissolve. That thinking is no different than what existed in the late 1800s and what contributed directly to the magnitude of the mental health problems that the communities are experiencing now.

Senator Cook: The federal government is paying a terrible price economically for what you just referred to. The people of Davis Inlet were not asked what kind of housing they wanted. They were not asked how they would like to live in their new community of Sango Bay. Once again, people are paying the price; the government is paying the economic price, dollars that could be better used. That is my rant, thank you.

Senator Keon: I, too, do not know where to begin. I see two huge problems that perhaps could be addressed. One is the suicides, particularly in young males, and the other is the criminalization, particularly, of young males.

Both these phenomena are catastrophes. I should like to do whatever little bit I can through this committee and through the Senate to help you to focus on these two areas to see what can be done to correct them.

The suicide phenomenon is frequently associated with criminalization. I know of a recently publicized incident of a young male who looked like he had a very bright future. He was arrested for drunken driving, and suddenly he is a criminal. He has no future. He cannot leave the country. He cannot go to university. He cannot do anything. He shot himself.

If there were some way of decriminalizing these people, or at least lifting the burden of criminalization from them, they could attend university, work for the federal, provincial or local government, travel and be a normal person.

I do not know how we could help you, but I would like to see you focus on those two areas and see what we can do to help you. I should like to have your comments.

Dr. Kirmayer: I wish to speak to that just for a moment. Along with Dr. Wieman and many other people, I have been involved in some initiatives to look at the problem of suicide. This issue has been ongoing for years, and there have been many efforts.

I am concerned with putting exclusive focus on that, for a couple of reasons. I really see the problem of suicide as an index of broader problems that affect many more people. The exclusive focus on suicide does not lead one immediately to the roots of the problem.

Certainly, the fact that young males are more directly affected than other segments in the community says something important about the opportunities, the vision of the future and the sense of

Dans le passé, et aussi récemment que l'an dernier dans une page en regard de l'éditorial publiée dans le *Globe and Mail*, on attribuait tous les problèmes à ceux qui s'accrochaient au passé, on leur demandait de s'intégrer à la société et, de ce fait, les collectivités disparaîtraient. Ce raisonnement n'est pas différent de celui de la fin du XIX^e siècle qui a directement contribué à multiplier les problèmes de santé mentale qui frappent, aujourd'hui, les collectivités.

Le sénateur Cook: Le gouvernement fédéral paie un prix considérable, du point de vue économique, en ce qui a trait à ce que vous venez de mentionner. On n'a pas demandé aux habitants de Davis Inlet le genre de logement qu'ils voulaient. On ne leur a pas demandé de quelle façon ils aimeraient vivre dans leur nouvelle collectivité de Sango Bay. Une fois de plus, les gens paient le prix; le gouvernement paie le prix économique, de l'argent qui aurait pu être mieux utilisé. C'est ce que j'avais à dire, merci.

Le sénateur Keon: Moi aussi, je ne sais par où commencer. Je vois deux problèmes considérables qui pourraient peut-être être réglés. L'un concerne les suicides, principalement chez les jeunes hommes, et l'autre la criminalisation, surtout chez les jeunes hommes.

Ces deux phénomènes sont tous deux catastrophiques. J'aimerais faire mon possible au sein du comité et du Sénat pour vous aider à vous pencher sur ces deux problèmes et trouver des solutions.

Le suicide est souvent lié à la criminalisation. J'ai lu récemment un article sur un jeune homme qui avait semblé avoir tout pour réussir dans la vie. Il a été arrêté pour conduite en état d'ivresse et voilà que tout à coup il est considéré comme un criminel. Il n'a plus d'avenir. Il ne peut sortir du pays. Il ne peut pas s'inscrire à l'université. Il ne peut rien faire. Il s'est suicidé avec une arme à feu.

Si on peut décriminaliser ces personnes ou, au moins, éliminer les charges de criminalisation qui pèsent sur elles, on leur permettrait d'étudier à l'université, de travailler pour les gouvernements fédéral, provincial ou local, de voyager et d'être des citoyens normaux.

Je ne sais pas comment nous pouvons vous aider, mais j'aimerais que vous vous intéressiez à ces deux problèmes et que vous déterminiez ce que nous pouvons faire pour vous aider. J'aimerais avoir votre avis.

Le Dr Kirmayer: Je voudrais dire un mot là-dessus. Avec la Dre Wieman et de nombreuses autres personnes, nous avons pris quelques initiatives concernant le problème du suicide. Ce problème existe depuis longtemps et a suscité beaucoup de travail.

Le fait de ne se limiter qu'au suicide me préoccupe pour deux raisons. À mon avis, le suicide résulte de problèmes plus graves qui touchent beaucoup plus de gens. Ne considérer que le suicide ne mène pas immédiatement aux causes du problème.

Bien sûr, le fait que les jeunes hommes soient plus concernés directement que d'autres personnes de la collectivité souligne l'importance des débouchés, de la vision de l'avenir et de l'idée

self that young males have in some Aboriginal communities. Arguably, there are ways in which males have experienced the rapidity of culture change and the impact of forced assimilation somewhat differently. They have been harder hit in a way. There has been more discontinuity in their roles and in their options as important members of the community. In many Aboriginal communities, men were very involved with subsistence activities and maintaining the economic welfare of the community.

As the communities have shifted toward being service-based with human resources and human relations jobs available, women have been more represented proportionately. Men may have fewer options in some communities. That may have an indirect impact on youth.

All that to say that I think that a broader focus is important. The suicide statistics are very alarming. It involves deaths that are deaths of the youngest people with the most potential for the future. It is just agonizing for everyone.

The danger of focusing on that exclusively is that we might miss the broader social issues, the fabric of the community and the sense of self-direction in the community. The point was made earlier that those communities that have a sense of local power and of making a difference probably have a lower rate of suicide because young people think they can make a difference. They can imagine growing up with a voice and an impact on government and the future.

That is one of the best antidotes to the personal and individual despair and suffering that drives people to suicide. Even if one takes the problem of suicide extremely seriously and puts it right at the centre, one is led naturally to being concerned about issues of community development and empowerment for young people rather than focusing on suicidality.

In regard to criminalization, your point is well taken about the need to deal with issues of racism within the system. Decisions are not always made in an unbiased and equitable way. We must also look at alternative forms of conflict resolution, of maintaining ties of connectedness and not creating the feeling of being cut-off, which is a catastrophe for everyone, not only for Aboriginal young people.

Dr. Wieman: You said that you did not know what to do. I can help you with that. I agree with Dr. Kirmayer that we cannot necessarily allow the primary focus to be on suicide.

I have provided honourable senators with background information on a project that was commissioned by the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada and the Assembly of First Nations. That report came out in October 2002. It was entitled "Acting on What We Know: Preventing Youth Suicide in First Nations." We called the report that because we know about suicide, we know how often it occurs, we know who is doing it, but now we have to take action on it. The report was really a call for action.

que se font d'eux-mêmes les jeunes hommes de certaines collectivités autochtones. Il est vrai que des hommes ont affronté différemment le changement culturel rapide et l'assimilation forcée. D'une certaine façon, ils en ont souffert plus. La rupture au niveau de leurs rôles et de leurs options en tant que membres importants de la collectivité a été plus nette. Dans de nombreuses collectivités autochtones, les moyens de subsistance et le bien-être économique de la collectivité sont plus du ressort des hommes.

Avec le passage des collectivités à une économie fondée sur les services offrant des emplois dans les ressources humaines et les relations humaines, la représentation des femmes est proportionnellement plus élevée. Les hommes ont peut-être moins d'options dans certaines collectivités. Cette situation peut avoir un effet indirect sur la jeunesse.

Tout cela pour dire que je pense qu'il est important de ne pas se concentrer sur un seul élément. Les statistiques concernant le suicide sont très alarmantes. Il s'agit de morts, de la mort de jeunes gens dont l'avenir promettait d'être brillant. C'est tragique pour tout le monde.

En nous concentrant exclusivement sur le suicide, nous risquons de passer à côté de problèmes sociaux plus importants, du tissu social de la collectivité et de l'autodétermination dans la collectivité. On a fait observer tout à l'heure que les collectivités qui ont un sens de l'autodétermination et qui veulent changer le cours des choses ont probablement un taux de suicide inférieur, car les jeunes pensent qu'ils peuvent changer les choses.

C'est l'un des meilleurs antidotes au désespoir et à la souffrance qui mènent au suicide. Même si l'on considère le problème du suicide très sérieusement et qu'on le place au cœur du problème, les questions du développement de la collectivité et le pouvoir de décision par les jeunes seront automatiquement pris en compte au lieu de ne se concentrer que sur le phénomène du suicide.

À propos de la criminalisation, vous avez raison de dire qu'il faut régler les questions liées au racisme à l'intérieur du système. Les décisions ne sont pas toujours prises d'une manière impartiale et équitable. Nous devons aussi chercher d'autres solutions aux conflits afin de préserver l'interdépendance et ne pas créer un sentiment d'exclusion qui serait désastreux pour tout le monde et pas seulement pour les jeunes Autochtones.

La Dre Wieman: Vous avez dit que vous ne saviez pas ce qu'il fallait faire. Je peux vous aider. Je suis d'accord avec le Dr Kirmayer sur le fait de ne pas considérer exclusivement le suicide.

J'ai fourni aux honorables sénateurs de la documentation concernant un projet commandé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et par l'Assemblée des Premières nations. Ce rapport, publié en octobre 2002, s'appelle «Agir selon ce que nous savons: La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations.» Nous lui avons donné ce titre, car nous savons ce qu'est le suicide, nous en connaissons la cadence, nous savons qui se suicide, mais nous devons agir maintenant. Ce rapport demandait vraiment que l'on prenne des mesures.

In some of the background information that I provided to Senator Morin last fall, I included the executive summary from that report. There were some 30-odd recommendations that this group made. We worked over a period of two years to examine the problem from every angle possible. I can honestly say that the work of that group was extremely thoughtful.

Every recommendation in that report was achieved by consensus, which is important for you to know. Everyone felt strongly that each recommendation should be there. Many of the recommendations outline a role for the federal government.

The recommendations are centred around four major themes. First, we should increase what we know about suicide and what we know about suicide prevention. The second theme was about optimizing mental health services that are delivered for First Nations people. The third theme was how to go about fostering community development approaches, communities' own ideas of what would be helpful to them in terms of preventing suicide. The fourth theme was centred around fostering youth's identity, their sense of themselves and their culture.

That report was not meant to be the definitive statement on suicide. It was meant to be a living document that we could go to over time and see how many of these recommendations have been carried out. Some of them are in process. For example, Dr. Kirmayer mentioned the National Network on Aboriginal Mental Health Research. That would be one initiative that is funded through the Institute of Aboriginal People's Health, the Canadian Institutes of Health Research that brings together a group of people who are researchers with an interest in the area of Aboriginal mental health. Suicide is but one of the areas of interest.

My plea would be that you take look at the recommendations from that report, at least, and see if we can keep the momentum going in terms of addressing some of those things. A lot of work has gone into the different reports, and we would like to see things actually start happening rather than just doing report after report every decade or so.

The Acting Chairman: The clerk has that report and it will be circulated to members.

Senator Keon: Dr. Wieman, would you comment on what measures you have in place, and what measures you think you could put in place, for decriminalization of these young people who are in prison? It is not so much the fact they are in prison, or in and out of prison, but that it is the end of the road for them. It is so tragic for them. Is there any initiative?

Dr. Wieman: There is not a specific pan-Canadian initiative that I am aware of. My colleagues may know differently.

What you describe is the same type of problem that I often see in practising medicine, which is that we tend to only deal with the crises. We only tend to manage people on an emergency basis. We do not do any primary prevention, or early prevention

Dans la documentation que j'ai remise au sénateur Morin l'automne dernier, j'avais inclus le résumé de ce rapport. Ce groupe avait fait une trentaine de recommandations. Pendant deux ans, nous avons étudié le problème sous toutes ses formes. Je peux dire sincèrement que le groupe a fait un travail minutieux.

Il est important de savoir que toutes les recommandations du rapport ont été adoptées à l'unanimité. Chacun d'entre nous était fermement déterminé à inclure chacune des recommandations. De nombreuses recommandations mettent en évidence le rôle que peut jouer le gouvernement fédéral.

Les recommandations s'articulent autour de quatre thèmes principaux. Premièrement, nous devons faire plus de recherches sur le suicide et sur sa prévention. Deuxièmement, il faut optimiser les services de santé mentale offerts aux membres des Premières nations. Troisièmement, il faut favoriser le développement des collectivités, les propositions des collectivités pouvant être utiles en termes de prévention du suicide. Quatrièmement, il faut encourager la recherche d'une identité, de la conscience de soi et de la culture chez les jeunes.

Ce rapport n'est pas censé être une déclaration définitive au sujet du suicide. C'est un document évolutif à consulter au fil du temps pour déterminer le nombre de recommandations mises en œuvre. Certaines sont en cours d'application. Par exemple, le Dr Kirmayer a mentionné le réseau national de la recherche dans le domaine de la santé mentale autochtone qui est une initiative subventionnée par le biais de l'Institut de la santé des Autochtones, les Instituts canadiens de recherche en santé regroupant des chercheurs travaillant dans le domaine de la santé mentale autochtone. Le suicide ne constitue que l'un des sujets d'intérêt.

Je souhaite que vous puissiez, au moins, examiner les recommandations de ce rapport afin de déterminer si nous pouvons continuer dans cette voie pour régler certains de ces problèmes. Les différents rapports ont exigé beaucoup de travail, aussi nous espérons que des mesures concrètes soient prises et que nous n'ayons pas à soumettre rapport après rapport tous les dix ans.

Le président suppléant: Le greffier a ce rapport, il va être circulé aux membres.

Le sénateur Keon: Docteure Wieman, pourriez-vous nous dire quelles sont les mesures que vous avez appliquées et quelles sont les mesures que vous pensez pouvoir appliquer pour décriminaliser les jeunes qui sont en prison? Ce n'est pas tellement le fait qu'ils soient en prison ou qu'ils y passent plusieurs séjours, mais qu'il n'y ait plus d'espoir pour eux. Leur situation est vraiment tragique. Y a-t-il une initiative à cet égard?

La Dre Wieman: À ma connaissance, il n'y a pas d'initiative proprement pancanadienne. Mes collègues en savent peut-être plus.

Ce que vous décrivez est le même genre de problème que je rencontre souvent dans la pratique de la médecine, c'est-à-dire cette tendance à ne régler que les crises à ne s'occuper des gens qu'en situation d'urgence. Il n'y a pas de prévention primaire ni

programming, before these young people even become involved in the criminal system. I think that is perhaps what the other presenters have spoken to as well.

We need to look at families and communities, and families and communities in distress, and why young people act out in the way they do and why they exhibit behaviours the way they do. At some point, the only way we are going to achieve long-term improvement and benefits and, frankly, cost effectiveness in terms of monies that are spent on interventions is if we start looking at a primary prevention focus for things. My concern is that we will continue to throw money at something that is not all that effective or that does not have a long-lasting effect. On some level, we need to take a step back and, instead of looking at the symptom, look at the underlying actual problem and what it is related to.

Senator Keon: I was a heart surgeon in my other life, and I lived with the criticism throughout my career of blowing a lot of money on operating on people whose disease was preventable. I did everything I could to provide the very best resources and preventive programs in my institution; however, for the guy lying in front of me who had 12 hours to live but could get another 30 years by having a heart operation, the prevention program was not relevant. For the 19-year-old kid who has a criminal record, the prevention programs that you are going to institute are not relevant. That kid has had his life ruined. I think we cannot afford to wait for some of this stuff to catch up.

Dr. Wieman: To clarify, I was not suggesting that we move exclusively to primary prevention models. In the case of the 19-year-old you mentioned, I would not necessarily address his criminal behaviour exclusively; there must be underlying mental health reasons, among others, as to why he is behaving that way and making the choices he is making. That is what I was trying to address in my presentation. I deal with many people in my community who are involved with the legal system. It takes a lot of time to work with people and to get them to develop an insight into why they behave in certain ways.

That is partly the answer to your question. I am not simply suggesting that we have prevention models. However, the way that I deliver services in my community, I think, is actually very helpful for people, but it takes a long time for some people to bring about positive changes in their lives.

I have a hard time relating to some of my colleagues in the department of psychiatry, because I use about half of what I learned in my psychiatry residency. I am not saying that I am off the wall in terms of my treatment, but I have had to modify my approach and deliver services differently from how I was trained in some ways.

In terms of the 19 year old in your example, it would take intensive work to help that person and to support him in making changes in his life. I am saying that 27 counselling sessions is not the answer, nor is a six-week stint in a substance abuse treatment centre the answer. It might help, but it probably will not.

de programme de prévention précoce avant que ces jeunes aient des démêlés avec la justice pénale. Je pense que les autres témoins en ont aussi parlé.

Nous devons prendre en compte les familles et les collectivités, les familles et les collectivités en désarroi et les raisons de la conduite et du comportement des jeunes. À un moment donné, nous ne pourrions pas apporter des améliorations et des avantages à long terme et, franchement, nous ne pourrions pas rentabiliser les coûts des interventions à moins que nous commençons à mettre l'accent sur la prévention primaire. Je crains que nous ne continuions à dépenser de l'argent pour des choses qui ne sont pas du tout efficaces et qui n'ont pas d'effet à long terme. Nous devons, quelque part, prendre du recul et, au lieu d'examiner le symptôme, nous devons étudier le problème de fond et ce à quoi il est lié.

Le sénateur Keon: J'ai aussi été cardiochirurgien et j'ai connu des critiques tout au cours de ma carrière; on reprochait de dépenser beaucoup d'argent pour opérer des gens atteints d'une maladie évitable. J'ai fait de mon mieux pour fournir les meilleures ressources et des programmes de prévention dans mon établissement; cependant, pour la personne allongée devant moi à qui il ne restait que 12 heures à vivre, mais qui pouvait avoir 30 ans de plus à vivre si on lui faisait une opération du cœur, le programme de prévention ne signifiait pas grand-chose. Un jeune de 19 ans qui a un casier judiciaire n'est pas concerné par les programmes de prévention. L'avenir de ce jeune est compromis. Je pense que nous ne pouvons pas nous permettre de laisser ce genre de choses s'empirer.

La Dre Wieman: Permettez-moi d'apporter une précision, je ne suggèrais pas de ne suivre que des modèles de prévention primaire. Dans le cas du jeune de 19 ans, je ne tiendrais pas nécessairement compte que de son comportement criminel; il doit y avoir des raisons de santé mentale sous-jacentes, entre autres, pour expliquer sa conduite et les choix qu'il a fait. C'est ce que j'essayais d'expliquer dans mon exposé. Dans ma collectivité, j'ai affaire à beaucoup de gens qui ont des démêlés avec la justice. Il faut beaucoup de temps avant que les gens ne prennent conscience de leurs actes.

Cela répond en partie à votre question. Je ne suggère pas simplement d'avoir des modèles de prévention. Cependant, je pense que la façon dont j'offre des services dans ma collectivité aide beaucoup les gens, mais il faut beaucoup de temps avant que les gens fassent des changements positifs dans leur vie.

J'ai eu du mal à me situer par rapport à certains de mes collègues du département de psychiatrie, car j'utilise environ la moitié des connaissances que j'ai acquises dans ma résidence en psychiatrie. Je ne dis pas que mon traitement va à l'encontre des normes, mais j'ai dû modifier mon approche et offrir des services d'une manière qui diffère, à certains égards, de la formation que j'ai reçue.

Pour ce qui est de l'exemple du jeune de 19 ans, il faudrait un traitement intensif pour l'aider à faire des changements dans sa vie. Je veux dire que 27 séances de counselling n'apporteront pas de solution, ni six semaines dans un centre de traitement pour les toxicomanies. Cela pourrait être utile, mais probablement pas.

Senator Cordy: I should like to get back to the issue of human resources. When we spoke a couple of week ago, or last week, to people from New Zealand on a teleconference, they spoke about how they have encouraged more Aboriginal peoples, Maoris, to get involved in the health care services.

I look at ways to do that. Certainly, you cannot do it without funding and you cannot do it without scholarships for students who are going to go on to medical school or into psychology. However, I believe there is more than that. You cannot just have the pot of money over here that no one will access. You have to have encouragement and support and leadership from native leaders, role models such as yourselves. How do you go about doing it?

If we are going have culturally appropriate services, particularly for mental illness and mental health, but also in all areas of the health care system, it certainly is helpful if native people are providing the service. There is a shortage of medical personnel in all of Canada, but particularly so, I think, in the Aboriginal community. Could you give us some suggestions as to recommendations that we could make, aside from funding issues?

Ms. Restoule: I have some fairly strong thoughts on it. As an Aboriginal person, choosing to go into a mental health profession, one of the things that I encountered in graduate school — and this sort of relates to something Senator Cook said earlier — has to do with having education that is culturally sensitive.

What I encountered in graduate school is that there was little acknowledgement or recognition about the special needs of First Nations peoples. When we were being trained with respect to counselling services, or on issues around children and family and youth and forensics, there was little talk about the unique needs of First Nations people. One of the things I had to do on a daily basis was ask my professors does such and such applies to First Nations people. Unfortunately, I have to tell you that they often told me they did not know. They left it to me to get my own training with respect to First Nations people.

I think an education of the unique needs of First Nations people is important — so that we are acknowledged, as Dr. Wieman said earlier, as being one of the founding fathers of this country, that we have a unique history and a contribution. I think that is part of it.

Without that, Aboriginal people do not feel that their needs and abilities are acknowledged, and they do not want to be part of a profession where that is not recognized. There are, at my last count, 30 Aboriginal psychologists in all of Canada. That is an extremely low number. One of the reasons has to do with recruitment, I think, in terms of how to encourage Aboriginal people to come into these professions.

There are associations such as the Native Psychiatric Association or the Native Physicians Association. There was at one time the Native Psychology Association. I know I am getting

Le sénateur Cordy: J'aimerais revenir à la question des ressources humaines. Quand nous avons eu, il y a deux semaines ou bien la semaine dernière, une téléconférence avec des Néo-Zélandais, ils nous ont dit comment ils avaient encouragé un plus grand nombre d'Autochtones, de Maoris, à utiliser les services de soins de santé.

Je cherche des façons de faire la même chose. Bien sûr, on ne peut y arriver sans financement et sans l'octroi de bourses à des étudiants en médecine ou en psychologie. Cependant, je crois que cela ne suffit pas. On ne peut simplement pas avoir de l'argent que personne ne peut recevoir. Il faut des encouragements et du soutien de la part des dirigeants autochtones et des personnes qui sont des modèles comme vous. Comment s'y prendre?

Si nous allons avoir des services culturellement adaptés, surtout pour la maladie mentale et la santé mentale, mais aussi pour tous les domaines du système de soins de santé, il serait certainement utile de les offrir aux Autochtones. Il y a une pénurie de personnel médical dans tout le Canada et je crois, plus particulièrement, dans les collectivités autochtones. Pouvez-vous nous donner quelques suggestions au sujet des recommandations que nous pourrions faire, mis à part les questions relatives au financement?

Mme Restoule: J'ai quelques idées bien arrêtées à ce sujet. En tant qu'Autochtone, qui a choisi une profession dans la santé mentale, j'ai appris, entre autres, au cours de mes études supérieures — cela rejoint un peu ce que disait le sénateur Cook — que l'éducation devrait être adaptée à la culture.

J'ai constaté à l'école des études supérieure que les besoins particuliers des membres des Premières nations étaient peu connus ou reconnus. Durant la formation en counselling ou l'étude des questions relatives aux enfants, à la famille, à la jeunesse et au contexte judiciaire, il était peu question des besoins uniques des membres des Premières nations. Je devais demander, chaque jour, si telle ou telle chose s'appliquait aux membres des Premières nations. Je regrette de vous annoncer que souvent ils ne savaient pas. J'ai dû faire ma propre formation en ce qui concerne les membres des Premières nations.

Je pense qu'il est important d'enseigner les besoins uniques des membres des Premières nations — afin que l'on reconnaisse, ainsi que l'a dit la Dre Wieman tout à l'heure, que nous faisons partie des pères fondateurs de ce pays, que nous avons une histoire et une contribution uniques. Je pense que cela fait partie du problème.

Sans cela, les Autochtones n'estiment pas que leurs besoins et leurs capacités sont reconnus et ils ne veulent pas avoir affaire à une profession qui ne reconnaît pas ces besoins et ces capacités. La dernière fois que je les ai comptés, il y avait 30 psychologues autochtones au Canada. C'est un chiffre extrêmement bas. Je pense que cela est, en partie, dû au fait que les Autochtones ne sont pas encouragés à rejoindre ces professions.

Il y a des associations telles que Native Psychiatric Association ou Native Physicians Association. Il y avait antérieurement la Native Psychology Association. Je sais que je reviens au

back to funding — but there is no funding for these associations to be a voice in communities and to encourage our young people to get into these professions.

We need to support associations that have an Aboriginal component where there are role models, so that they can be in the communities and recognizable to the young people, so that they perceive that this is something worthwhile to do.

I also think it is important for our communities to support our young people to go into higher education, to even go on to university. Some of our young people are so connected to our communities, have such a sense of belonging, that when they leave their communities there is a sense of loss. That is quite difficult. There needs to be a strong base within the community and within the family to support these young people to go off and leave their communities.

In my experience, my community had less than 200 people, and I chose to go to the University of Western Ontario for my undergraduate training. When I drove through the gates of the university with my parents, I told them I thought I had made a mistake, because the university was larger than my own community. I was afraid to be there. Had it not been for the strong support of my family at that time, who called me on a very regular basis, who came to visit me, who brought me home, it would have been more difficult.

By the time I got to graduate school, within many universities native student associations had sprung up, which made a big difference. A native student was able to identify with other individuals who were in similar situations, who were far from their home, far from their families, and oftentimes removed from those traditions and cultures that made it significant for you.

Those are some of the important things to keep in mind, in terms of getting some of our young people into these professions.

The Acting Chairman: The New Zealand people told us that they put an emphasis on getting more people through high school. That is one issue. As we know, the numbers are not very good for Aboriginal people graduating from high school. Without that — health professionals are important, but you need more engineers and other professions too.

Ms. Restoule: That is a good point. If I look at my own community, our community is fortunate. We are an hour away from our high school, and I am pleased to say that at least 85 per cent of our young people actually complete high school. The students travel one hour each way, but they do it, so there is something within the community that supports at least education as far as high school.

My concern, and something I have talked about in my community, is what we are doing to support them once they have to leave the community on a more long-term basis — but your point is a good one.

financement, mais ces associations n'ont bénéficié d'aucune aide financière pour être présentes dans les collectivités et pour encourager nos jeunes à entrer dans ces professions.

Il faut aider les associations, à composante autochtone pouvant servir de modèle, à s'introduire dans les collectivités afin que les jeunes les reconnaissent et aient le sentiment que c'est quelque chose qui vaut la peine d'être poursuivie.

Je pense aussi qu'il est important pour nos collectivités d'aider nos jeunes à suivre des études supérieures et même d'aller à l'université. Certains de nos jeunes sont tellement attachés à nos collectivités, ils ont un si grand sentiment d'appartenance, qu'ils se sentent perdus quand ils les quittent. C'est une situation assez difficile. Il faut une base solide dans la collectivité et dans la famille pour aider ces jeunes à quitter leurs collectivités.

En ce qui me concerne, moins de 200 personnes vivaient dans ma collectivité et j'ai choisi d'aller à l'Université Western Ontario pour ma formation élémentaire. Lorsque je suis arrivée en voiture avec mes parents aux portes de l'université, je leur ai dit que je croyais avoir fait une erreur, car l'université était plus étendue que ma collectivité. J'avais peur d'être là. Si ce n'était le fort soutien de ma famille, qui me téléphonait régulièrement, qui me rendait visite, qui m'amenait à la maison, cela aurait été encore plus difficile.

Quand je suis arrivée à l'école des études supérieures, un bon nombre d'associations d'étudiants autochtones avaient été fondées dans les universités, ce qui a fait une grande différence. Un étudiant autochtone pouvait s'identifier à d'autres personnes dans la même situation, c'est-à-dire loin de chez eux et de leur famille et souvent coupés de traditions et de cultures auxquelles ils attachent beaucoup d'importance.

Voilà quelques éléments importants à retenir si l'on veut donner à ces jeunes une chance de rejoindre ces professions.

Le président suppléant: Les Néo-Zélandais nous ont dit qu'ils s'employaient surtout à avoir plus de jeunes à l'école secondaire. C'est l'un des défis à relever. On sait que le nombre d'Autochtones qui obtiennent un diplôme d'études secondaires n'est pas élevé du tout. Les professionnels de la santé sont importants, mais vous avez aussi besoin d'un plus grand nombre d'ingénieurs et d'autres professionnels.

Mme Restoule: Votre observation est excellente. Je considère que nous avons beaucoup de chance dans ma collectivité. Nous sommes situés à une heure de notre école secondaire et je suis heureuse de vous dire qu'au moins 85 p. 100 de nos jeunes terminent leurs études secondaires. Les étudiants doivent voyager une heure aller et une heure retour, mais ils le font. Donc, la collectivité fait quelque chose qui encourage les jeunes à suivre des études, du moins les études secondaires.

Ce qui me préoccupe, et j'en ai parlé dans ma collectivité, c'est ce que nous faisons ou ne faisons pas pour les aider une fois qu'ils ont quitté la collectivité pour une période plus longue — mais votre observation est excellente.

Senator Cordy: Does each university have a native student association, and is it up to Aboriginal students who are attending universities to organize those associations? In a large university, that might work, but in smaller universities Aboriginal students may feel quite isolated. Is there a support system they could access over the Internet, or is family support what you would look at?

Dr. Wieman: Because I work in the Native Students Health Sciences Program at McMaster, I know a little about what you are asking. I think each institution ought to have its own program, but not every institution does. For example, there are 16 medical schools in Canada. Not all of the 16 medical schools have a native students program like the one at McMaster.

If you want to look at support for, in this case, medical students, the gold standard program exists at the University of Alberta in Edmonton, although I think the University of Manitoba would argue with me on that. They are the institutions that graduate the highest number of Aboriginal students — partly I think because they admit what I would say is a significant number, five to six individuals per year, into the program. As Ms. Restoule was saying, they can support each other at the same time, as well as get support from the program at the university and from family back home.

I imagine that is variable, depending on the institution. Some support programs are well funded, while other programs are not well funded at all. There is not much consistency across the country.

The only other point I would add to what Ms. Restoule said earlier is that, in terms of what Senator Morin said about encouraging completion of high school, it goes back earlier than that. At our community level, we need to encourage kids to stay in elementary school. I see kids dropping out at grade six in my community, with no hope for future gainful employment unless they re-enter school. Families need to be proud of their achievers. In our communities, we need to foster that sense of achievement and accomplishment. It is okay to be smart. It is okay to stay in school. It is okay to want to achieve something. It is okay to want to be a doctor. It is okay to study mathematics and the sciences. That is one area that First Nations need to work on.

One of the things that is talked about in the Vision 2000 strategy I brought you — which is just a recommended approach in Ontario as an example for you to learn by — is that even before we start talking about recruiting people into medical school, we need to ensure that they are prepared. That would include not only being academically prepared but also being emotionally prepared to make that step to spend significant amounts of time away from home.

Dr. Kirmayer: A program at the University College of Cape Breton under the direction of Cheryl Bartlett and others from Eskasoni Micmac Reserve is trying to bring elders together

Le sénateur Cordy: Y a-t-il une association d'étudiants autochtones dans chaque université et est-ce que la création de ces associations est la responsabilité des étudiants autochtones qui fréquentent les universités? Il serait possible de faire cela dans une grande université, mais dans une petite université, les étudiants autochtones risquent de sentir isolés. Existe-t-il un système de soutien auquel ils peuvent avoir accès via Internet ou est-ce le soutien de la famille qui est envisagé?

La Dre Wieman: Du fait que je participe au programme des sciences de la santé des étudiants autochtones à McMaster, je suis un peu au courant de la situation dont vous parlez. Je pense que chaque établissement devrait avoir son propre programme, ce qui n'est pas le cas. Par exemple, le Canada compte 16 écoles de médecine, mais elles n'ont pas toutes un programme à l'intention des étudiants autochtones comme celui de McMaster.

Le meilleur programme est celui de l'Université de l'Alberta à Edmonton, bien que l'Université du Manitoba risque de ne pas être d'accord avec moi. Ces établissements enregistrent le plus grand nombre de diplômés autochtones — parce qu'ils acceptent chaque année, cinq ou six étudiants, ce qui est, à mon avis, un nombre important. Comme le disait Mme Restoule, ils peuvent s'entraider et ils bénéficient aussi du programme de soutien et d'une aide de leur famille.

J'imagine que cette aide varie selon l'établissement. Certains programmes de soutien sont bien subventionnés alors que d'autres ne le sont pas du tout. Il y a un manque d'uniformité à travers le pays.

La seule autre chose que je voudrais ajouter à ce que Mme Restoule a dit tout à l'heure en réponse aux propos du sénateur Morin concernant les initiatives visant à encourager les jeunes à terminer leurs études secondaires, je pense qu'il faut commencer avant le secondaire. Il faut, dans nos collectivités, encourager les enfants à poursuivre leurs études élémentaires, des enfants abandonnent l'école élémentaire à la sixième année et perdent tout espoir d'entrer dans le marché du travail s'ils ne retournent pas aux études. Les familles doivent être fières des enfants qui réussissent. Nous devons, dans nos collectivités, favoriser le sentiment de la réussite et de l'accomplissement. Il faut que l'intelligence, les études, l'accomplissement, l'envie de devenir médecin et d'étudier les mathématiques et les sciences soient perçus comme des objectifs positifs. Les Premières nations doivent s'y employer.

La stratégie de la Vision 2000 que j'ai apportée, qui est seulement une approche recommandée dans l'Ontario et qui pourrait vous être utile, mentionne qu'il faut s'assurer que les étudiants sont bien préparés avant de les accepter dans une école de médecine, non seulement du point de vue des études, mais aussi qu'ils soient psychologiquement prêts à passer beaucoup de temps loin de chez eux.

Le Dr Kirmayer: Un programme de la University College of Cape Breton sous la direction de Cheryl Bartlett et de membres de la réserve Eskasoni Micmac tente de regrouper les anciens et les

with people teaching in the biological sciences. The idea is to heal the split that exists between conventional scientific education and traditional identity, traditional values, the idea that youth can learn both. That needs to happen, so that there is not an either/or in people's minds in terms of what options are available to them. Potentially, you can see that reaching back into high schools, in the activities they are developing, to meet some of the pedagogical needs that are being raised.

Senator Cordy: Thank you for speaking about the University College of Cape Breton. It is in my hometown, where I grew up. When I was an elementary school teacher in Nova Scotia, we had access to people from the university to teach teachers how to be culturally sensitive. They have been very active in this area for a long time.

Some of your comments relating to it being okay to be smart remind me of some of the difficulties with young teenage girls, who, having reached the age of 13 or 14, decide it is not okay to be smart. It is a whole social type of thing you have to work through.

Once an individual graduates from medical school and is working on fee-for-service basis, seeing, say, six to nine patients a day, he or she is not going to become wealthy. It is great to be compassionate and caring for your people, but you also have to exist financially. We have heard this from people working in the area of mental health overall, but looking specifically in the area of the Aboriginal community we should be using another model, it seems. Should we be looking at another model?

Dr. Wieman: Yes, we should look at another model in capital letters, and I will speak to that briefly. I am paid for direct patient contacts only and payment varies according to the amount of time spent with a patient and the type of service delivered. For example, I can bill a different amount for a consultation as opposed to a follow-up appointment. I am probably the lowest-paid psychiatrist in Ontario.

However, this model does not work, in my experience, because services for which you are not remunerated include discussing a patient with the nurses that provide me with support and backup at the clinic, conveying effective information to the family doctor and providing feedback with that family doctor. We are trying to encourage this continuous model of care between primary care physicians, the family doctors and specialists. Reviewing cases with family doctors takes a great deal of time.

I spend much of my time communicating with the pharmacist in my community in an effort to limit the overuse or the over-prescription of medications. I also receive some information from the pharmacist about patients. If I wrote a prescription six months ago that has not yet been filled, then I know that patient is not taking his or her medication.

We are not paid for telephone calls that we make or for faxes that we send. It is my opinion that delivering effective mental health services involves case conferencing with the family doctor, the psychiatrist, the psychologist, the community health representative, the counsellor in the community and the substance abuse counsellor. We all work in different programs,

enseignants des sciences biologiques afin d'éliminer l'écart qui existe entre l'enseignement scientifique conventionnel et l'identité traditionnelle, les valeurs traditionnelles en se fondant sur le principe étant que les jeunes peuvent apprendre les deux sujets. Cela est nécessaire afin que les gens n'aient pas à choisir entre les options qui leur sont proposées. On le constate, dès les écoles secondaires, dans les activités mises de l'avant pour répondre à certains besoins pédagogiques qui se présentent.

Le sénateur Cordy: Merci d'avoir mentionné la University College of Cape Breton. C'est ma ville natale et j'y ai grandi. Quand j'enseignais dans une école élémentaire de la Nouvelle-Écosse, des universitaires venaient apprendre aux enseignants à s'adapter à la culture. Ils ont joué un rôle très actif dans ce domaine pendant longtemps.

Quand vous avez dit que c'était une bonne chose que d'être intelligent, je me suis souvenu des difficultés que rencontrent des adolescentes, quand elles ont 13 ou 14 ans, et qui décident que ce n'est pas bien d'être intelligents. C'est un phénomène social sur lequel il faut se pencher.

Un diplômé d'une école de médecine qui est payé à l'acte et qui voit, disons entre six et neuf patients par jour, ne s'enrichira pas. C'est merveilleux de faire preuve de compassion et de prendre soin de vos concitoyens, mais il faut aussi s'en sortir financièrement. C'est le sentiment général que l'on retrouve chez les professionnels de la santé mentale, mais en ce qui a trait spécifiquement à la communauté autochtone, mais, il semble que pour la communauté autochtone, nous devons adopter un autre modèle. Devons-nous chercher un autre modèle?

La Dre Wieman: Oui, nous devons vraiment chercher un autre modèle et je vais en parler brièvement. Je ne suis payée que pour les contacts directs avec les patients et les paiements varient en fonction du temps passé avec eux et le type de services offerts. Par exemple, le montant facturé pour une consultation est différent de celui d'un rendez-vous de suivi. Je suis probablement la psychiatre la moins payée en Ontario.

Cependant, d'après ce que j'ai constaté, ce modèle ne fonctionne pas, car je ne suis pas payée pour le temps passé à parler d'un patient avec les infirmières qui m'assistent à la clinique et à transmettre les renseignements pertinents et les résultats au médecin de famille. Nous essayons de préserver ce modèle de soins entre les médecins de soins primaires, le médecin de famille et les spécialistes. L'examen des données sur les malades avec les médecins de famille demande énormément de temps.

Je consacre beaucoup de temps à parler au pharmacien de ma collectivité pour éviter la consommation abusive ou les ordonnances excessives de médicaments. Le pharmacien me communique aussi des renseignements sur les patients. Si une ordonnance que j'ai prescrite, il y a six mois, n'a pas été encore remplie, je sais que le patient n'a pas pris ses médicaments.

Nous ne sommes pas payés pour les appels téléphoniques que nous faisons ou les télécopies que nous envoyons. À mon avis, la fourniture de services de santé mentale efficaces incluent les conférences de cas avec le médecin de famille, le psychiatre, le psychologue, le représentant de la santé communautaire, le conseiller de la collectivité et le conseiller en matière d'abus

and there is no time for us to spend communicating about a person under our care to formulate an effective management plan. When that happens in my community, it is on my own time; I am not paid for that service related to my patient.

As I mentioned before, we are paid for face-to-face contact; there is a high rate of no shows. I am unlike a psychiatrist in downtown Toronto that would send an invoice for at least \$100 to a patient that missed an appointment. Most of my patients live on either general welfare assistance or on long-term disability payments. An invoice for \$100 amounts to one quarter to one third of their monthly income. The OMA's Physician Code of Ethics contains guidelines on when it would be unreasonable to charge someone for not showing up. In all good conscience, I could not charge patients for prescription renewals over the phone or for filling out forms, especially from insurance companies.

At one time, insurance companies paid for forms being filled out. However, most forms now contain a line that states that any fee for completion of this report is the responsibility of the patient. I cannot charge my patients \$80 to fill out a form for them. I do all that work for free on my own time.

That is a long-winded way to say that the fee-for-service model does not foster good mental health service in looking after a patient and does not foster a state of well-being or reward at providing work in the community. I think communities would have a hard time recruiting people to work if they did not offer an alternative approach to remuneration for services, such as being on salary.

The Acting Chairman: This is intensely provincial. Other provinces have solved that problem, as you are probably aware. In Quebec, the great majority of psychiatrists are no longer on fee for service; they have block funding or salary. I am not sure that we should pursue this. Rather, I think this should go to provincial officials. Many provinces have solved the problem; Ontario is the only province in which psychiatrists are on a fee for service system. Your efforts should be made provincially.

Senator Léger: Dr. Kirmayer, do we know how many Aboriginal specialists there are? Dr. Wieman, you said that you are the only one, or the first one. Dr. Restoule said that there are 30 Aboriginal psychologists. Do we have data? If 85 per cent of Aboriginal students are going to high school now, we are getting there. These results should be tracked.

Dr. Kirmayer: I do not know of any figures that project how many psychologists and psychiatrists will be of Aboriginal background. Maybe Dr. Wieman or Dr. Restoule are aware of such data.

d'alcool ou d'autres drogues. Nous travaillons tous dans des programmes différents, et nous n'avons pas le temps de discuter d'un patient que nous traitons pour élaborer un plan de gestion efficace. Quand cela se produit dans ma collectivité, j'utilise mon temps libre; je ne suis pas payée pour ce service qui concerne mon patient.

Comme je l'ai déjà dit, nous sommes payés pour le contact direct; le taux de rendez-vous manqués est élevé. Je ne me conduis pas comme un psychiatre du centre-ville de Toronto qui envoie une facture d'au moins 100 \$ à un patient qui a manqué un rendez-vous. La plupart de mes patients vivent soit de l'assistance générale en bien-être social soit de paiement de prestations d'invalidité à longue durée. Une facture de 100 \$ équivaut à un quart ou à un tiers de leurs revenus mensuels. Les lignes directrices du code de déontologie des médecins de l'OMA définissent les situations dans lesquelles il n'est pas raisonnable de facturer un patient qui manque un rendez-vous. En toute bonne conscience, je ne pourrais pas facturer, à mes patients, les renouvellements d'ordonnance faits au téléphone ou le remplissage de formulaires, surtout pour les compagnies d'assurance.

À l'époque, les compagnies d'assurance versaient un paiement pour les formulaires remplies. Cependant, la plupart des formulaires contiennent une ligne qui énonce que tout paiement fait pour remplir le présent rapport est la responsabilité du patient. Je ne peux pas demander 80 \$ à mes patients pour remplir leur formulaire. Je fais tout ce travail gratuitement dans mon temps libre.

Tout cela pour dire que le modèle de paiement à l'acte ne favorise pas un bon service de santé mentale ni le sentiment que l'on est récompensé pour les services que l'on offre à la collectivité. Je pense que les collectivités auraient des difficultés à recruter des médecins si elles n'offraient pas une façon différente de rémunération pour les services, comme un salaire.

Le président suppléant: Cela est du ressort de la province. D'autres provinces ont résolu ce problème, comme vous le savez peut-être. Au Québec, la grande majorité des psychiatres ne sont plus payés à l'acte; ils reçoivent une somme ou un salaire global. Je ne crois pas que nous devons nous attarder sur ce sujet. Je pense que nous devrions plutôt passer aux fonctionnaires provinciaux. De nombreuses provinces ont résolu le problème; l'Ontario est la seule province dans laquelle les psychiatres sont payés à l'acte. Vos efforts devraient être faits au niveau provincial.

Le sénateur Léger: Docteur Kirmayer, connaissons-nous le nombre de spécialistes autochtones? Docteure Wieman, vous avez dit être la seule ou la première. La Dre Restoule dit qu'il y a 30 autres psychologues autochtones. Avons-nous des chiffres? Si 85 p. 100 des étudiants autochtones fréquentent, aujourd'hui, l'école secondaire, cela signifie que nous sommes sur la bonne voie. Ces résultats devraient être suivis.

Le Dr Kirmayer: Je ne connais pas le nombre prévu de psychologues et psychiatres d'origine autochtones. Peut-être que la Dre Wieman ou la Dre Restoule le connaissent.

Senator Léger: I did not mean projected figures, but rather figures for today.

Dr. Kirmayer: Today's numbers were quoted and are quite low. There are associations that try to track such figures. As Dr. Wieman said, there are three, soon to be four, Aboriginal psychiatrists. There is little training within conventional psychiatry for the non-Aboriginal psychiatrist to be attuned and competent to begin to address issues should they choose to work with people from Aboriginal or any other background.

Senator Léger: If they had that information, it would augment the efforts immensely. Dr. Wieman and Dr. Restoule, do you think that eventually you would develop your own schools? Is that inevitable? Dr. Kirmayer said that our way of thinking and educating is individual, while the Aboriginal way is holistic and interdependent to the land, the people, the environment and the community. We have to count on the Aboriginals to bring that to us. Perhaps the traditional schools, bit by bit, would hear this. Am I correct in my assumption? I think it will go high rapidly.

Dr. Kirmayer: That is a wonderfully optimistic view. Obviously, many people look at Aboriginal peoples and, despite their predicaments, have a romantic view of how they may hold the key to solving our larger ecological, social and economic problems. I am not certain if that is true, but Dr. Wieman's experiences in trying to raise consciousness within one particular school have brought home how difficult it is to achieve a change in consciousness. Within the area of research, there has been some progress with a separate institute for Aboriginal people's health, headed by Aboriginal scholars, and with an explicit focus on capacity building across the country. Programs expressly designed to build capacity for research within Aboriginal communities and to support Aboriginal students may hold the keys to a bit of a boom in the availability of researchers. Parallel developments have to happen in the area of care providers and people going into health services, in particular.

The Acting Chairman: I wish thank our witnesses for taking the time to attend before the committee today.

The committee adjourned.

Le sénateur Léger: Je ne faisais pas allusion aux prévisions, mais le nombre que l'on a aujourd'hui.

Le Dr Kirmayer: Le nombre actuel a été donné et il est très bas. Des associations se chargent de faire ce décompte. Comme l'a dit la Dre Wieman, il y a trois psychiatres autochtones et il y aura bientôt un quatrième. En psychiatrie conventionnelle, la formation dispensée aux psychiatres non autochtones est trop peu importante pour leur permettre de régler les problèmes, s'ils choisissaient de travailler avec des Autochtones ou des personnes de tout autre horizon ethnique.

Le sénateur Léger: S'ils avaient cette formation, les services en bénéficieraient considérablement. Docteur Wieman et docteur Restoule, pensez-vous à éventuellement fonder vos propres écoles? Est-ce inévitable? Le Dr Kirmayer a dit que nos modes de réflexion et d'enseignement sont individuels alors que ceux des Autochtones sont holistiques et interdépendants avec la terre, les gens, l'environnement et la collectivité. Nous devons compter sur les Autochtones pour nous les initier. Peut-être que, peu à peu, les écoles traditionnelles le réaliseront. Est-ce que je me trompe? Je pense que cela pourrait se faire très rapidement.

Le Dr Kirmayer: C'est un point de vue remarquablement optimiste. Évidemment, beaucoup de gens s'intéressent aux Autochtones et, en dépit de leur situation difficile, ont cette notion romantique qu'ils détiennent peut-être les solutions à nos plus importants problèmes environnementaux, sociaux et économiques. Je ne suis pas sûr que cela soit vrai, mais les efforts entrepris par la Dre Wieman pour faire évoluer les mentalités dans une école particulière prouvent combien il est difficile de changer les mentalités. Des progrès ont été accomplis dans la recherche avec la création d'un institut de la santé autochtone dirigé par des universitaires autochtones et qui a pour but explicite le renforcement des capacités à travers le pays. Des programmes spécialement conçus pour renforcer les capacités au niveau de la recherche au sein des collectivités autochtones et pour aider les étudiants autochtones peuvent entraîner une augmentation du nombre de chercheurs. Il faut des développements parallèles dans le domaine des fournisseurs de soins de santé et celui de la formation des professionnels de la santé, en particulier.

Le président suppléant: Je remercie nos témoins d'avoir pris le temps de comparaître devant le comité aujourd'hui.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, May 12, 2004:

From the Schizophrenia Society of Canada:

John Gray, President-Elect.

From the Canadian Mental Health Association:

Penny Marrett, Chief Executive Officer.

From the Mood Disorder Society of Canada:

Phil Upshall, President.

From the Anxiety Disorders Association of Canada:

Peter McLean, Vice President.

Thursday, May 13, 2004:

From the Six Nations Mental Health Services:

Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist.

From McGill University:

Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry (by videoconference).

From the Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative.

TÉMOINS

Le mercredi 12 mai 2004:

De la Société canadienne de schizophrénie:

John Gray, président élu.

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Penny Marrett, chef de la direction.

De la Société pour les troubles de l'humeur du Canada:

Phil Upshall, président.

De l'Association canadienne des troubles anxieux:

Peter McLean, vice-président.

Le jeudi 13 mai 2004:

Des Six Nations Mental Health Services:

La Dre Cornelia Wieman, psychiatre.

De l'Université McGill:

Le Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie (par vidéoconférence).

De la Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario.