



First Session  
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, February 17, 2005

---

**Issue No. 7**  
**Eighth meeting on:**  
Mental health and mental illness

---

**WITNESSES:**  
(See back cover)

Première session de la  
trente-huitième législature, 2004-2005

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président :*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 17 février 2005

---

**Fascicule n° 7**  
**Huitième réunion 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 Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell
Gill	

\*Ex officio members

(Quorum 4)

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

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon  
et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell
Gill	

\*Membres d'office

(Quorum 4)

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TORONTO, Thursday, February 17, 2005  
(12)

## [English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Vanity Fair Room, at the Royal Meridien King Edward Hotel in Toronto, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (8).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

**WITNESSES:***Hong Fook Mental Health Association:*

Raymond Chung, Executive Director.

*Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre:*

Martha Ocampo, Co-director.

*As an individual:*

Raymond Cheng.

*Canadian Mental Health Association (Toronto Branch):*

Steve Lurie, Executive Director.

*Victorian Order of Nurses (VON):*

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

*Canadian Association for Suicide Prevention:*

Dr. Paul Links, President, Professor of Psychiatry, University of Toronto.

*Ontario Hospital Association:*

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Working Committee on Mental Health.

*Schizophrenia Society of Canada:*

Florence Budden, President-Elect.

*Canadian Collaboration Mental Health Initiative:*

Dr. Nick Kates, Chair.

Raymond Chung, Martha Ocampo and Raymond Cheng each made a statement. Together the witnesses answered questions.

**PROCÈS-VERBAL**

TORONTO, le jeudi 17 février 2005  
(12)

## [Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 9 heures dans le salon Vanity Fair de l'hôtel Royal Meridien King Edward de Toronto, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (8).

*Sont présents :* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

*Sont également présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit l'examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 14 octobre 2004.*)

**TÉMOINS :***Hong Fook Mental Health Association :*

Raymond Chung, directeur exécutif.

*Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre :*

Martha Ocampo, codirectrice.

*À titre personnel :*

Raymond Cheng.

*Association canadienne pour santé mentale (bureau de Toronto) :*

Steve Lurie, directeur exécutif.

*Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) :*

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

*Association canadienne pour la prévention du suicide :*

Le Dr Paul Links, président, professeur de psychiatrie, Université de Toronto.

*Association des hôpitaux de l'Ontario :*

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

*Société canadienne de schizophrénie :*

Florence Budden, présidente désignée.

*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale :*

Le Dr Nick Kates, président.

Raymond Chung, Martha Ocampo et Raymond Cheng font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 10:40 a.m., the committee suspended its sitting.

At 10:45 a.m., the committee resumed its sitting.

Steve Lurie, Paul Links and Gordon Milak each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 12:05 p.m., the committee suspended its sitting.

At 12:10 p.m., the committee resumed its sitting.

Nick Kates, Florence Budden and Paul Garfinkel each made a statement.

Together the witnesses answered questions.

At 1:20 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

À 10 h 40, la séance est suspendue.

À 10 h 45 la séance reprend.

Steve Lurie, Paul Links et Gordon Milak font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 12 h 5, la séance est suspendue.

À 12 h 10, la séance reprend.

Nick Kates, Florence Budden et Paul Garfinkel font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

Les témoins répondent aux questions.

À 13 h 20, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

*La greffière du comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Committee*

**EVIDENCE**

TORONTO, Thursday, February 17, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we have with us this morning three panels of witnesses who will be discussing service delivery. We begin with a panel that deals with the issue of how you deliver services in a culturally sensitive manner, an issue that we addressed in our *Issues and Options* report.

Mr. Raymond Chung is the Executive Director of the Hong Fook Mental Health Association and Ms. Martha Ocampo, the Co-director of Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Group. We also have with us Mr. Raymond Cheng who is also very much in this kind of service delivery.

I would ask Mr. Raymond Chung to begin. We look forward to your presentation and then we will ask you a number of questions. Thanks you for coming this morning.

**Mr. Raymond Chung, Executive Director, Hong Fook Mental Health Association:** Good morning. I would thank the Senate Committee for inviting me as a panel member to provide comments and recommendations. To put my comments into perspective to begin with, allow me to ask you a few questions.

First, would you be surprised if I told you that Hong Fook Mental Health Association is only one of two ethnocultural-specific, community-based mental health programs funded by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario?

Second, would you be surprised if I told you that Hong Fook Mental Health Association is currently receiving \$1.96 million to work with the Cambodian, Chinese from Hong Kong, Mainland China, Taiwan, Korean and Vietnamese communities? For your quick reference, the population of these six communities currently residing in the GTA is about half a million.

Thirdly, would you be surprised if I told you that there is no family physician, no psychiatrist in the Cambodian community?

Fourth, would you be surprised if I told you that, two years ago, over 150 active mental health patients from the Korean community did not receive any follow-up care when the one and only Korean-speaking psychiatrist moved to B.C.?

To give you a little bit of background about Hong Fook, as early as in 1978, difficulties accessing the mental health services by ethnocultural clients were identified with two questions to be addressed: One, underutilization of hospital

**TÉMOIGNAGES**

TORONTO, le jeudi 17 février 2005

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner des questions se rapportant à la santé et à la maladie mentales.

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

[*Traduction*]

**Le président :** Sénateurs, nous avons avec nous ce matin trois groupes de témoins qui nous parleront de la prestation des services. Le premier groupe que nous entendrons nous parlera de la manière d'offrir des services dans un contexte culturel, et c'est un sujet que nous avons abordé dans notre rapport intitulé *Problèmes et options*.

M. Raymond Chung est directeur exécutif du Hong Fook Mental Health Association et Mme Martha Ocampo est codirectrice de l'organisme Across Boundaries, un groupe qui se spécialise dans la santé mentale ethnoraciale. Nous avons également avec nous M. Raymond Chung, qui connaît très bien le domaine de la prestation de services de cette nature.

Je demanderais à M. Raymond Chung de commencer. Nous avons hâte d'entendre ce que vous avez à dire et de vous poser de nombreuses questions. Merci d'être venu ce matin.

**M. Raymond Chung, directeur exécutif, Hong Fook Mental Health Association :** Bonjour. Je voudrais remercier le comité sénatorial de m'avoir invité à titre de témoin afin de vous faire part de mes commentaires et recommandations. Pour bien situer mes propos, permettez-moi de vous poser quelques questions.

Premièrement, seriez-vous surpris si je vous disais que Hong Fook Mental Health Association est un des deux organismes de santé mentale communautaire et ethnoculturel financé par le ministère ontarien de la Santé et des soins de longue durée?

Deuxièmement, seriez-vous surpris si je vous disais que Hong Fook Mental Health Association reçoit actuellement 1,96 million de dollars pour offrir des services aux communautés cambodgiennes, chinoises de Hong Kong, de la Chine populaire, taïwanaise, coréenne et vietnamienne? Pour votre gouverne, sachez que la population de ces six communautés qui habitent dans la région métropolitaine de Toronto est de près d'un demi-million.

Troisièmement, seriez-vous surpris si je vous disais que la communauté cambodgienne ne compte pas un seul médecin de famille ni psychiatre?

Quatrièmement, seriez-vous surpris si je vous disais que, il y a deux ans, plus de 150 patients actifs recevant des soins de santé mentale, issus de la communauté coréenne n'ont pas pu recevoir de suivi, parce que le seul et unique psychiatre parlant le coréen avait déménagé en Colombie-Britannique?

Permettez-moi maintenant de vous parler un peu de notre association, Hong Fook. Déjà en 1978, on avait mis en lumière des difficultés relatives à l'évaluation des services de santé mentale reçus par les clients issus de communautés ethnoculturelles. Ainsi,

psychiatric services by the Asian communities; and, two, the prolonged stay in hospital when a non-English-speaking patient was admitted.

Hong Fook was officially funded in 1992 to provide a bridge between the communities and the hospital with the consultation liaison model. I would emphasize, "consultation liaison model." Today, 23 years later, we are still looking for answers to these two questions.

The fact that Hong Fook is only one of two ethnocultural mental health organizations speaks volumes. Over half of the population in Toronto was born outside of Canada and speaks over 180 languages.

Hong Fook Mental Health Association is a member of the United Way and, as such, is funded to do community outreach health promotion work to six communities. Our health promotion strategies are based on community and capacity-building principles. I emphasize, community capacity building.

In the 23 years since Hong Fook was first funded, we have demonstrated that there are effective and efficient models to address the mental health and mental illness needs of the communities. Our current continuum of services covers a broad range of services and initiatives.

Hong Fook has shifted its approach of service delivery. Initially, our main mode of service was in the form of case management, that is what we were funded for, but we realize its limitation, as people are part of a larger system. Therefore, when looking at a more comprehensive, holistic health approach, it makes sense to provide a continuum of services which supports the consumer on his or her path to recovery as well as a consumer's family and their community.

I would draw to your attention the information pamphlets and written submission to the package for more detail. My verbal presentation will highlight some of the items that I would like you to note.

Allow me to comment on certain sections of your report, *On Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada*, and provide you with some recommendations. In my written submission, I cover a few more areas, but I chose the following to be the more significant sections.

First, we welcome the report and we are in full support of the rationale of exploring issues and options relating to mental health, mental illness and addiction. I would emphasize that Hong Fook has no expertise in the area of addiction. This document is being discussed at a most opportune time since Ontario is undergoing a health care system transformation.

deux problèmes ont été recensés : le premier, la sous-utilisation des services psychiatriques hospitaliers par les communautés asiatiques et, le deuxième, le séjour prolongé à l'hôpital quand le patient ne parle pas anglais.

Hong Fook a été financé officiellement pour la première fois en 1992 pour servir de pont entre les communautés ethniques et l'hôpital suivant le modèle de liaison consultative. Je voudrais insister sur le concept de « modèle de liaison consultative ». Aujourd'hui, 23 ans plus tard, nous cherchons toujours des réponses à ces deux questions.

Le fait que Hong Fook soit le seul organisme de santé mentale ethnoculturel en dit long. Plus de la moitié de la population de Toronto est née à l'étranger et parle plus de 180 langues.

Hong Fook Mental Health Association est membre de Centraide et, à ce titre reçoit des fonds pour mener des activités de promotion de la santé auprès de six communautés. Nos stratégies de promotion à cet égard se fondent sur les principes du l'édification de la capacité communautaire. Je répète : l'édification de la capacité communautaire.

Depuis 23 ans, c'est-à-dire depuis de Hong Fook reçoit du financement, nous avons montré qu'il existe des modèles efficaces et efficaces de répondre aux besoins en matière de santé et de maladie mentales des communautés ethniques. Notre palette de services actuels englobe un vaste éventail de services et d'initiatives.

Hong Fook a changé son approche en matière de prestation de services. Au départ, notre principal mode de prestation de services était sous forme de gestion des cas, et c'est d'ailleurs pour cette raison que nous avions été financés, mais nous nous sommes rendu compte des limites de ce mode de prestation, puisque les gens font partie d'un système plus large. Par conséquent, en considérant une approche plus exhaustive et holistique de la santé, il est logique que l'on fournit une palette de services qui aide le consommateur dans son cheminement vers le rétablissement de même que sa famille et la communauté de celui-ci.

Je voudrais attirer votre attention sur les brochures et le mémoire écrit que nous vous avons remis pour en savoir davantage. Mon exposé oral fera ressortir quelques éléments d'information que j'aimerais vous signaler.

Permettez-moi de vous faire part de mes commentaires sur certaines sections de votre rapport intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, ainsi que de certaines recommandations. Dans mon mémoire écrit, j'aborde d'autres aspects, mais j'estime que les sections suivantes sont les plus significatives.

Premièrement, nous saluons ce rapport et adhérons pleinement à l'idée d'explorer les problèmes et les options se rapportant à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Je préciserai que Hong Fook n'a pas d'expertise en toxicomanie. Le rapport fait l'objet d'une discussion à un moment où ne peut plus opportun, puisque le système de soins de santé ontarien subit actuellement une transformation.

Chapter 1 deals with the delivery of services and supports: The Committee makes reference to a system with two key characteristics that is patient-centred and is focused on recovery in a culturally appropriate manner. It is also a seamless system in which services and supports are accessible, of high quality, and are well coordinated and integrated.

One must bear in mind and take into serious consideration that a crucial component of receiving services is accessibility. This is a major barrier for individuals and families who do not speak either of the official languages and require immediate attention. Otherwise, for example, here in Toronto, we negate over 55 per cent of the population who are from immigrant populations.

When we refer to a seamless system, one in which services and support are accessible, one need only look at our health care history. Services that are built around a medical model with the hospital being the hub will never effectively be patient-centered. It is in families and communities that we find our support networks.

When we talk about culturally appropriate delivery of services and supports, Chapter 1, item 1.2, it is important to recognize that cultural understanding and language competency are two of the many factors in the delivery of services. With over 55 per cent of Toronto's population born outside of Canada, attempts to develop services to meets all the demands of the various cultural and language groups is next to impossible.

Our recommendation is that there be emphasis on cultural competency for service providers so as to heighten their level of proficiency. This would include ongoing staff development strategies such as effective use of cultural consultation, which is an approach in the field that we use, to fine tune their practice skills and to heighten their self-awareness of how the culture in the homes of their patients would affect treatment.

As a recommendation, we would say that another achievable strategy would be funding for mobile culture and language interpretive teams. Such teams would consist of trained mental health interpreters who would be available on an on-call basis. This was one of the recommendations made by the Toronto Peel Mental Health Implementation Task Force in 2002.

We would also recommend that there be established a federal policy with mandatory guidelines on the funding, training and services delivery model of trained mental health interpreters to be made available to anyone who requires such assistance.

On item 1.4, "Early Detection and Intervention," I would say that this should cover a broader spectrum which includes health promotion strategies. According to the WHO, the World Health Organization, social determinants of health, migration and mental health are major factors in living a healthy lifestyle.

Le chapitre 1 parle de la prestation des services et des mesures de soutien : le comité fait allusion à un système comportant deux caractéristiques clés axées sur le patient et sur le rétablissement dans un contexte culturellement adapté. C'est également un système uniforme où les services et les mesures de soutien sont accessibles, de qualité supérieure et bien coordonnés et intégrés.

Il faut se rappeler et tenir sérieusement compte du fait que la composante cruciale de la prestation de services, c'est l'accessibilité. L'accessibilité constitue une barrière considérable pour les patients et les familles qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles et qui ont besoin d'une attention immédiate. Autrement, par exemple ici à Toronto, on fait fi de plus de 55 p. 100 de la population issue de l'immigration.

Quand nous parlons d'un système uniforme, nous pensons à un système où les services et les mesures de soutien sont accessibles, et on a qu'à regarder l'histoire de nos soins de santé. Les services qui sont articulés autour d'un modèle médical où l'hôpital est au cœur du système ne seront jamais axés sur le patient. C'est au sein des familles et des communautés que nous trouvons les réseaux de soutien.

Quand nous parlons de prestation de services et de mesures de soutien culturellement adaptées, notamment au chapitre 1, point 1.2, il est important de reconnaître que la compréhension culturelle et la compétence linguistique sont deux facteurs parmi tant d'autres de la prestation de services. Étant donné que plus de 55 p. 100 de la population de Toronto est née à l'étranger, toute tentative d'élaborer des services pour répondre à tous les besoins des divers groupes culturels et linguistiques est pratiquement impossible.

Nous recommandons que l'accent soit mis sur des fournisseurs de services familiarisés avec la culture afin de rehausser leur niveau de professionnalisme. Cela pourrait commander l'élaboration de stratégies permanentes de perfectionnement du personnel comme le recours efficace à la consultation culturelle, approche que nous utilisons nous-mêmes, pour perfectionner les compétences des professionnels et les sensibiliser davantage à la manière dont la culture des patients affecte le traitement.

À titre de recommandation, nous préconisons l'élaboration d'une autre stratégie réaliste qui serait d'assurer le financement d'équipes d'interprètes culturels et linguistiques mobiles. De telles équipes consisteraient en des interprètes en santé mentale qualifiés qui seraient disponibles sur appel. C'est une des recommandations faite par le Toronto Peel Mental Health Implementation Task Force en 2002.

Nous recommandons aussi l'établissement d'une politique fédérale assortie de lignes directrices obligatoires en matière de financement, de formation et de prestation de services à des interprètes en santé mentale qualifiés qui seraient au service de quiconque en a besoin.

S'agissant du point 1.4, qui parle de dépistage et d'intervention précoces, je pense que cela devrait s'appliquer à tous les niveaux, y compris les stratégies de promotion de la santé. Selon l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé, l'émigration et la santé mentale sont d'importants facteurs qui contribuent à une vie saine.

As a recommendation, we would encourage a federal policy that provides a perspective of mental health which is holistic. The current interpretation of mental health is too closely attached to illness and, as such, is a deterrent to early identification. We believe that being well informed is a first step towards the reduction of stigmatization and discrimination.

We would also recommend some form of stable funding for community-based programs to support patients with culturally-appropriate services, and to provide a continuum of services with an emphasis on holistic health promotion as an early detection and intervention strategy. Unless there is such a provision, we will continually face the underutilization of services by newcomers which, in the long run, is costly to the health care system. It is only through ethnocultural, language-specific mental health prevention and promotion strategies that we can achieve the goal of early identification and early intervention. In turn, you will help to reduce the financial and human costs in our society and, in the long run, for treating more serious mental illnesses.

Findings of the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey indicate that, in this society, one person in five has mental health problems. With no mental health prevention and promotion through education and early intervention, the social cost will be tremendous.

A growing body of literature indicates that, as the duration of untreated psychoses increase, the duration of hospital stays increase, remissions are fewer and take longer to achieve, responsiveness to early psychotic medications is reduced, individuals' insight and social supports begin to fade, and individuals' life trajectories are severely altered.

In talking about enhancing access, item 1.2, we must be cognizant of the fact that people do not even begin to utilize mental health services if they or those closest to them do not recognize the early signs of mental illness.

If we truly are invested in the guarantee of a patient's rights to service, we would recommend that health promotion strategies be funded to help newcomer communities, particularly those who do not speak either of the official languages. The promotion of mental health and the prevention of mental illness for these individuals and their family members are important to ensure patients' rights to service. As a result of educating the newcomer communities, those affected and their family members will be more able to detect and intervene in the early stages of the illness. More importantly, family members will be one of the major partners to the continuous care of the patients.

En guise de recommandation, nous préconisons l'établissement d'une politique fédérale qui reposera sur une approche holistique de la santé mentale. L'interprétation actuelle de la santé mentale est trop étroitement liée à la maladie, si bien que cela compromet le dépistage précoce. Nous estimons qu'être bien informé constitue la première étape vers la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Nous recommandons également une sorte de financement stable des programmes communautaires pour aider les patients à obtenir des services culturellement adaptés et pour fournir des services intégrés qui privilégient la promotion de la santé holistique comme moyen de dépistage et d'intervention précoces. Sinon, nous continuerons de faire face aux problèmes de la sous-utilisation des services par les nouveaux venus, ce qui, à long terme, grèvera le système de soins de santé. C'est seulement en adoptant des stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale adaptées à des réalités ethnoculturelles et linguistiques que l'on pourra atteindre les objectifs du dépistage et de l'intervention précoce. Ce faisant, vous contribuerez à réduire les coûts financiers et humains assumés par notre société et, à long terme, les coûts associés au traitement de maladies mentales plus graves.

Le supplément de la santé mentale du sondage sur la santé de l'Ontario constate que, dans notre société, une personne sur cinq a des problèmes de santé mentale. Le coût pour la société sera énorme, si on ne fait pas de prévention de la maladie mentale ou qu'on ne fait pas de promotion de la santé mentale par l'éducation et l'intervention précoce.

Un nombre croissant de travaux dans le domaine constatent que, au fur et à mesure que la durée des psychoses non traitées augmentent, le séjour à l'hôpital se prolonge, les rémissions se font de plus en plus rares et prennent plus de temps à se produire, la réaction au traitement précoce de la psychose par médicament est réduite, la capacité de se juger soi-même diminue, les soutiens sociaux disparaissent et les trajectoires de vie sont gravement modifiées.

Passons maintenant au chapitre 1.2, dans lequel on parle de donner plus largement accès aux services : il faut reconnaître que personne ne fait appel aux services de soins de santé mentale, à moins qu'eux-mêmes ou leurs proches ne soient en mesure de reconnaître les signes précoce de maladie mentale.

Si nous voulons vraiment garantir les droits des patients aux services, nous recommandons de financer les stratégies de promotion de la santé en vue d'aider les nouveaux arrivants, et surtout ceux qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles. Il faut faire la promotion de la santé mentale et prévenir les troubles mentaux chez les nouveaux arrivants et les membres de leurs familles, et il est tout aussi important d'assurer à ces gens le droit d'obtenir des services. En sensibilisant les nouveaux arrivants, ceux qui sont malades et leurs proches seront plus en mesure de déceler les étapes précoce de la maladie, puis d'intervenir. Il est important de comprendre que ce sont les membres de la famille qui deviendront nos principaux partenaires dans la chaîne des soins offerts aux patients.

We would recommend that federal policy include guidelines on funding for health promotion and services to family members.

Chapter 2 deals with specific population groups. My only comment regarding this will be posed as a question. Given that immigrant groups account for over 55 per cent of Toronto's population, should newcomers without the official languages competency be listed as a specific population?

Chapter 4, section 4.1, is entitled "Combating Stigma and Discrimination." We strongly support the report's statement that to reduce the stigmatization of and discrimination against individuals who have mental illness requires a sustained effort with stable funding, and we are in agreement that government and media public awareness campaign strategies, combined with local education, information workshops, and other health promotion strategies are tactics that have proven to be effective means to deal with these issues.

Our recommendation in that regard is that now it is time to provide stable funding to combat the prevailing and damaging stigma and discrimination surrounding mental illness.

**The Chairman:** May I ask you not to deal with each item because of time constraints?

**Mr. Chung:** I have only one more page. As I said, this is a summary. Our written submission is much longer.

Hong Fook is one of the very few community-based, multicultural, multilingual organizations in Ontario devoting resources to promote mental well-being. Our philosophy in working with newcomer communities is to increase their resources through empowerment and community capacity building.

To work with the communities to stay as mentally healthy as possible, we provide programs to promote community awareness and understanding of mental health and mental illness; community involvement and participation in mental health issues; community understanding and acceptance of people with mental illness. Programs include workshops and seminars, health fairs, conferences, mass media promotions, community advisory committees, volunteer training and opportunities to volunteer for patients, groups to explore strategies to maintain mental well-being, and integrated social and recreational activities.

With regard to Chapter 5, section 5.4, "Supporting Caregivers," we would make the following comment: We acknowledge that family members do require support. We also

Nous recommandons que la politique fédérale comporte des lignes directrices sur le financement de la promotion des services de santé aux membres de la famille.

Mon seul commentaire au sujet du chapitre 2, qui traite de groupes concernés de la population, prendra la forme d'une question. Étant donné que les groupes d'immigrants représentent plus de 55 p. 100 de la population de Toronto, les nouveaux arrivants ne parlant ni l'une ni l'autre des deux langues officielles ne devraient-ils pas être inscrits comme groupes concernés?

Le paragraphe 4.1 du chapitre 4 s'intitule : « Combattre la stigmatisation et la discrimination ». Nous souscrivons à la constatation du rapport selon laquelle pour réduire la stigmatisation et la discrimination envers des individus qui souffrent de maladie mentale, il faudra déployer des efforts soutenus qui devront être accompagnés d'un financement stable. Nous souscrivons aussi à l'énoncé selon lequel les stratégies et les campagnes de sensibilisation du public par les gouvernements et par les médias, auxquelles on associe l'éducation à l'échelle locale, les ateliers d'information et d'autres tactiques de promotion de la santé, ont déjà donné de bons résultats.

Voici notre recommandation : il est maintenant temps de fournir un financement stable afin de combattre les dommages qu'entraînent la stigmatisation et la discrimination dominant dans la société à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale.

**Le président :** Puis-je vous demander d'aller plus vite, car nous avons des contraintes de temps?

**M. Chung :** Il ne me reste plus qu'une page. Je répète qu'il s'agit ici d'un résumé, puisque notre mémoire est beaucoup plus long.

Hong Fook est l'une des très rares organisations communautaires, multiculturelles et multilingues de l'Ontario qui consacre ses ressources à la promotion du bien-être mental. En oeuvrant avec les nouveaux arrivants au pays, nous avons pour but de leur donner des ressources afin qu'ils développent leurs capacités dans la collectivité et qu'ils deviennent autonomes.

Pour aider ces milieux à maintenir leur santé mentale, nous offrons des programmes destinés à sensibiliser la collectivité et à mieux faire comprendre les questions de santé et de maladie mentales; nous prônons également la participation de la collectivité dans toutes les questions de santé mentale, de même que la compréhension de l'entourage et l'acceptation de ceux qui ont des problèmes d'ordre mental. Parmi nos programmes, vous trouverez des ateliers et des séminaires; des foires de la santé; des conférences; des promotions de la santé dans les médias; des comités consultatifs communautaires; la formation des bénévoles et des occasions de travailler bénévolement auprès des patients; des explorations de stratégies destinées à maintenir la santé mentale, ainsi que des activités intégrées de types social et récréatif.

Concernant le paragraphe 5.4, « Soutien des aidants naturels », nous reconnaissons que les membres de la famille doivent être aidés. Si on les encourage et qu'on les soutient, les

recognize that, with encouragement and assistance, family members are typically the best support to patients. As a result, their involvement would reduce the demand for services from the service providers.

We would recommend that guidelines be set to include support services for family members as part of the continuum of services.

Lastly, I will deal with Chapter 7, "The Role of the Federal Government." We would recommend that, as the nation's policy-maker, the most important role for the federal government is to set the direction in transforming the health care system by heightening the profile of mental health, mental illness and addiction within the system.

The federal government can take on the leadership role in strengthening the health promotion strategies by setting funding guidelines. Prevention is better than treatment, and early intervention would reduce long-term treatment resources.

The federal government can set policy guidelines to ensure equitable access to mental health programs and services for individuals who do not speak either of the official languages. Legislation for rights to cultural/language interpreters for mental health services could be considered.

**Ms. Martha Ocampo, Co-director, Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre:** I have a written presentation as well as the thin, orange-coloured report, "Across Boundaries," which outlines our holistic model of care. The last page of my submission deals with the definitions of racialized and racialization. I will be using those words a lot.

In previous reports or studies, just to name a few, "After the Door Has Been Opened," in 1988; "Improving Mental Health Supports for Diverse Ethno/Racial Communities in Metro Toronto," 1992; "The Healing Journey," 2001; and "Integration Opportunity: Access to Integrated Health Care for Racialized and Marginalized Communities," January 2005, racism is identified as a common and unique experience faced by racialized and marginalised communities. You will note that these studies date back from the 1980s to the present and, yet, the mental health system has paid little attention to this issue. Racism in all its forms and at all levels has a direct impact on the health and mental health of the population and affects about 43 per cent of the Canadian population.

Based on the report "Improving Mental Health Supports For Diverse Ethno/Racial Communities in Toronto," which identified that racism is the main barrier to accessing appropriate services, the Ontario Ministry of Health provided a small amount of funding for a centre to be developed. In 1995, Across Boundaries opened its doors as a mental health centre located in the west end of Toronto to provide a range of supports and services to people from racialized communities who are experiencing severe mental health problems and/or serious mental illness. The centre was

membres de la famille sont les mieux placés pour aider les patients. En les intégrant, on réduit ainsi la demande auprès des fournisseurs de services.

Dans vos lignes directrices, nous vous recommandons d'inclure les services de soutien destinés aux membres de la famille, pour qu'ils fassent partie de la palette des services.

Enfin, nous arrivons au chapitre 7, « Le rôle du gouvernement fédéral ». Le gouvernement fédéral étant le décideur politique du Canada, son rôle le plus important est d'orienter la transformation du système de soins de santé en redonnant une plus grande place à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie.

Le gouvernement fédéral peut montrer sa vision en établissant des lignes directrices sur le financement qui viendreraient renforcer les stratégies de promotion de la santé. Il vaut mieux prévenir que guérir, et l'intervention précoce réduirait les ressources nécessaires au traitement à long terme.

Le gouvernement fédéral peut, dans ses lignes directrices, favoriser l'accès équitable aux programmes et services de santé mentale destinés à ceux qui ne parlent ni l'une ni l'autre de nos langues officielles. Vous devriez envisager d'inscrire dans des mesures législatives les droits à des interprètes en vue d'avoir accès aux services de santé mentale.

**Mme Martha Ocampo, codirectrice, Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre :** J'ai un exposé à vous faire, mais j'ai aussi apporté notre rapport orange, intitulé « Across Boundaries », qui définit notre modèle de soins holistiques. À la dernière page, vous trouverez les définitions de deux termes que j'emploierai souvent : racialiser et racialisation.

Plusieurs rapports et études déjà publiés portent sur le racisme. Ce sont notamment : « After the Door Has Been Opened » en 1988; « Improving Mental Health Supports for Diverse Ethno/Racial Communities in Metro Toronto » en 1992; « The Healing Journey », en 2001; et « Integrated Opportunity : Access to Integrated Health Care for Racialized and Marginalized Communities », en janvier 2005. Dans tous ces rapports et études, on considère le racisme comme un phénomène particulier auquel se heurtent collectivement certains groupes marginalisés et racialisés de la société. Vous avez sans doute remarqué que certaines de ces études remontent à la fin des années 80, et pourtant, notre système de soins de santé s'est fort peu intéressé à la question. Or, le racisme sous toutes ses formes et à tous les niveaux a une incidence directe sur la santé en général et la santé mentale de la population, puisqu'il lèse environ 43 p. 100 de la population canadienne.

À la suite du rapport « Improving Mental Health Supports for Diverse Ethno/Racial Communities in Metro Toronto », qui ciblait le racisme comme étant l'obstacle principal empêchant d'avoir accès aux services appropriés, le ministère ontarien de la Santé offrait un financement modeste pour la création d'un centre. « Across Boundaries » ouvrait donc ses portes en 1995, et devenait un centre de santé mentale dans l'ouest de Toronto destiné à offrir toute une gamme de mesures de soutien et de services aux groupes racialisés de la ville qui souffraient de

established to provide appropriate services to address the needs of the targeted communities by developing a holistic model of mental health care within an anti-racism framework. In Ontario, no other mental health agencies and programs provide mental health and addiction services that operate within an anti-racism/anti-oppression framework.

The report "Ethno-Racial Inequality in the City of Toronto: An Analysis of the 1996 Census," by Michael Ornstein, released in May 2000, and largely ignored by city officials, shows how Toronto's racialized majority faces disproportionately high unemployment and poverty rates. According to the report, while 14 per cent of European families live below the low income cut-off, the percentage is much higher for non-Europeans: 35 per cent South Asians, 45 per cent for Africans, Blacks and people of Caribbean descent, and 45 per cent for Arabs and West Asians. Despite their educational qualifications, unemployment rates for Africans, Blacks and South Asians have skyrocketed. Among Ghanaians, for example, there is 45 per cent unemployment rate. Ornstein has concluded, "These inequalities are almost all tied to race."

Racism has created an environment within which quality health care is a commodity that has become socially, economically and politically unattainable by particular members of our society and a right for others. One factor that has been at the forefront of this impact is the current inadequacy of the system to provide mental health care and addiction services that are culturally appropriate, anti-racist and inclusive of all members of Canadian society, regardless of race, gender, socio-economic situations, immigration status, religion and sexual orientation.

The reality of the health care system in which racialized communities seek care in Canada is one in which a significant portion of the members are faced with barriers, hindering their accessibility to mental health services. Many of these communities do not conform to the North American systems of health care delivery that is primarily based on a biomedical, mono-cultural and Eurocentric model. Due to this fact, racialized communities are utilizing health care services less and receiving critical diagnoses and treatment significantly later than other populations. Often, the people we serve at Across Boundaries are those who are experiencing severe mental health problems.

Consumer-survivors and their families would identify racism as a constant problem they have to deal with, whether they are going for treatment, looking for appropriate housing, or simply looking for a safe place to stay when they feel depressed or isolated.

From time to time, we hear from the media, which reports are confirmed in various studies, about how racism is being explicitly linked to the high suicide rate among First Nations. Since

problèmes ou de maladies mentales graves. Notre centre a donc été créé en vue de fournir les services appropriés et de répondre aux besoins de certains milieux ciblés, par le truchement d'un modèle holistique de santé mentale dans une optique de lutte contre le racisme. En Ontario, aucune autre agence et aucun autre programme n'offre des services en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, dans une optique de lutte contre le racisme et l'oppression.

Le rapport « Ethno-Racial Inequality in the City of Toronto : An analysis for the 1996 Census que publiait Michael Ornstein en mai 2000, mais qui fut en grande partie dédaigné par les élus municipaux, démontre à quel point la majorité racialisée de Toronto est affligée par des taux de chômage et de pauvreté disproportionnés. Le rapport estime que, bien que 14 p. 100 des familles européennes vivent en deçà du seuil de pauvreté, le pourcentage est beaucoup plus élevé chez le non-européens. Il est de 35 p. 100 chez les Asiatiques du Sud, de 45 p. 100 chez les Africains, les Noirs et les Antillais, et de 45 p. 100 chez les Arabes et les Asiatiques de l'Ouest. Les taux de chômage chez les Africains, les Noirs et les Asiatiques du Sud ont grimpé en flèche, malgré leurs diplômes. Le taux de chômage est ainsi de 45 p. 100 chez les Ghanéens, par exemple. D'après Ornstein, ces inégalités sont presque toujours liées aux phénomènes de la race.

Le racisme a donné lieu à un environnement dans lequel les soins de santé de qualité sont une denrée inaccessible du point de vue social, économique et politique à certains membres de notre société, tandis qu'ils sont un droit pour d'autres. Un des facteurs principaux expliquant cet état de fait, c'est l'incapacité actuelle du système de fournir des services et des soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie qui soient culturellement appropriés, qui ne soient pas racistes et qui s'adressent à tous les membres de la société canadienne, peu importe leur race, leur sexe, leur situation socio-économique, leur statut d'immigrant ou non, leur religion et leur orientation sexuelle.

Le système canadien des soins de santé est tel qu'un grand nombre des membres des groupes racialisés se heurtent à des obstacles qui nuisent à leur capacité d'accès à des services de santé mentale. En effet, un bon nombre de ces collectivités ne se conforment pas au modèle nord-américain de prestations des soins de santé qui sont surtout de type biomédical, monoculturel et eurocentriques. Par conséquent, les groupes racialisés ont de moins en moins recours aux services de santé et sont par conséquent diagnostiqués et traités beaucoup plus tard que les autres segments de la population. Par conséquent, les clients de Across Boundaries sont souvent ceux qui souffrent déjà de graves problèmes de santé mentale.

Les consommateurs-survivants et leurs familles dénoncent le problème constant du racisme auquel ils doivent faire face, aussi bien quand ils vont suivre un traitement, quand ils cherchent un logement convenable ou lorsqu'ils essaient simplement de trouver un endroit où rester en sécurité quand ils se sentent déprimés ou isolés.

Il arrive que les médias, dont les articles sont confirmés par différentes études, expliquent que le racisme est explicitement lié au taux élevé de suicide parmi les membres des Premières nations.

September 11, our centre had to deal with the impact of racial profiling which caused severe mental health problems to members of particular communities, specifically the Muslim communities.

In the context of violence and abuse, racism is a form of systemic and overt violence towards communities of colour, which can cause severe depression, despondency, stress and anxiety, paranoia, social isolation, suicidal ideation, drug and alcohol addiction, problem gambling and many physical problems. These problems need to be looked at holistically with an anti-racist approach; otherwise, the cycle continues.

In the context of shrinking resources in the mental health system, racism is an economic issue. For example, the emphasis on the biomedical Western approach to treatment and its reliance on the pharmaceutical industry has taken our health system to a state of crisis. It could also be that the very people who deliver mental health and addiction services have been trained to believe that the Western medical approach is the best and only way to provide care and see other approaches as inferior or just an add-on.

In Ontario, OHIP will only cover medical services, not alternative therapies such as traditional Chinese medicine, Ayurveda, homeopathy, and so forth. It is ironic that most ethnoracial communities continue to practice the use of old remedies for both prevention and treatment of mental health problems, but such practices continue to be ignored by the system despite its professed value of the individual's right to choice of care.

The issue here is discrimination through racism. Thus, racism is the constant enduring fact we have to consider all the time when talking about the appropriate health care of the individual in the ever-changing demographics in Canada and its cultural and racial diversity.

The mental health of members from racialized communities cannot be understood in isolation from the social conditions of their lives. These conditions are characterized by social inequities which influence the type of mental health problems people from these communities develop and impact on how these problems are understood and treated by health professionals and the mental health system. For example, the mental health needs of new immigrants and refugees will have to take into account their experiences of trauma and how this impacts their health. The mental health system recognizes the need to address post-traumatic syndrome, but fails to recognize that, until racism is addressed, which is the trauma refugees and new immigrants experience on a daily basis, such an approach will be ineffective.

What should future directions be in the field of mental health, given the multicultural nature of our Canadian society?

Depuis le 11 septembre, notre centre a dû s'occuper des conséquences du profilage racial qui a provoqué de graves problèmes de santé mentale parmi les membres de certaines communautés, en particulier la communauté musulmane.

Dans ce contexte de violence et de maltraitance, le racisme est une forme de violence déclarée et systémique envers les gens de couleur, qui peut causer de graves dépressions, du stress, de l'anxiété, de la paranoïa, de l'isolement social, des idées suicidaires, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des problèmes de jeu et de nombreuses affections physiques. Il faut considérer ces problèmes de façon holistique dans une approche antiraciste; autrement, le cycle se perpétue.

Dans le contexte de la diminution des ressources du réseau de santé mentale, le racisme est une question économique. Ainsi, l'approche biomédicale en matière de traitement, qui s'en remet essentiellement à l'industrie pharmaceutique, a provoqué une crise dans notre réseau de la santé. Il se pourrait également que ceux qui s'occupent de santé mentale et de toxicomanie aient été formés à l'idée selon laquelle l'approche médicale occidentale est la meilleure et la seule façon de soigner, les autres méthodes étant inférieures ou tout juste complémentaires.

En Ontario, l'OHIP ne couvre que les services médicaux, et non pas les thérapies alternatives comme la médecine chinoise traditionnelle, l'Ayurveda, l'homéopathie, et cetera. Il est paradoxal que la plupart des communautés ethnoraciales continuent à recourir aux vieux remèdes tant pour la prévention que pour le traitement des problèmes de santé mentale, alors que ces pratiques sont toujours ignorées par le système, qui prétend pourtant reconnaître que le patient a le droit de choisir un traitement.

Il s'agit ici d'une question de discrimination raciale. Le racisme est une constante qu'il faut toujours prendre en compte lorsqu'on parle des soins à prodiguer dans une société canadienne dont la démographie et la diversité culturelle et raciale sont en constante évolution.

La santé mentale des membres des communautés victimes de discrimination raciale ne peut être comprise en dehors du contexte des conditions sociales dans lesquelles ils vivent. Ces conditions sont caractérisées par les inégalités sociales qui vont déterminer les types de problèmes de santé mentale dont ils vont souffrir et qui ont une incidence sur la façon dont ces problèmes sont compris et traités par les professionnels de la santé et par le réseau de santé mentale. Par exemple, la santé mentale des nouveaux immigrants et des réfugiés dépend en partie des traumatismes qu'ils ont subis et qui ont pu détériorer leur santé. Le réseau de santé mentale reconnaît la nécessité de faire face au syndrome post-traumatique, sans toutefois reconnaître que tant que les réfugiés et les nouveaux immigrants victimes de traumatismes devront faire quotidiennement face au racisme, une telle méthode restera inefficace.

Quelle orientation faudrait-il prendre dans le domaine de la santé mentale, compte tenu de la nature multiculturelle de la société canadienne?

First, there has to be a shift in the mental health policy framework from a biomedical to an understanding that mental health is, in part, socially determined and, therefore, a more integrative model of care which addresses the body, mind and soul needs to be developed.

Second, a mental health anti-racism strategy at all levels of government has to be in place which will address systemic and structural changes including governance, policies, training, education, community-based research, and service delivery. The strategy must be guided by an anti-racism, anti-oppression and cultural competence analysis and principles.

In 1995, the Ontario Government had developed “Strengthening Voices: Ministry of Health Anti-Racism Strategy,” which, unfortunately, ended up in a shelf collecting dust. Ethnoracial communities were consulted in the development of this document. Perhaps if there had been an implementation strategy, the policy might have moved forward.

Third, there should be inclusion of non-dominant groups in the decision-making process and in the development of policies. They must be provided the opportunity to participate fully and be given equal access to resources and the necessary supports to enable them to contribute their knowledge and skills in the whole continuum of mental health care.

Fourth, we must ensure that all community consultations, needs assessments, research studies, evaluations and other planning initiatives are conducted in accessible ways, including data, information gathering in multiple languages and diverse formats and locations to increase participation.

Fifth, we should require all funded organizations to integrate planning and program delivery for racialized communities in direct and identifiable ways such as having clear benchmarks on what needs to be achieved in order to be funded.

Sixth, we must recognize, create and implement community-specific mental health and addiction services that are responsive to the needs of different racialized and immigrant communities.

**Mr. Raymond Cheng, as an individual:** Good morning. It is a privilege to address you today. I am speaking to you as an ethnoracial individual who identifies with other fellow consumer/survivors and I am grateful for their earlier heartfelt words shared over the last two days with you.

I should explain that I work, advocate, volunteer, socialize and have even performed stand-up comedy on behalf of the mental health system. I should also mention I have a

Tout d'abord, il faudrait que la politique de santé mentale passe de la conception biomédicale à une véritable compréhension de la santé mentale qui est notamment déterminée par des facteurs sociaux, et que par conséquent, on mette au point un modèle plus intégrateur de soins destiné au corps, à l'esprit et à l'âme.

Deuxièmement, il faut mettre en place à tous les niveaux du secteur public une stratégie antiraciste de santé mentale qui opère des changements systémiques et structurels notamment en matière de gouvernance, de politiques, de formation, d'éducation, de recherche communautaire et de prestations de services. Cette stratégie doit être axée sur une analyse et des principes de lutte contre le racisme et l'oppression, et sur la reconnaissance des compétences culturelles.

En 1995, le gouvernement ontarien a élaboré une stratégie intitulée « Une voix plus forte : Stratégie antiraciste du ministère de la Santé » qui, malheureusement, s'est retrouvée sur une étagère poussiéreuse. Les communautés ethnoraciales ont été consultées lors de la préparation de ce document. S'il avait comporté une stratégie de mise en œuvre, cette politique aurait peut-être progressée.

Troisièmement, les groupes non dominants devraient être inclus dans le processus décisionnel et dans l'élaboration des politiques. Ils doivent avoir l'occasion de participer pleinement au débat et d'accéder sur un pied d'égalité aux ressources et aux mesures de soutien nécessaires pour pouvoir apporter leurs connaissances et leurs aptitudes à tout le spectre des soins de santé mentale.

Quatrièmement, il faut veiller à ce que la consultation, l'évaluation des besoins, les études de recherche et les initiatives de planification soient menées dans un souci d'accessibilité, notamment en ce qui concerne les données, la collecte de l'information dans plusieurs langues, sous divers formats et à différents endroits, de façon à favoriser la participation.

Cinquièmement, il faudrait obliger tous les organismes subventionnés à assimiler les principes de planification et d'exécution des programmes à l'intention des communautés victimes de discrimination raciale de façon directe et identifiable, afin qu'on ait des points de repère précis sur les objectifs à atteindre pour obtenir du financement.

Sixièmement, il faut identifier, créer et mettre en œuvre des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie qui répondent aux besoins des diverses communautés d'immigrants victimes de discrimination raciale.

**M. Raymond Cheng, témoignage à titre personnel :** Bonjour. C'est pour moi un privilège de m'adresser à vous aujourd'hui. Je m'adresse à vous en tant que membre d'un groupe ethnoracial et je m'associe aux autres consommateurs survivants, que je voudrais remercier pour les propos très convaincants dont ils vous font part depuis hier.

Je dois vous dire que je travaille bénévolement dans le système de santé mentale où j'ai des activités de revendication et de socialisation; j'y ai même présenté des monologues. Je dois

physical disability, significant hearing loss, that requires wearing two hearing aids.

You may want to know about how I got to where I am now as a result of the mental health system.

I want to share three points with you. First, how I ended up using the mental health system; why, what I feel works in a recovery-oriented mental health system currently; and what needs to happen in the future for more ethnoracial as well as mainstream consumers to succeed.

In using the mental health system, from an ethnoracial viewpoint, consumer/survivors, as we call ourselves, do not talk about having a crisis, necessarily. We talk about going through hard times, and for me, I define that as when you do not have the answers to what life is delivering to you and you feel that no one really understands your point of view. When even your friends and family cannot help you out, it is natural to seek professional intervention.

From an ethnoracial perspective, this is what has happened to me.

The best outcome of care has to be from staff who are genuinely interested in listening, communicating and showing empathy. This is especially important, not only to the client, but to the family members who want to understand what is going on.

Language and cultural barriers can lead to misinterpretation, a mutual lack of understanding, and possibly misdiagnosis. This is especially critical at the point of admission to a hospital.

Medications that have been tested and guidelines set up for one target population may work differently for another group. One widespread medication that has been used for many years, and I have used it, caused me severe side effects. Only recently has research established that the working dosage on people of Asian decent is considerably lower than that for the mainstream population.

Outside in the community, as my co-panelists have shared with you, there is a real lack of culturally-competent service providers to help those in need continue to get better.

I will now deal with Innovative approaches and recovery currently available in the mental health system — in other words, what I see are things that work well now. As someone who has been able to assess a wide range of community-based supports and services, I would emphasize the importance of peer support. What is peer support? Peer support is when a group of individuals who have experienced the mental health system come together regularly in a safe and comfortable environment to share each other's stories, be empathetic, and take the time to understand people.

également signaler que j'ai une incapacité physique, une difficulté auditive importante qui m'oblige à utiliser deux prothèses auditives.

Peut-être aimeriez-vous savoir comment j'en suis arrivé là à cause du système de santé mentale.

J'aimerais vous dire trois choses. Premièrement, comment j'en suis venu à recourir au système de santé mentale; ensuite ce qu'il y a, à mon avis, de plus efficace dans le système actuel de santé mentale axée sur la convalescence;; et enfin sur ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour assurer la réussite du traitement d'un plus grand nombre de consommateurs ethnoraciaux ou ordinaires.

Pour recourir au système de santé mentale, d'un point de vue ethnoracial ou du point de vue des consommateurs survivants, puisque nous nous appelons ainsi, il ne faut pas nécessairement passer par une crise. Il suffit de connaître une période difficile et pour moi, c'est le cas lorsqu'on a pas toutes les réponses aux événements de la vie et lorsqu'on a l'impression d'être totalement incompris. Lorsqu'on ne trouve plus d'aide parmi les amis et les membres de la famille, il est normal de solliciter l'intervention d'un professionnel.

D'un point de vue ethnoracial, c'est qui m'est arrivé.

Les soins donnent les meilleurs résultats lorsqu'ils sont prodigues par un personnel prêt à écouter, à communiquer et à manifester de l'empathie. C'est particulièrement important, non seulement pour le patient, mais aussi pour les membres de la famille qui veulent comprendre ce qui se passe.

Les obstacles linguistiques et culturels peuvent entraîner des erreurs d'interprétation, un manque de compréhension mutuelle, voire des erreurs de diagnostic. C'est particulièrement vrai au moment de l'admission en milieu hospitalier.

Des médicaments et des posologies définies pour une population cible peuvent donner des résultats différents pour un autre groupe de population. Un médicament très courant qui a été utilisé pendant des années, et dont je me suis servi, m'a provoqué des effets secondaires graves. Récemment, la recherche a permis d'établir que la posologie normale pour les personnes d'origine asiatique est considérablement inférieure que pour le reste de la population.

En dehors de la communauté, comme vous l'ont dit les autres membres du groupe, les fournisseurs de service compétents au plan culturel ne sont pas assez nombreux pour que ceux qui en ont besoin puissent continuer à s'améliorer.

J'aimerais maintenant aborder les approches novatrices de convalescence actuellement disponibles dans le réseau de santé mentale; autrement dit, j'aimerais parler de ce qui, à mon avis, fonctionne bien actuellement. J'ai été en mesure d'évaluer une vaste gamme de services de soutien communautaire, et j'aimerais insister sur l'importance du soutien des pairs. Qu'est-ce que le soutien des pairs? Ce sont des groupes de personnes qui ont été en contact avec le réseau de la santé mentale et qui se réunissent régulièrement dans un environnement sûr et confortable pour évoquer leur expérience, pour faire preuve d'empathie et pour prendre le temps de se comprendre.

This is very much like preventative maintenance, for after all, social isolation is the leading factor in why people return to hospital. The community-based agencies that have worked best for me emphasized the importance of peer support, and here in Ontario, we have more than 50 of these organizations run by consumers for consumers providing this very necessary, distinctive and unique form of self-help.

I am currently working for a provincial support team called the Ontario Peer Development Initiative and I personally believe that we should have many more of these types of agencies.

Furthermore, peer support works across all boundaries, and groups can find common ground by respecting their own cultures and their language of preference.

The other factor I would stress about recovery is this: Mental health is integrated with one's physical, social, spiritual and economic well-being. Hope for a future is truly realized if there are genuine expectations that inequities within society will be addressed. My friends on Tuesday and Wednesday have already eloquently spoken about what it feels like to have a job, a place to call your own, and a social network of friends. I hope you heed our collective call that individual recovery from mental health is impossible when struggling with the consequences of poverty alongside stigma and discrimination.

I will now speak to future recommendations and action steps, and I have only two.

Most of my fellow ethnoracial consumer/survivors want to work. They may not all be able to work full-time, but they want a chance to work part-time. This can be hard to do within their communities. A report that I co-wrote in 1993 for Hong Fook Mental Health Association confirmed that employers then were hesitant to give consumers a chance. A job means a lot to them. A national employment strategy that includes those with mental health issues is needed.

Should there be a funding envelope for employment supports in a mental health system? Yes, I believe so. The payoff is that, ultimately, those who work will use less health care and will pay more taxes. What is there for any politician not to like?

The range of supports that currently exist for those who are deemed unable to work includes a monthly pension with subsidized medications, subsidized housing for the fortunate, and a support network of health professionals and programs for free.

I would suggest that many individuals are trapped and left unmotivated to plan and execute an exit strategy from this cycle of learned helplessness. The spirit of recovery cannot emerge from the ambiguous expectations of people simply cycling through a set of periodically visited mental health services and supports. With

C'est tout à fait semblable à l'entretien préventif, car après tout, l'isolement social est le principal facteur qui renvoie les patients en milieu hospitalier. Les organismes communautaires qui m'ont le plus aidé insistent sur l'importance du soutien des pairs et ici, en Ontario, nous avons plus de 50 de ces organismes qui sont gérés par des utilisateurs pour des utilisateurs, et qui proposent cette forme unique, spécifique et indispensable d'autosoutien.

Je travaille actuellement pour une équipe provinciale de soutien appelée Ontario Peer Development and Initiative et j'estime personnellement qu'il nous faut beaucoup plus de ce genre d'organismes.

En outre, le soutien par les pairs s'applique à toutes les situations et les groupes peuvent trouver des points en commun tout en respectant les cultures et la langue.

J'ajouterais une autre chose concernant leur établissement : la santé mentale fait partie intégrante du bien-être physique, social, spirituel et économique de chacun. On ne peut avoir espoir en l'avenir que si on est intimement convaincu que les inégalités présentent dans la société disparaîtront. Mardi et mercredi, mes amis vous ont entretenus éloquemment de ce que cela représente pour eux d'avoir un emploi, un endroit pour lequel on a un sentiment d'appartenance, un réseau social d'amis. J'espère que vous répondrez à cet appel collectif et que vous comprendrez que la guérison individuelle des malades mentaux est impossible quand on doit faire face aux conséquences de la pauvreté, de la stigmatisation et de la discrimination.

J'aimerais vous faire part de deux recommandations en ce qui a trait aux mesures à prendre à l'avenir.

La plupart des gens dans ma situation veulent travailler. Ils ne sont peut-être pas tous en mesure de travailler à temps plein, mais ils aimeraient avoir la chance de travailler à temps partiel. Ce n'est pas toujours facile dans leurs collectivités. Un rapport que j'ai corédigé en 1993 pour la Hong Fook Mental Health Association a confirmé que les employeurs hésitaient à donner une chance à ceux qui souffraient ou avaient souffert de troubles mentaux. Or, un emploi représente beaucoup pour eux. Il faudrait donc une stratégie nationale d'emploi qui tienne compte des besoins des personnes ayant des troubles mentaux.

Devrait-on prévoir une enveloppe budgétaire pour le soutien à l'emploi dans tout système de santé mentale? Je crois que oui. En contrepartie, au bout du compte, ceux qui travaillent ont moins recours aux soins de santé et paient davantage d'impôt. Il me semble que cela devrait plaire à tout politicien.

Ceux qui sont actuellement jugés incapables de travailler ont droit à des prestations mensuelles, à des médicaments subventionnés, s'ils ont de la chance, à un logement subventionné et à l'appui d'un réseau de professionnels de la santé et de programmes gratuits.

Bien des gens se sentent pris au piège et n'ont pas la motivation de dresser et d'exécuter un plan leur permettant de mettre fin à ce cercle vicieux de l'impuissance. L'esprit de la guérison ne peut émerger des simples attentes ambiguës de gens vivant ce cycle de visites périodiques aux services de soutien et de santé mentale.

ethnoracial populations, they are further marginalized if they are not fortunate to find a program that can meet their express needs and offer a better path.

Why should the life choices for those who want to get well and achieve full citizenship be constricted by systemic assumptions built into programs that have lasted too many generations without an objective review?

In conclusion, consumer/survivors and their family members are entitled to fully realize lives with achievable ambitions set within a caring and just society. I am old enough to remember who said that.

I would commend the committee for listening to me, and I look forward to your recommendations. Thank you.

**The Chairman:** I would thank all three of our presenters. Mr. Cheng, could you provide us with a copy of your brief?

**Mr. Cheng:** Yes, I have copies.

**The Chairman:** I have one broad question of the panel. It strikes me that here we are in a city where 55 per cent of the population are not native-born Canadians and, in fact, speak other languages, and yet both Raymonds told me when I was talking to them earlier, that there are only two ethnoracial organizations and those two are represented by you both being here, so we have a complete sample.

There is, obviously, a systemic problem. What needs to change at the governmental level to, in fact, substantially increase the number of centres, services and community-based organizations which would be capable of dealing in other languages and other cultures? There are only two such organizations, and there has only been the odd pilot project and nothing has fundamentally changed. You quote reports going back a decade. What do you see as the root cause of the problem and what can we do to change it?

Martha, would you care to comment?

**Ms. Ocampo:** I think the systemic problem is funding, at whatever level.

This is not to promote Across Boundaries, because our goal, just like Hong Fook, is to disappear at a certain point. All health agencies, mental health agencies, addiction agencies have to find a way to serve the people around them, the people who are coming to their centres. What is happening now is that all the mainstream agencies get a chunk of funds, and yet, a token kind of service is provided to this population. It makes no sense, because 53 per cent of the population is from these communities, and there is nothing in place to ensure that these agencies are serving the population.

Many years ago in Ontario, agencies were asked to send in proposals respecting an anti-racism, cultural competence strategy. The highly resourced agencies were best able to do that. Therefore, the big agencies or mainstream agencies got most of the money. Struggling agencies such as ours continue

Pour les populations ethnoraciales, la marginalisation est accrue si elles n'ont pas la chance de trouver un programme qui répond à leurs besoins particuliers et leur offre une autre voie.

Les choix de vie de ceux qui veulent guérir et être des citoyens à part entière ne devraient pas être limités par les postulats systémiques incorporés dans des programmes qui existent depuis des générations sans avoir fait l'objet d'un examen objectif.

En conclusion, les consommateurs-survivants et leurs familles ont le droit de vivre pleinement leurs vies et leurs ambitions raisonnables dans une société juste et humaine. Je suis assez vieux pour me rappeler qui a tenu ces propos.

Je remercie le comité de m'avoir écouté et j'ai hâte de lire vos recommandations. Merci.

**Le président :** Je remercie les trois témoins. Monsieur Cheng, auriez-vous l'obligeance de nous remettre un exemplaire de votre mémoire?

**M. Cheng :** Oui, j'en ai des exemplaires.

**Le président :** J'ai une question générale qui s'adresse à tous les témoins. Nous sommes aujourd'hui dans une ville où 55 p. 100 des habitants ne sont pas nés au Canada et ne parlent ni l'anglais ni le français. Pourtant, les deux Raymond m'ont dit, quand je me suis entretenu avec eux un peu plus tôt, qu'il n'y a que deux organisations ethnoraciales qui sont toutes les deux représentées ici aujourd'hui.

Il y a donc manifestement un problème systémique. Que devrait faire le gouvernement pour augmenter de façon considérable le nombre de centres et d'organisations communautaires de services afin d'offrir des programmes dans d'autres langues et cultures? Il n'y a que deux organisations de ce genre, il n'y a eu qu'un projet pilote de temps à autre, et rien n'a fondamentalement changé. Vous citez des rapports vieux de 10 ans. Quelle est la cause profonde du problème selon vous et comment s'y attaquer?

Martha, voulez-vous répondre?

**Mme Ocampo :** Je crois que le problème systémique, c'est le financement à tous les niveaux.

Je ne dis pas cela pour faire la promotion de Across Boundaries car notre objectif ultime, comme celui de Hong Fook, est de disparaître un jour. Toutes les agences de santé, de santé mentale, de lutte contre la toxicomanie doivent trouver une façon de servir leurs clients, ceux qui s'adressent à elles. À l'heure actuelle, les grands organismes obtiennent une partie des fonds et dispensent quelques services à ce groupe de gens. Mais cela n'a aucun sens, car 53 p. 100 de cette population provient de ces collectivités et rien ne permet de s'assurer que ces organismes servent cette population.

Il y a bien des années, en Ontario, on a demandé aux agences d'envoyer des propositions de stratégies sur les compétences culturelles et contre le racisme. Ce sont les agences disposant de plus de ressources qui ont présenté les meilleures propositions. Par conséquent, ce sont elles qui ont reçu la majorité des fonds.

to struggle. However, when they are delivering the services, it is not somehow trickling down to the population that they are serving.

I think there has to be systemic change. They have to be accountable to the population that they are serving. That is not there.

**Mr. Chung:** I want to make two comments. One is that funders should make the service providers accountable. When they claim that will use the funding to serve a certain population, can they prove that they are capable of doing that? Currently, many mainstream agencies, service providers are claiming that they can serve the Chinese, for example, because a member of their staff has the Chinese language, but if you look into it, the Chinese language-speaking person might be an administrative assistant and may not be a front-line worker.

My second comment relates to the approach, as Martha mentioned, to the Western concept of treatment. How comfortable would new Canadians, new immigrants feel walking into a certain office? Would they feel welcomed?

As the U.S. Surgeon General's report indicated training interpreters is key. A couple of states have legislation under which service providers must guarantee that they have trained interpreters to communicate with patients who walk into their clinics or centres.

As I mentioned earlier, I think it is unrealistic to think that more organizations such as Hong Fook or Across Boundaries will be set up. Hong Fook set up 23 years ago and Across Boundaries set up 10 years ago to bridge a gap. We know that, culturally, we have the knowledge and the expertise. We also know what treatment models, health promotion and other strategies work, because we have the knowledge and the expertise, but nobody is consulting us.

**The Chairman:** You say that the majority of the money is going to the well-off organizations. Does that mean that the vast majority of the money for mental health at the community level is, in fact, being used to serve people who largely speak English simply because those organizations are not capable of providing services in other languages?

**Ms. Ocampo:** I think that they might be serving these communities, but they are inappropriate. Many of our clients might have gone to these other agencies, but they have not felt any better because either they were being served inappropriately, or there was no real service. They are turned away because no one speaks the language. They are turned away because of certain interpretations of the medical profession which indicate that a person does not need that kind of care. They are given some medication and turned away because the person who is there to help them does not know where the consumer is coming from.

Les petits organismes comme le nôtre continuent de se débattre. Toutefois, quand vient le temps de dispenser des services, les grandes agences ne semblent pas se servir des sommes qui leur sont accordées pour servir la population dans le besoin.

Un changement systémique s'impose donc. Ces agences doivent rendre des comptes aux gens qu'elles servent, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

**M. Chung :** J'aimerais faire deux remarques. Premièrement, les organismes de financement devraient exiger des comptes des agences dispensant des services. Quand ces agences prétendent que les fonds serviront à répondre aux besoins de certains groupes de gens, peuvent-elles prouver qu'elles seront en mesure de le faire? Actuellement, bon nombre de grandes agences dispensant des services affirment pouvoir servir la communauté chinoise, par exemple, parce que des employés parlent chinois alors qu'en fait la personne qui parle chinois est peut-être une adjointe administrative et non une intervenante de première ligne.

Ma deuxième observation porte sur l'approche occidentale en matière de traitement qu'a mentionné Martha. Les nouveaux Canadiens, les nouveaux immigrants hésiteraient-ils à entrer dans certains bureaux pour obtenir des services? S'y sentirait-ils bienvenus?

Une étude du Service de santé publique des États-Unis a révélé que la formation des interprètes est cruciale. Dans quelques Etats américains, la loi exige des prestataires des services qu'ils garantissent la présence d'interprètes formés à communiquer avec les patients qui se rendent dans les cliniques ou les centres.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, il serait irréaliste de croire que d'autres organisations comme Hong Fook ou Across Boundaries verront le jour. Hong Fook a été créée il y a 23 ans et Across Boundaries il y a 10 ans pour combler une lacune. Nous savons que nous avons les connaissances et les compétences d'experts du point de vue culturel. Nous savons aussi quels modèles de traitement, quelles stratégies de promotion de la santé et autres sont efficaces, car nous avons les connaissances et l'expertise nécessaires, mais personne ne nous consulte.

**Le président :** Vous avez dit que la majorité des fonds sont versés aux grandes organisations. Cela signifie-t-il que le gros de l'argent devant servir aux services de santé communautaire sert en fait à répondre aux besoins de personnes qui parlent l'anglais tout simplement par ces organisations ne sont pas en mesure d'offrir des services dans d'autres langues?

**Mme Ocampo :** Ces agences servent peut-être les communautés ethnoculturelles, mais pas comme il se doit. Bon nombre de nos clients se sont probablement adressés à ces autres agences, mais cela ne les a pas aidés parce qu'ils n'ont pas été bien servis ou parce qu'on n'a pas pu leur offrir des services. On les a renvoyés parce que personne ne parlait leur langue. On les a renvoyés parce que des professionnels de la santé ont jugé qu'ils n'avaient pas besoin de ce genre de soins. On leur a donné des médicaments et on les a renvoyés parce que ceux qui étaient censés les aider ne connaissaient pas leurs origines ou leurs antécédents.

When we see them, they have already gone round the revolving door many times. They keep going back to doctors for medication. They have been given medication of all sorts, but yet they do not feel better. When they speak to someone who understands their language and their culture, a lot of time and money can be saved, as well as a lot of the pain that these people have gone through.

The medical approach tends look primarily at treatment. It may not recognize that perhaps the most important thing for a person is housing, perhaps education or perhaps employment. There is no holistic approach. If a person cannot sleep, you give him a sleeping pill.

That is key in terms of the determinants of health. It is important to recognize how these things play out in mental health and addiction.

**Mr. Chung:** As my friend Raymond mentioned, the social space is important. With the medical model, you come in as a sick person who is treated and then you leave. The more culturally appropriate approach relates to the social space. A person should feel comfortable walking in and not necessarily seeing a doctor or social worker, but being able to see other patients so that they can break their isolation and can have peer support. That is all important. That is what my friend Raymond has been emphasizing.

**Mr. Cheng:** I would like to follow up with what Martha is saying about appropriate services. It is important to realize the people who do not communicate well. Some find it hard to express themselves. They have a language barrier, and, of course, service delivery in the mental health system is based on symptoms. If someone is unable to communicate well, or appears not to be co-operative, you know, is speaking in a way that people cannot understand, you tend to attach a diagnosis, and when that happens medication follows. At this point, you may not fully comprehend the situation of that individual. Once you start down the road of medicating and the person is unresponsive, you add medication, you add more intensive treatment, and you reach a stage where the person can never come back to a stage of clarity where he or she can say, "This was what I wanted to talk to you about." Even consumer/survivors who speak English as their first language, when they are in crisis, find it hard enough to communicate, but if you are in crisis and English is not your first language, then that is really bad.

In my personal experience, English is my first language, but people look at me and make certain assumptions, and that is even worse. When you are 23 years old and you have this uppity tone of voice that I am using before you esteemed gentlemen, and then you are talking to a psychiatric resident who thinks he is the smartest guy on earth, you are bound to have a personality conflict.

I am lucky. I scraped my way out. I speak on behalf of a whole bunch of folks who have not been as fortunate. I consider myself very lucky to be able to make that plea on behalf of many people I know who have not been able to make it the whole way back.

Quand ils s'adressent à nous, ils sont déjà passés par ces portes tournantes à maintes reprises. Ils retournent régulièrement voir différents médecins pour leurs médicaments. On leur a donné toutes sortes de médicaments, mais ils ne se sentent pas mieux. Quand ils peuvent enfin parler à quelqu'un qui comprend leur langue et leur culture, on économise du temps et de l'argent et on leur épargne des épreuves.

L'approche médicale est axée avant tout sur le traitement. Elle ne reconnaît pas nécessairement que le plus important pour certaines personnes, c'est le logement, l'instruction et un emploi. Il n'y a pas d'approche holistique. Si vous souffrez d'insomnie, on vous donnera un somnifère.

C'est un des plus importants déterminants de la santé. Il faut reconnaître l'importance de ces facteurs dans la santé mentale et la toxicomanie.

**M. Chung :** Comme l'a signalé mon ami Raymond, l'espace social est important. Selon le modèle médical, vous allez chez le médecin quand vous êtes malade, on vous soigne et vous partez. Les approches mieux adaptées du point de vue culturel tiennent compte de l'espace social. Toute personne devrait se sentir la bienvenue même si elle n'est pas là pour voir un médecin ou un travailleur social mais simplement pour voir d'autres patients, sortir de son isolement et trouver un peu de soutien auprès de ses pairs. Tout cela est important, et c'est ce qu'a souligné mon ami Raymond.

**M. Cheng :** J'aimerais revenir à ce qu'a dit Martha sur les services appropriés. Il faut comprendre que certaines de ces personnes ont du mal à communiquer. Certaines ont du mal à s'exprimer. Il y a la barrière linguistique et, bien sûr, la prestation de services en santé mentale se fonde sur les symptômes. Si vous avez du mal à communiquer ou si vous semblez ne pas vouloir coopérer, si vous semblez refuser de vous exprimer de façon à être compris, vous risquez de vous faire accorder un certain diagnostic et peut-être même de vous faire prescrire certains médicaments. Or, il se peut que personne ne comprenne bien votre situation. Mais une fois qu'on a commencé à vous donner des médicaments auxquels vous ne réagissez pas, on y ajoutera d'autres médicaments, peut-être un traitement plus intensif et il se peut que vous en arriviez au point où vous ne soyez plus en mesure de dire ce qui vous troubloit au départ. Même les personnes ayant des troubles mentaux pour qui l'anglais est la langue maternelle ont du mal à s'exprimer quand elles sont en crise; si vous vivez une crise et que l'anglais n'est pas votre langue maternelle, la situation est bien pire.

Je peux vous parler de mon expérience personnelle : je suis anglophone mais quand les gens me regardent, ils tiennent certaines choses pour acquis, ce qui est encore pire. J'ai 23 ans et quand j'emploie ce ton de voix un peu arrogant que j'utilise pour m'adresser à vous, estimés sénateurs, pour parler à un résident en psychiatrie qui se croit plus intelligent que tout le monde, les conflits de personnalité sont inévitables.

J'ai de la chance. Je me suis débrouillé. Je représente tout un groupe de gens qui n'ont pas eu pareille chance. Je m'estime privilégié de pouvoir plaider la cause de tous ceux qui ont encore du chemin à faire sur la voie de la guérison.

**Senator Trenholme Counsell:** I want to thank our wonderful presenters this morning.

I have been listening and thinking that I have heard the same stories and requests in my province of New Brunswick where we have so few immigrants. I wish we had many more. If you can encourage some people to move to New Brunswick, please do.

I believe that throughout this there is a common thread, and that is the need for interpretation. However, perhaps interpretation is too narrow a concept. It seems to me that a broader concept is community support provided by someone like Raymond Cheng who can speak anybody's language it seems to me. We need someone within the community to be there for X number of families during the stage when people are beginning to deal with their illness.

Largely, it is a first generation problem, is it not? Once the children of new immigrants have gone through school, they can communicate in at least one of the official languages. It is those people who have just arrived in Canada who need the support.

The same problems would arise at a mental health clinic, at a prenatal clinic, at a doctor's office, at a housing agency or even at an office where you would go to fill our application forms for a pension, and so on and so forth. The need to communicate arises everywhere, albeit there are very specific issues to be dealt with when it comes to mental health and addiction. As a multicultural society, are all of us doing enough to ensure that, in those initial years, there is community support? I mean support in one of the many dozens of language and cultural groups who live in a city like this. We do have a scattering in the less densely populated provinces. Are we doing enough?

**Mr. Chung:** Communication is only one aspect of it. Let me give you a couple of examples.

In the Korean community, what we call the 1.5 Generation, meaning those who were born outside of Canada, but grew up here, they can speak fluent Korean, but they would prefer to come and make connections with Hong Fook because we recognize their cultural identity. Other service organizations cannot provide that.

Recently, a group of 1.5 Cambodian young people approached me and said "We know that our parents are stressed. We cannot communicate with our parents in our own language because we speak English and they speak Cambodian." In response to that they rolled out the screen and produced their own DVD as a way of expressing the stress they feel as a 1.5 Generation, especially if one of their parents is suffering from mental illness. The DVD will be launched this Sunday in the Cambodian community. That was done strictly by the 1.5 Generation. They wanted to do it. The DVD is produced in mixed language, Cambodian and English.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je remercie les merveilleux témoins de ce matin.

En vous écoutant, je me suis dit que j'ai entendu les mêmes histoires et les mêmes demandes dans ma province du Nouveau-Brunswick où les immigrants sont si peu nombreux. Je souhaiterais qu'ils soient plus nombreux. Si vous pouvez encourager des immigrants à s'installer au Nouveau-Brunswick, n'hésitez pas à le faire.

Il y a une chose qui ressort de toutes vos remarques, et c'est l'importance de l'interprétation. Mais l'interprétation est peut-être un concept trop limité. J'ai l'impression qu'il s'agit davantage d'un concept plus large comme le soutien communautaire que peut offrir, par exemple, Raymond Cheng qui, semble-t-il, parle toutes les langues. Il nous faut quelqu'un dans chaque communauté qui puisse aider un certain nombre de familles dès l'apparition de la maladie.

C'est surtout un problème pour la première génération, n'est-ce pas? Les enfants des nouveaux immigrants fréquentent nos écoles et peuvent communiquer dans au moins l'une des deux langues officielles. Ce sont ceux qui viennent d'arriver au Canada qui ont besoin de soutien.

Les problèmes sont les mêmes à une clinique de santé mentale, à une clinique prénatale, au cabinet du médecin, à l'agence de logement ou même là où on remplit le formulaire de demande de pension et ainsi de suite. On a constamment besoin de communiquer mais cela présente des difficultés particulières en santé mentale et en toxicomanie. Dans notre société multiculturelle, est-ce que nous faisons tout ce que nous pouvons pour qu'il y ait suffisamment de soutien communautaire pendant les premières années? Je parle de soutien pour seulement l'un de ces douzaines de groupes linguistiques et culturels qui vivent dans une ville comme celle-ci. Dans les provinces moins densément peuplées, ces groupes sont très dispersés. En faisons-nous assez?

**M. Chung :** La communication est un aspect parmi tant d'autres. Permettez-moi de vous donner quelques exemples.

Dans la communauté coréenne, les membres de ce que nous appelons la Génération 1.5, soit ceux qui sont nés à l'étranger mais qui ont grandi ici et qui parlent couramment le coréen, préfèrent s'adresser à Hong Fook car nous reconnaissions leur identité culturelle, ce que les autres prestataires de services ne font pas.

Récemment, un groupe de jeunes cambodgiens de la Génération 1.5 est venu me voir pour me dire qu'ils s'inquiétaient du niveau de stress de leurs parents avec lesquels ils communiquent mal car ils parlent anglais et que leurs parents parlent cambodgien. Ils ont donc décidé de produire leur propre DVD pour exprimer ce qu'ils éprouvent, comme membres de la Génération 1.5, surtout si l'un de leurs parents souffre de troubles mentaux. Ce DVD sera lancé ce dimanche dans la communauté cambodgienne. Seuls des membres de la Génération 1.5 y ont travaillé. Ils voulaient le faire. Ce DVD est en cambodgien et en anglais.

They are fluent in English, but not in Cambodian. They recognize the importance of communication, and in language and in the cultural environment, that is key. Language is only one of many factors. The cultural comfort level is what we are talking about.

**Ms. Ocampo:** I want to emphasize community connectedness. We have a lot of referrals from particular communities because we make sure that we have service providers who are well connected in the communities. Probably 60 to 70 per cent of our referrals come from the communities, not from hospitals or from other health agencies.

Many new immigrants in Canada are health professionals. They are driving taxis and doing all kinds of domestic work because of our current system. When we hire people, we make sure that they have solid experience in mental health from their home country.

That puts us in a difficult position because, as a rule, the recognized qualifications would more likely be a college diploma or a university degree from a Canadian institution. That is a big gap. There are very skilled people from the communities who are not being well utilized.

Connection is an important aspect of mental health. A mainstream agency will tell you that connectedness is a hallmark of recovery — that consumers are connected with somebody and more so if they are connected with the natural supports that they would have, which would be their community.

**Mr. Cheng:** The traditional model that services are provided and received on a nine-to-five basis is a model that does not quite ring true now in the 21st century.

First, people want to be able to give support as well as to receive services. Ideally, as their health status improves, they would like to receive fewer services and less support as they become more independent.

The other issue deals with how you deliver health services where, at the same time, you have expectations of recovery. Can someone work nine to five or ten to six and say, "Excuse me, I have to visit some place. I can't tell you where, but I have got to go every week between 2 and 4 o'clock." How can someone realistically work in those circumstances?

There must be flexibility in service delivery. The term "services" may not be appropriate. We are using that word to very politely cover up, frankly, a lot of inequities in the traditional system. The needs of the clients, the patients, the consumers, the consumer/survivors are changing because we have different expectations. We expect to get better, we expect to be well, and yet, at the same time, we find that the services and supports that are being offered to us are still in a timeline that is reflective of the industrial age, and we think that is inappropriate.

**Senator Keon:** I would congratulate all three of you on a truly precise and intelligent presentation.

Ces jeunes parlent couramment l'anglais mais pas le cambodgien. Ils reconnaissent l'importance de la communication et de la langue dans l'environnement culturel. Mais la langue n'est pas le seul facteur. Nous parlons plutôt du sentiment d'aise qu'on éprouve dans sa propre culture.

**Mme Ocampo :** Je tiens à souligner l'importance des liens avec la communauté. On nous renvoie beaucoup de gens provenant de certaines communautés car nous nous assurons que nos fournisseurs de services ont des liens avec les communautés. Environ 60 à 70 p. 100 de nos clients sont envoyés par les communautés et non pas par les hôpitaux ou d'autres agences de santé.

Bon nombre de nouveaux arrivants au Canada sont des professionnels de la santé. Ils conduisent des taxis ou font du travail domestique en raison du système actuel. Quand nous recrutons quelqu'un, nous nous assurons qu'il a acquis une solide expérience en santé mentale dans son pays d'origine.

Cela nous met dans une situation difficile, car, en général, il nous faut des employés qui ont un diplôme collégial ou universitaire d'un établissement canadien. C'est une grave lacune. Ces communautés ethniques comptent beaucoup de gens dont les grandes compétences sont sous-utilisées.

Avoir des liens est un aspect important de la santé mentale. Toute grande agence vous dira que c'est le fondement de la guérison — pour se rétablir, le malade doit avoir des liens avec quelqu'un, et c'est encore mieux s'il a des liens avec son réseau de soutien naturel, soit sa communauté.

**M. Cheng :** Le modèle traditionnel qui veut que les services soient reçus et dispensés de 9 à 5 n'a plus vraiment sa place au XXI<sup>e</sup> siècle.

Premièrement, on veut pouvoir offrir du soutien et non pas seulement recevoir des services. L'idéal serait pour les malades de recevoir moins de services et de soutien à mesure que leur santé s'améliore et qu'ils deviennent plus autonomes.

Deuxièmement, il faut se demander comment dispenser les services de santé quand on s'attend à ce que le malade guérisse. Peut-on travailler de 9 à 5 ou de 10 à 6 et dire : « Excusez-moi, je dois m'absenter. Je ne peux vous dire où je vais, mais, toutes les semaines, ce jour-ci, je devrai m'absenter entre 14 heures et 16 heures. » Il n'est pas réaliste de penser qu'on peut garder un emploi dans de telles circonstances.

La prestation de services doit bénéficier d'une certaine souplesse. Le mot « services » n'est peut-être pas approprié. On s'en sert pour masquer très poliment toutes les injustices du système traditionnel. Les besoins des clients, des patients, des consommateurs, des consommateurs-survivants changent de l'un à l'autre, parce que chacun a des attentes qui lui sont propres. On souhaite aller mieux, on souhaite aller bien, mais cependant, on constate que les services et le soutien offerts sont soumis à des délais imposés par l'ère industrielle, qui nous semble inappropriés.

**Le sénateur Keon :** Je vous félicite tous les trois pour cet exposé très précis et très intelligent.

I am just trying to appreciate your predicament. As I see and appreciate it, and please correct me if I am wrong, the Asian community of Toronto is within one of Canada's 20 largest cities. That community itself could constitute one of our largest cities in Canada. The difficulty you confront is the tremendous number of languages and dialects that you have to deal with. As you pointed out, you must also deal with the tremendous problem of the 1.5 phenomenon, which I have never heard of before.

The resources that you need seem to be available, although maybe not all of them inside Canada. There must be a way of bringing in the occasional person that you need to fit in the system and get the job done. The problem is compounded by the non-reconciliation of traditional or holistic medicine and Western scientific medicine.

The good news is that you have a huge number of students at the University of Toronto, and they are among the brightest and the best students at that university. Is there some way of tapping this enormous resource and get these people into the kind of system that you want?

In defence of this young arrogant psychiatrist that Raymond talked about, I would say that it is tough to get into medical school in Canada. The medical students whom I have taught think they are all geniuses. That is a problem in itself. Perhaps we should be using criteria other than I.Q. to select these students.

Is there some way that you can tap the educational system now? You have tremendously clever young people in the system, and perhaps they could be educated in such a way as to fit into the kind of community service work that you need, with the broad dimensions that you envision. That could be very helpful. The problem is that they might qualify as doctors, lawyers, social workers and physiotherapists, but in the traditional mould of those professions. However, your organizations could interface with the deans and the other educators at the university and tell them that you need people with somewhat different qualifications. Perhaps you could work with those people to achieve that goal.

**Mr. Chung:** You touch upon a key point of training professionals. The assumption is probably that a lot of Asian students can get into medical school. There is also the question of whether the X Generation or whether 1.5 or second generation, can speak their mother tongue when they graduate.

I would go back to the example of the Korean community. Recently we were able to get an intern who is doing psychiatry, but he does not speak a word of Korean. Thanks to his good heart, he is going back to U of T to learn the Korean language. He is the one and only so-called "Korean decent" psychiatrist. Within the profession of psychiatry, not many are willing to work in community psychiatry. They would prefer to work in hospitals and do research.

J'essaie de bien comprendre vos difficultés. Sauf erreur de ma part, la communauté asiatique de Toronto, telle que je la vois, se trouve dans l'une des 20 plus grosses villes du Canada. Cette communauté pourrait à elle seule constituer l'une des plus grosses villes du Canada. La difficulté à laquelle vous devez faire face, c'est le très grand nombre de langues et de dialectes parlés en Asie. Comme vous l'avez dit, vous avez aussi le grave problème du phénomène du 1,5, dont je n'avais jamais entendu parler auparavant.

Il semble que les ressources dont vous avez besoin soient disponibles, même si elles ne sont pas toutes à l'intérieur des frontières canadiennes. Il y a toujours moyen à l'occasion de faire venir le spécialiste dont vous avez besoin, de lui trouver une place dans le système et d'obtenir les soins nécessaires. Mais le problème est encore aggravé du fait du caractère inconciliable de la médecine traditionnelle ou holistique avec la médecine scientifique occidentale.

Heureusement, vous avez un très grand nombre d'étudiants à l'Université de Toronto, et ils figurent parmi les meilleurs et les plus brillants de cette université. Est-il possible de faire appel à cette ressource considérable pour que les étudiants, une fois formés, s'intègrent dans le système que vous souhaitez?

À la décharge du jeune psychiatre arrogant dont Raymond a parlé, je voudrais dire qu'il n'est pas facile de se faire admettre en faculté de médecine au Canada. Les étudiants en médecine auxquels j'ai enseignés se prennent tous pour des génies. C'est un problème en soi. Peut-être faudrait-il utiliser des critères autres que le quotient intellectuel pour l'admission des étudiants.

Est-ce que vous avez la possibilité de faire appel dès maintenant au système éducatif? On y trouve des jeunes remarquablement intelligents, qui pourraient peut-être être formés de façon à s'adapter au travail de service communautaire dont vous avez besoin et à la vaste perspective que vous envisagez. Ce serait très utile. Le problème, c'est qu'ils peuvent se qualifier en tant que médecins, avocats, travailleurs sociaux et physiothérapeutes, mais dans le moule traditionnel de ces professions. Néanmoins, vos organismes pourraient entrer en contact avec les doyens et les enseignants au niveau universitaire pour leur dire que vous avez besoin de spécialistes présentant des qualifications un peu différentes. Peut-être pourriez-vous travailler avec eux pour atteindre cet objectif.

**M. Chung :** Vous abordez la question essentielle de la formation des professionnels. On peut sans doute supposer que beaucoup d'étudiants asiatiques peuvent être admis dans les facultés de médecine. Il faut aussi savoir si la génération X, la génération 1,5 ou la deuxième génération, va pouvoir parler sa langue maternelle après l'obtention des diplômes.

J'en reviens à l'exemple de la communauté coréenne. Récemment, nous avons pu obtenir un interne qui a choisi la psychiatrie, mais il ne parle pas un mot de coréen. Grâce à sa bonne volonté, il retourne actuellement à l'Université de Toronto pour apprendre le coréen. C'est le seul psychiatre d'origine coréenne. Dans le milieu de la psychiatrie, rares sont ceux qui sont prêts à travailler en psychiatrie communautaire. Les psychiatres préfèrent travailler en milieu hospitalier et faire de la recherche.

There are different systematic issues. Recruitment is an issue I touched on in my submission. Not too many non-white students are being registered, being recruited, for social work in the U. of T. That applies to recruitment strategies all across the board. What kind of criteria do they use to recruit students? Do they actively go out there and recruit students on the basis of language and culture? My daughter grew up here. She does not often speak her Chinese language. However, culturally, different families will continue to promote that because we have to combine culture and language.

Allow me also to respond to what Raymond said about employment. There are two aspects. There is the systematic kind of barrier. Many people want to be involved, but the percentage of consumers and survivors who can go back to gainful full-time employment is not high. Somehow the system expects them, in order that they can claim to be recovered, to be employed. Of course, the Ontario Disability Support Program, ODSP, does not encourage that. They were punished, and many of them do not want to work because if they make over a certain amount, then ODSP will cut them off. There are ups and downs.

Employers do not understand that, say, Raymond Chung can work for three weeks and on the fourth week would have to take two days off because my mental health would drift down a little bit. Full-time employment is not a common, but supportive employment is possible. Part-time employment is possible, but the system does not encourage. Yet, the system expects patients, on their recovery, to work. If they do not, then they have not recovered. We are sending a double message.

**Ms. Ocampo:** We have placement students from all the universities and colleges. That is our contribution. We show our model to these future service providers. However, it is very difficult for us to have one session with the Department of Psychiatry at the U of T. It is very difficult for us to go to any university and talk about how we implement this holistic and anti-racism framework that we operate.

They put up all kinds of barriers. They point to their existing curriculum. When we are able to have discussions with universities and colleges, it puts a great strain on us because we do not have many resources. We want to tell people what we do that is effective in our communities, but we do not have the resources.

Il y a plusieurs problèmes systématiques. J'ai parlé dans mon mémoire du problème du recrutement. Les étudiants non blancs qui s'inscrivent et qui sont recrutés en travail social à l'Université de Toronto ne sont pas très nombreux. Et c'est la même chose dans toutes les stratégies de recrutement. Quels critères applique-t-on pour recruter des étudiants? Est-ce qu'on s'efforce de les recruter en tenant compte de leur langue et de leur culture? Ma fille a grandi au Canada. Elle ne parle pas souvent le chinois, qui est sa langue maternelle. Néanmoins, au plan culturel, les familles continuent à promouvoir la langue maternelle, car il faut allier la culture à la langue.

Laissez-moi réagir à ce qu'a dit Raymond au sujet de l'emploi. Il y a deux aspects à cette question. On peut d'abord parler de barrière systématique. Beaucoup de gens voudraient se sentir mis à contribution, mais le pourcentage de consommateurs-survivants qui veulent retrouver un emploi rémunéré à temps plein n'est pas très élevé. Pour qu'ils puissent prétendre avoir récupéré, le système s'attend à ce qu'ils soient employés. Bien sûr, le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées n'encourage pas cela. En effet, ils se sentent punis, et bon nombre d'entre eux ne veulent pas retourner travailler parce que s'ils gagnent au-dessus d'un certain seuil, le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées va les pénaliser. Il y a donc du pour et du contre.

Les employeurs ne comprennent pas non plus que Raymond Cheng, par exemple, puisse travailler trois semaines et être obligé, au cours de la quatrième semaine, de prendre deux jours de congé à cause de problèmes de santé mentale. L'emploi à temps plein n'est pas généralisé, mais il est toutefois possible de trouver des emplois qui vous soutiennent. Le temps partiel est également possible, mais le système établi ne l'encourage pas. Et pourtant, ce même système s'attend à ce que les patients retournent au travail, dès qu'ils ont récupéré, faute de quoi, ils ne sont pas considérés comme ayant vraiment récupéré. Vous voyez bien que nous envoyons un message contradictoire.

**Mme Ocampo :** Nous avons des étudiants en placement dans toutes les universités et les collèges. Voilà notre contribution. Nous montrons notre modèle à ces futurs fournisseurs de services. Toutefois, il est toujours très difficile pour nous d'avoir des rencontres avec le département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Il nous est aussi très difficile d'aller rencontrer les représentants des universités, quelles qu'elles soient, pour leur expliquer comment nous appliquons notre cadre holistique et antiraciste.

Les universités érigent toutes sortes de barrières et nous citent leurs programmes d'éducation. Or, quand nous parvenons à organiser des discussions avec les universités et les collèges, cela nous impose énormément de contraintes, à cause de nos maigres ressources. Nous voudrions bien expliquer ce que nous faisons et les programmes efficaces que nous avons lancés dans nos collectivités, mais nous manquons de ressources pour le faire.

My attendance here today takes away a resource from my office. We are a struggling agency. It is important for us to do this if we want to demonstrate our model which is effective. If we had lots of people who could devote their time to training, that would be wonderful.

**Mr. Cheng:** If there is any kind of an innovative approach, it will take a long time to come to the surface.

For example, the idea of services, supports, run by consumers for consumers has only been around for 13 years here in Ontario, and we are at the same level of funding we were at in 1997, 1998. We have conducted empirical studies. We have CMHC studies which are funded by the Ontario Ministry of Health. They show that consumer/survivor initiatives work, they are effective, and we know that this model works hand in hand with the kind of peer support that is ongoing within ethnoracial organizations, yet we cannot seem to squeeze the bucks out from the powers that be. We want to say, "You know it works. Why are you still funding Groundhog Day?"

It makes no sense to me that you have a health care system and a mental health sector that is not driven by what people want, but rather, what people seem to feel you deserve.

At the end of the day, I think that is the story of ethnoracial services. It is not what you want. It is what your people feel you deserve, and we are speaking to an audience that has, by and large, as large a hearing loss as I do.

**Senator Callbeck:** I certainly can identify with you. I have been involved with the Vietnamese family that immigrated to my province of Prince Edward Island, so a lot of what you said I have experienced through them.

Martha, in your recommendations, you refer to wanting to be more involved in the decision-making process and policy planning. You mention a strategy that the Ontario Government did in 1995, which got shelved, so, obviously, you do not know what recommendations were in that strategy.

**Ms. Ocampo:** I actually have a copy here. I can leave this with you. I believe that there was no implementation strategy. You must remember that, when we are talking about mental health and addiction services, it is a highly political subject. It depends on how the current government views that issue. I think this strategy was developed during the term of the NDP government, which was followed by the Harris government which had a totally different direction.

I want to share, though, the importance of what is said when communities are asked to participate. You might use the same words I use, but it is very important for me to own what I say,

Ma présence ici, aujourd'hui, m'empêche de travailler à mon bureau. Nous sommes une agence qui doit lutter pour survivre, et pourtant il est important pour nous de comparaître pour prouver que notre modèle donne des résultats. Si nous avions des tas de collègues qui puissent consacrer tout leur temps à la formation, ce serait magnifique.

**Mr. Cheng :** On peut bien parler d'approche novatrice, mais elle prend beaucoup de temps à faire surface.

Par exemple, la notion que des clients fournissent des services de soutien à d'autres clients existe depuis 13 ans en Ontario, et pourtant notre niveau de financement n'a pas changé depuis 1997 ou 1998. Nous avons mené des études empiriques, et le ministère ontarien de la Santé a subventionné des études pour la SCHL. Toutes ces études démontrent que les initiatives des consommateurs-survivants sont efficaces et donnent des résultats. De plus, nous savons, de notre côté, que ce modèle donne des résultats s'il est associé de près au soutien par les pairs qui est offert dans les organisations ethnoraciales. Et pourtant, nous ne semblons jamais être en mesure de soutirer des fonds aux autorités. Nous aimerais bien pouvoir dire à celles-ci que nos programmes fonctionnent. Mais pourquoi faut-il qu'elles continuent à subventionner le Jour de la marmotte?

Il me semble illogique que notre système de soins de santé et son volet santé mentale dépendent non pas de ce que les gens veulent avoir comme service, mais plutôt de ce que les gens pensent que vous méritez.

Voilà toute l'histoire des services ethnoraciaux. On ne vous donne pas ce que vous voulez recevoir. On vous donne ce que d'autres pensent que vous méritez; et nous nous adressons à un auditoire qui a une perte d'ouïe aussi grande que la mienne!

**Le sénateur Callbeck :** Je peux assurément comprendre votre argument, car j'ai été associée de près à une famille vietnamienne qui a émigré dans ma province, à l'Île-du-Prince-Édouard. Je comprends donc ce que vous avez vécu par son intermédiaire.

Pour revenir à vos recommandations, Martha, vous dites vouloir prendre une part plus active dans le processus de prise de décisions et dans la planification des politiques. Vous avez mentionné une stratégie lancée par le gouvernement ontarien en 1995 qui a malheureusement fini sur les tablettes. Je suppose que vous ne savez pas quelles recommandations figuraient dans la stratégie.

**Mme Ocampo :** J'en ai une copie. Je peux vous la remettre. Je crois qu'il n'y avait pas de stratégie de mise en œuvre. Il ne faut pas oublier que, quand il est question de santé mentale et de services pour les toxicomanes, la question est évidemment politique. Tout dépend de la façon dont le gouvernement au pouvoir envisage la question. Je pense que cette stratégie a été élaborée pendant le mandat du gouvernement du Nouveau Parti démocratique, auquel avait succédé le gouvernement Harris, lequel avait pris une orientation tout à fait différente.

Je tiens quand même à rappeler l'importance de ce qui est dit quand les collectivités sont invitées à participer. Vous pourriez employer les mêmes mots que moi, mais il est très important pour

that it is not said by others. I think that is part of empowerment. People really feel that, "This is what I said and this is important to me."

When people are given an opportunity to participate, you must remember that new immigrants or refugees are trying to settle and will need certain accommodations in order for them to participate fully. If the issue is child care or transportation expenses, there are many things that you have to consider. I think of our position in society. If certain things are not available, the communities will not participate. For example, where would you the consultation? Would it be in a place where they would be comfortable?

For example, today, I have to be very honest and tell you that I feel very intimidated by this group — and I am one of the well-spoken people. However, I do not see me represented in this panel. This is an example of how important it is and the stress that is created. The mental health issues that come out of this are key. If you do not see yourself, you are a token person. Do you see yourself fully participating at the best of your capacity?

**Mr. Chung:** The implementation is key. Martha, Raymond and myself are token presenters to many task forces at many stages of their many reports. Over the last 23 years, I do not know how many presentations I have made. The latest report was the one prepared by the Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force. Where is it now? Mr. Michael Wilson spent three years doing the work, and the task force report is sitting somewhere. The three of us made the same presentation, maybe from different angles, but the fact that only three of us were involved again speaks volumes because we are also the only people who are being identified as representing the ethnocultural, the multicultural mental health system. That is not right. There are more than the three of us.

**Senator Cochrane:** Do you have a link, either through your cultural individuals or groups, with the Ontario health system? I know, Madam, you said that it was hard to get a hearing in the system, but do you have like a particular group or individuals that are — I used the word "gung-ho" at getting in and being heard?

**Ms. Ocampo:** We are well linked with the mental health system in Ontario. For example, we are part of the Federation of Mental Health and Addiction. We are linked with all the neighbourhood agencies. We are well linked, and they like us to be a part of them. All these other agencies must take responsibility to ensure that the population they serve, all the people in their area, are served appropriately.

We hear from a lot of the communities that they are not served appropriately. They might have been going to a doctor, they might have been going to a hospital, but they are not being served appropriately, so they end up in the revolving door until they

moi que je le dise moi-même, que ce ne soit pas dit par d'autres. C'est en partie ainsi qu'on acquiert son autonomie. C'est vraiment ce que les gens ressentent : « C'est ce que j'ai dit et c'est ce qui est important pour moi. »

Quand on donne aux gens l'occasion de participer, vous devez vous rappeler que les nouveaux immigrants ou les réfugiés s'efforcent de s'établir et auront besoin de certaines adaptations pour être en mesure de participer pleinement. S'il se pose un problème pour la garde d'enfants ou pour des frais de transport, bien des choses doivent être prises en considération. Je pense à notre position dans la société. Si certaines choses ne sont pas accessibles, les collectivités ne participeront pas. Par exemple où tiendriez-vous la consultation? Est-ce que ce serait à un endroit où ils se sentirait à l'aise?

Par exemple, aujourd'hui, je dois être très honnête avec vous et vous dire que je me sens très intimidée par ce groupe — et je suis de celles qui arrivent à bien s'exprimer. Cependant, je ne trouve pas que je suis représentée ici. C'est un exemple de l'importance que cela a et du stresse qu'on crée ainsi. Les problèmes de santé mentale qui en découlent sont cruciaux. Si on ne se voit pas, on est là que pour la forme. Sentez-vous que vous participez à votre plein potentiel?

**M. Cheng :** La mise en œuvre, c'est tout. Martha, Raymond et moi-même sommes des conférenciers symboliques à de nombreux groupes de travail lors des multiples étapes de leurs nombreux rapports. Au cours des 23 dernières années, je ne sais pas combien d'exposés j'ai présentés. Le dernier rapport était celui qui a été rédigé par le Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force. Où est-il maintenant? M. Michael Wilson a passé trois ans à faire le travail, et le rapport du groupe de travail attend quelque part. Nous trois avons présenté le même exposé, peut-être sous des angles différents, mais le simple fait que nous trois y ayons participé en dit encore là très long parce que nous sommes aussi les seuls à être considérés comme représentant le système de santé mentale multiculturel, ethnoculturel. Ce n'est pas acceptable. Il n'y a pas que nous trois.

**Le sénateur Cochrane :** Avez-vous des liens, soit par l'intermédiaire de membres de collectivités culturelles ou de groupes culturels, avec le système de santé de l'Ontario? Je sais, madame, que vous avez dit qu'il était difficile de se faire entendre dans le système, mais avez-vous par exemple un groupe particulier ou des individus qui sont — je dirais résolus à participer et à se faire entendre?

**Mme Ocampo :** Nous avons des liens solides avec le système de santé mentale de l'Ontario. Par exemple, nous faisons partie de la Federation of Mental Health and Addiction. Nous avons des liens avec toutes les agences de proximité. Nous avons de bons liens, et notre participation leur plaît. Toutes ces autres agences doivent agir de façon responsable pour s'assurer que la population qu'elles servent, tous les gens de leur secteur, soient servis adéquatement.

Nous entendons beaucoup parler de collectivités qui ne sont pas servies comme il se doit. Ces gens sont peut-être allés voir un médecin, et sont peut-être allés à l'hôpital, mais ils ne sont pas servis comme il se doit, et c'est alors pour eux la porte tournante

might hear from the community about Hong Fook or Across Boundaries, or there is a peer support group that is mainly Southeast Asian. If they do not have that, how is information passed along? If they do not speak the language and if there are no pamphlets available, the information does not get to the communities.

We are always available, and at our expense. We have to attend all these meetings. We do not want to miss any meetings because we want to make sure that our voices are heard, but how many meetings can we go to?

**Mr. Chung:** We have networking with the other mental health agencies and hospitals. Again, they invited us as a token. When they are approached they say, "We have Raymond and Martha. What more do you want?"

There is also the question of service delivery. When they get referrals who cannot speak the language, they automatically send them to us. They are not fulfilling their responsibility. Excuse me for saying it, but we have been the dumping ground.

**Mr. Cheng:** There are times in the lives of patients when they need care and when they get care. I do not dispute that. They will even say that they are grateful for it. What happens to them, though, when they are past that stage and they understand the situation? They want to tell people what they want and they want to express their goals, but there is no one to understand them. There is no one to hear them.

Everybody just assumes that, after a patient has had the services that are available, they will be able to go back to the community. They are left looking for somebody that really understands where they are coming from, and that is where the community health system breaks down because at the end of the day, it is us, the three amigos, that they turn to. If you are not of the certain ethnoracial community and you are not lucky to find somebody in a helping field that is maybe not the mental health system, maybe is a settlement house, or maybe is a community mental health centre or some other kind of informal supports, well, gosh darn it, how are you going to improve your health status? It is as simple as that.

**Senator Cochrane:** Why are some ethnic groups funded and your groups are not?

**Ms. Ocampo:** There are no other ethnic groups in mental health or addiction.

**Senator Cochrane:** I do not know if it is of any consolation, but we have heard from people within the groups that have appeared before us, that full-time employment is very difficult because of the medication, because of health, going to see doctors and so on, so these people find mostly part-time work.

Tell me about your own system. Are you any better off in Canada, in regards to mental health, than you were back home? Is that an awful question to ask? If you do not want to answer that, fine.

jusqu'à ce que dans la collectivité ils entendent parler de Hong Fook ou de Across Boundaries, ou d'un groupe de soutien des pairs qui est majoritairement d'Asie du Sud-Est. Sans cela, comment l'information est-elle transmise? S'ils ne parlent pas la langue et s'il n'y a pas de feuillet d'information disponible, l'information ne parvient pas aux collectivités.

Nous sommes toujours disponibles, et à nos propres frais. Nous devons assister à toutes ces réunions. Nous ne voulons en manquer aucune parce que nous tenons à être entendus, mais à combien de réunions pouvons-nous assister?

**M. Cheng :** Nous avons établi des réseaux avec d'autres organismes et hôpitaux qui s'occupent de santé mentale. Bien sûr, ils nous ont invités à titre symbolique. Lorsqu'on fait des démarches auprès d'eux ils disent : « Nous avons Raymond et Martha. Que voulez-vous de plus? »

Il y a aussi la question de la prestation de services. Lorsqu'on leur renvoie des personnes qui ne parlent pas la langue, ils nous les envoient automatiquement. Ils ne s'acquittent pas de leurs responsabilités. Je m'excuse de le dire mais c'est sur nous qu'ils se déchargeant de leurs responsabilités.

**M. Cheng :** Il arrive que les patients ont besoin de soins et qu'ils les obtiennent. Je ne le conteste pas. Ils diront même qu'ils en sont reconnaissants. Mais que leur arrivent-ils une fois qu'ils ont dépassé ce stade et qu'ils comprennent la situation? Ils veulent communiquer aux gens leurs désirs et leurs objectifs, mais personne ne les comprend. Il n'y a personne pour les écouter.

Tout le monde part simplement du principe qu'une fois qu'un patient a reçu les services disponibles, il pourra retourner dans la collectivité. Ils cherchent quelqu'un qui comprend vraiment leur situation et c'est là où le système de soins communautaires échoue parce qu'au bout du compte c'est vers nous, les trois copains, qu'ils se tournent. Si vous n'appartenez pas à une collectivité ethnoraciale particulière et que vous n'avez pas la chance de trouver quelqu'un dans un domaine d'aide qui n'est peut-être pas le système de santé mentale, mais peut-être une maison d'entraide ou un centre communautaire de santé mentale ou une autre forme quelconque d'aide informelle, comment alors allez-vous améliorer votre état de santé? C'est aussi simple que cela.

**Le sénateur Cochrane :** Pourquoi certains groupes ethniques reçoivent-ils une aide financière et pas vos groupes?

**Mme Ocampo :** Il n'existe aucun autre groupe ethnique dans le domaine de la santé mentale ou de la toxicomanie.

**Le sénateur Cochrane :** Je ne sais pas si cela pourra vous consoler, mais d'après certains témoins qui ont comparu devant nous, il est très difficile d'occuper un emploi à temps plein à cause des médicaments, à cause de l'état de santé, des rendez-vous chez le médecin et ainsi de suite. Donc ces personnes trouvent surtout du travail à temps partiel.

Parlez-moi de votre propre système. Pour ce qui est de la santé mentale, la situation est-elle meilleure au Canada qu'elle l'était dans votre pays? Est-ce que c'est une affreuse question à poser? Vous êtes libres de ne pas y répondre.

**Mr. Chung:** I cannot answer that because I have been a Canadian for the last 35 years, so I do not know what is happening back home.

**Ms. Ocampo:** I do not know which “back home” you are talking about because, for example, at Across Boundaries, we serve many people from the African continent. There is so much diversity among Southern Africans. We want to emphasize that the practices that are used by these communities are practices that have been used for many years, generations, for example, acupuncture. Yet, because of the biomedical model that we use, the Western approach, we are critical of that approach. There has to be an integration of these practices, but the way these practices should be recognized is in such a way that they are on an equal footing with the Western approach because they have their own merits.

All of you know that acupuncture has been used for centuries. Ayurveda is a very old form of medicine that still today is being practised by many people, but is not recognized by our system. As a result, when people want to access an Ayurvedic doctor or an acupuncturist, they have to pay for it out of their own pockets, and the people that we are seeing are all mostly on social assistance or in difficult financial situations, so most likely, they will not be able to access those things. Then they are forced to see a Western medical service where very often, there is some kind of labelling, wrong diagnosis, because certain assumptions are made.

After September 11, certain assumptions were made that most of us were part of that whole September 11 terrorist attack. We receive people who are severely psychotic and are running away from the RCMP. They think that somebody is after them. Now, you are not sure whether it is true or not.

They are being labelled psychotic and they are given medications galore. Sometimes you just have to sit down with them and find out exactly why they are thinking that way. They have been watching TV, the media, they open the newspaper, it is all about them, and so it adds all adds up.

Where does that person turn? The people who try to help them may not be familiar with medical terminology or with pharmaceuticals. I think training is very important. Now we are training people in the Western medical approach, continuously.

**Senator Cochrane:** We are learning about acupuncture, herbal remedies and so on from our Asian population. I think the healing power of some of these substances is wonderful. I spread the word about things that have helped me.

**Senator Pépin:** I would say to Raymond that I do understand you when you say that ill people have a hard time finding medical staff to speak to them in their own language. I have not

**M. Cheng :** Je ne peux pas répondre à cette question parce que je suis Canadien depuis 35 ans et j'ignore par conséquent la situation qui existe dans mon pays.

**Mme Ocampo :** Je ne sais pas de quel pays vous parlez parce que par exemple à Across Boundaries, nos services s'adressent à un grand nombre de personnes provenant du continent africain. Il y a énormément de diversités parmi les Africains de l'Afrique australe. Nous tenons à souligner que les méthodes utilisées par ces collectivités sont utilisées depuis des années, depuis des générations, comme par exemple l'acupuncture. Toutefois, en raison du modèle biomédical que nous utilisons, l'approche occidentale, cette approche est critiquée. Il faut que l'on intègre ces méthodes mais il faut qu'on les considère sur le même pied d'égalité que l'approche occidentale parce qu'elles présentent leurs propres avantages.

Comme vous le savez tous, l'acupuncture est utilisée depuis des siècles. L'ayurveda est une forme ancienne de médecine qui est encore exercée aujourd'hui par un grand nombre de personnes, mais qui n'est pas reconnue par notre système. Par conséquent, lorsque des gens veulent consulter un médecin ayurvédique ou un acupuncteur, ils doivent les payer de leur poche, et les personnes que nous voyons dépendent pratiquement toutes de l'aide sociale ou connaissent des situations financières difficiles, il est donc très probable qu'elles ne seront pas en mesure d'avoir accès à ce genre de service. Elles sont alors obligées d'avoir recours aux services médicaux occidentaux car très souvent, on les étiquette ou on fait de faux diagnostics à partir de certaines hypothèses.

Après les événements du 11 septembre, on a avancé certaines hypothèses selon lesquelles la plupart d'entre nous avaient participé aux attaques terroristes du 11 septembre. Nous recevons des personnes gravement psychotiques qui fuient la GRC. Elles pensent qu'elles sont poursuivies. On n'est pas sûr si ce qu'elles disent est vrai ou non.

Ces personnes sont désignées psychotiques et se voient administrer une foule de médicaments. Parfois, il suffit simplement de prendre le temps de leur parler pour déterminer précisément pourquoi elles raisonnent ainsi. Elles ont regardé la télévision, lu les journaux et on parle d'elles partout, et tout finit par s'expliquer.

Vers qui cette personne se tourne-t-elle? Ceux qui essaient de les aider ne connaissent peut-être pas la terminologie médicale ni les produits pharmaceutiques. Je considère que la formation est très importante. À l'heure actuelle, nous sommes en train de former des gens à l'approche médicale occidentale, de façon constante.

**Le sénateur Cochrane :** Nous nous sommes familiarisé avec l'acupuncture, les remèdes à base de plantes médicinales et ainsi de suite grâce à notre population asiatique. Je considère que le pouvoir de guérison de certaines de ces substances est merveilleux. J'ai fait savoir autour de moi les remèdes qui m'ont aidé.

**Le sénateur Pépin :** Je tiens à dire à Raymond que je le comprends lorsqu'il dit que les personnes malades ont de la difficulté à trouver du personnel médical à qui parler dans leur

experienced that problem because I am from Montreal, but if I were to fall ill in another province, I would want to be able to express myself in my own language.

You started to speak about alternative forms of medicine. Perhaps you could elaborate. Which group offers those services? Can an individual go to your clinic and receive alternative forms of treatment?

If I understood correctly, those services are not covered by OHIP. If there were, do you think that they would be used more often?

**Ms. Ocampo:** I was talking about a holistic approach. When we say "holistic approach," we would use different approaches that would be effective for an individual. For example, when we use acupuncture, that is not the only treatment involved. We could offer many programs that would complement another treatment. Even acupuncturists will not just administer acupuncture alone. They will provide lifestyle counselling. They will work with the client and say, for example, "If you want to stop smoking, we cannot just give you acupuncture; you have to change your lifestyle." Examples of that are yoga, meditation, and we use a community kitchen to be able to address both nutrition as well as financial aspects. People come to the centre because they will be able to have one good, full meal. That addresses both the financial as well as the nutritional sides.

We look at current events, which is news, but we know that the news is often biased. The people who are disempowered or marginalized need to have a voice. They need to be able to express an opinion. You may ask: What has this to do with mental health? It has a lot to do with mental health because, if I have a voice, I will feel confident that there is something that I am saying that is worthwhile. Those things do not come into play when you are talking about a biomedical model.

I think you need a combination of all of this. You cannot just use herbal medicine and you cannot just use medication. You must address all the issues that people are facing. If the main issue is housing, then that may be the first issue to address because they may be facing eviction.

**Mr. Chung:** There are different forms of traditional medicine methods. Cambodian women, for example, have gone through war, and they suffer from post-traumatic stress and whatnot. They tell us that they do not want therapy. They say they do not need. They say, "Just give me the chance to, once a month, come in and dance." Dance is the treatment. They will get together and dance for two hours and then they go home and have another good month.

Our Chinese men and Chinese seniors have a group whereby they just come in and talk. Sometimes they might do some line dance, or Tai Chi and whatnot, but there is mutual support. The isolation is broken. They are able to be with others. Those are the important, non-medical models that Martha and I have been

proper language. Je n'ai pas connu ce problème parce que je suis de Montréal, mais si je devais tomber malade dans une autre province, je voudrais pouvoir m'exprimer dans ma propre langue.

Vous avez commencé à parler de médecines douces, pourriez-vous nous donner un peu plus de détails. Quels sont les groupes qui offrent ces services? Une personne peut-elle se rendre à votre clinique et recevoir des traitements de médecine douce?

Si j'ai bien compris, ces services ne sont pas remboursés par OHIP. S'ils l'étaient, croyez-vous qu'on y aurait recours plus souvent?

**Mme Ocampo :** Je parlais d'une approche holistique. Lorsque nous parlons d'une approche holistique, il s'agirait d'utiliser différentes approches qui seraient efficaces dans le cas d'une personne. Par exemple, lorsque nous utilisons l'acupuncture, ce n'est pas le seul traitement que nous administrons. Nous pouvons offrir de nombreux programmes qui compléteraient un autre traitement. Même les acupuncteurs ne se contentent pas de faire de l'acupuncture. Ils offrent aussi du counselling en mode de vie. Ils travaillent avec les clients et ils diront, par exemple : « Si vous voulez cesser de fumer, nous ne pouvons pas simplement vous faire un traitement d'acupuncture; vous devez modifier votre mode de vie. » Nous offrons aussi du yoga, de la méditation, et nous avons une cuisine communautaire qui nous permet d'aborder les aspects qui se rattachent à la nutrition et aux finances. Les personnes viennent au centre parce qu'elles pourront y recevoir un bon repas complet. Cela permet donc de répondre à leurs besoins financiers autant qu'alimentaires.

Nous suivons l'actualité, les nouvelles, mais nous les savons tendancieuses. Les personnes tenues à l'écart du pouvoir ou marginalisées ont besoin de se faire entendre. Elles doivent pouvoir exprimer une opinion. Vous pouvez demander : qu'est-ce que cela a à voir avec la santé mentale? Cela a beaucoup à voir avec la santé mentale parce que si je me fais entendre, je serais sûre que ce que je dis est valable. On ne tient pas compte de ce genre de choses dans le cadre d'un modèle biomédical.

Je crois qu'il faut conjuguer tous ces aspects. On ne peut pas simplement utiliser des remèdes à base de plantes médicinales ou simplement des médicaments. Il faut donner suite à tous les problèmes auxquels les gens font face. Si le principal problème, c'est le logement, alors c'est peut-être le premier problème dont il faut s'occuper parce que ces personnes risquent d'être expulsées de leur logement.

**M. Chung :** Il existe différentes formes de méthodes médicales traditionnelles. Les femmes cambodgiennes, par exemple, ont connu la guerre et souffrent de stress post-traumatique. Elles nous disent qu'elles ne veulent pas de thérapie. Elles disent ne pas en avoir besoin. Elles disent : « Donnez-moi simplement la possibilité, une fois par mois, de venir ici et de danser », la danse est le traitement. Elles se réunissent et dansent pendant deux heures puis rentrent chez elles et vont bien pendant un autre mois.

Nos compatriotes chinois et les aînés chinois ont un groupe avec lequel ils se réunissent simplement pour parler. Parfois ils font de la danse de groupe, du tai chi ou quoi que ce soit, mais il existe un soutien mutuel. Ils ne sont plus isolés. Ils peuvent se réunir avec d'autres personnes. Ce sont les modèles non médicaux

talking about. It need not be an acupuncture needle or herbs. It could be simple dancing. Just give them some music. We do not need to do anything. That is the kind of simple support that we are able to provide.

**Mr. Cheng:** To follow up on what Raymond has said, what people need sometimes is a safe and comfortable place, open at hours they want, accessible to their needs, and having a feeling of community and sharing food, talking to one another, laughing together, and helping one another. Unfortunately, here in Ontario, that does not constitute billable hours, so we do not get the kind of financial support that we need, but it is just as valid and just as helpful.

**Senator Cook:** Thank you very much for coming, and I, too, would seek your wisdom in helping me to understand this. The first shock of the morning, and Mr. Chair, you will agree with this, was the recognition that I come from a province with the same population as the population that you serve in this Greater Toronto area, so it is difficult for me to understand the situation.

I would be interested in knowing in that community of a half million people the size of your client population. We are trying to understand the subject for which we are attempting to create a model. You can call it holistic or you can call it integrated. We talk about seamless delivery, and I do not know how in the name of common sense we will ever get to the seamless delivery of a complex service or be able to focus on the well-being of the individual.

You talk about early intervention, and we have about all those elements from many different panels and groups. What I have heard from you this morning is an added element which I think will help me personally, and I hope the committee, and that is a strong sense of community.

As long as the immigration policy, in Canada, is open doors, we will be always coping with language. When people are second, third and fourth generations from immigrants, the language issue will fade. However, your service will always involve a revolving door when it comes to language. I think you will always have that need.

You talk about self-help, promotion, family initiatives, as do most of the witnesses who have appeared before us.

I heard a new word this morning. I am referring to the stigma attached to the word "newcomer." I had not heard that before. I have heard of the stigma attached to language and culture; and I have heard of racism.

et importants dont Martha et moi-même avons parlé. Il n'est pas nécessaire que ce soit de l'acupuncture ou des herbes médicinales. Il peut s'agir tout simplement de danse. De jouer simplement de la musique. Il n'est pas nécessaire que nous fassions quoi que ce soit. C'est le genre de soutien simple que nous sommes en mesure d'offrir.

**M. Cheng :** Pour enchaîner sur ce que Raymond a dit, ce dont les gens ont besoin, c'est d'un endroit sécuritaire et confortable, ouvert aux heures qui leur conviennent, qui répondent à leurs besoins, et d'avoir un sentiment de communauté, de manger ensemble, de se parler, de rire ensemble et de s'entraider. Malheureusement, ici en Ontario, cela ne constitue pas des heures facturables, donc nous n'obtenons pas le genre d'aide financière dont nous avons besoin, mais il s'agit d'un service tout aussi valable et tout aussi utile.

**Le sénateur Cook :** Je tiens à vous remercier de vous être joints à nous et moi aussi j'aimerais faire appel à votre sagesse pour que vous m'aidez à comprendre ce qui suit. Ce qui m'a d'abord étonnée ce matin, et je pense que vous serez d'accord avec moi, monsieur le président, c'est de constater que je viens d'une province qui compte la même population que la population que vous desservez dans la région du Grand Toronto, donc il m'est difficile de comprendre la situation.

J'aimerais savoir, dans cette collectivité d'un demi-million de personnes, quelle est la taille de votre clientèle. Nous tâchons de comprendre le sujet pour lequel nous nous efforçons de créer un modèle. Vous pouvez le qualifier d'holistique ou vous pouvez le qualifié d'intégré. Nous parlons de prestation uniforme, et j'ignore comment nous pourrons logiquement parvenir à assurer la prestation uniforme d'un service complexe ou mettre l'accent sur le bien-être de la personne.

Vous parlez d'intervention précoce, et nous avons entendu un grand nombre d'éléments des différents groupes qui ont comparu devant nous. Ce matin, j'ai entendu un élément d'information nouveau qui, je crois, va m'aider personnellement et aidera, j'espère, le comité, à savoir un sentiment solide d'appartenance à la collectivité.

Tant que la politique d'immigration au Canada sera une politique de portes ouvertes, nous nous débattrons toujours avec le problème de la langue. Lorsqu'il s'agira d'immigrants, de la deuxième, troisième et quatrième génération, le problème de la langue disparaîtra graduellement. Cependant, votre service devra toujours tenir compte de cet aspect linguistique. Je crois que c'est un besoin qui demeurera.

Vous parlez d'entraide, de promotion, d'initiatives familiales, comme la plupart des témoins qui ont comparu devant nous.

Ce matin, j'ai entendu un nouveau mot. Je parle du préjugé qui se rattache à l'expression « nouvel arrivant ». Je n'en avais pas entendu parler auparavant. J'avais entendu parler du préjugé qui se rattache à la langue et à la culture; et j'avais entendu parler de racisme.

I smiled when Raymond referred to his problems as “going through a hard time.” I come from Newfoundland, and often as not, we are always going through a hard time, one way or another.

You talk about appropriate caregivers, appropriate meditation and appropriate peer support. The word “appropriate” takes on a whole new meaning depending on who I listen to. You say you want to work. The goal of all of us is to build a better place in Canada. We all feel it is a pretty good country.

However, through all of that I hear you saying that the system is giving to this client population what it “believes” it needs, rather than consumers, the clients getting from the system that which they need.

With the permission of my colleagues, I would say to you, Martha, that we are ordinary people undertaking a very extraordinary task, and we need the help of all of you. We need your understanding and, as for me, I need your patience.

I would like Raymond to comment on the medical model which, I think is multi-faceted. Somewhere along the continuum, with all the care that your agency provides, there may be a need for medical intervention. Would you comment on that?

**Mr. Chung:** Because we are not funded to administer treatment does not mean that we are not using a medical model. As a continuum, it is working alongside. We know that a good number of patients require medication and they will see the doctor or psychiatrist. However, there are complementary kinds of activities that I am trying to promote. All along, we have been talking about the medical model alone, and in many of our communities, that will not work. The community support has to be built in.

If you are sick, you get the service, you get the medical treatment. The community and the family members are not getting support. Then, without family or community support, the patient is isolated. The patient can only get the medicine or the top therapy. The other supports have to be built in. Building the communities is important because, if the communities can provide support to the families and to the individual patients, they do not need to go to service organizations as much. They are kind of mutually complementary to each other.

In the Asian culture, family is still the most important support, but the stigma attached to mental illness crosses cultures. Is it higher in Asian culture? I am not sure. They are not well informed. I can guarantee that there are patients who are not getting any form of assessment and treatment because the family does not feel comfortable exposing the fact that the family member is sick.

**Mr. Cheng:** In response to what you say, I will reply with a general statement. As someone who emigrated to Canada at age six, just in time for Pierre Elliott Trudeau to become Prime Minister, my perception of what it means to be in a community of

J'ai souri lorsque Raymond, en parlant de ses problèmes, a dit qu'il avait traversé une période difficile. Je viens de Terre-Neuve et nous sommes toujours en train de traverser une période difficile, d'une façon ou d'une autre.

Vous avez parlé du personnel soignant approprié, des médicaments appropriés et d'un soutien approprié de la part des pairs. La définition du terme « approprié » varie d'un témoin à l'autre. Vous dites que vous voulez travailler. Notre objectif à tous est de nous tailler une meilleure place au Canada. Nous considérons tous qu'il s'agit d'un assez bon pays où vivre.

Cependant, ce que je vous entendez dire, c'est que le système donne à sa clientèle ce dont il « croit » qu'elle a besoin, au lieu que les consommateurs, les clients obtiennent du système ce dont ils ont besoin.

Avec la permission de mes collègues, je vous dirais, Martha, que nous sommes des gens ordinaires en train d'entreprendre une tâche très extraordinaire, et que nous avons besoin de l'aide de chacun d'entre vous. Nous avons besoin de votre compréhension et, dans mon cas, j'ai besoin de votre patience.

J'aimerais que Raymond commente le modèle médical qui, à mon avis, comporte de multiples facettes. À un certain stade du processus, compte tenu de l'ensemble des soins que fournit votre organisme, une intervention médicale peut s'avérer nécessaire. Pourriez-vous nous fournir vos commentaires à ce sujet?

**M. Chung :** Le fait que nous ne soyons pas subventionnés pour administrer des traitements ne signifie pas que nous n'utilisons pas un modèle médical. Cela se fait en parallèle. Nous savons qu'un bon nombre de patients doivent prendre des médicaments et ils consulteront le médecin ou le psychiatre. Cependant, il existe des types d'activités complémentaires que je tâche d'encourager. Tout au long de cette discussion, nous avons parlé uniquement du modèle médical, et dans bien de nos collectivités, cela ne fonctionne pas. Il faut intégrer le soutien communautaire.

Si vous êtes malade, vous recevez le service, vous recevez le traitement médical. La collectivité et les membres de la famille ne reçoivent pas d'aide. Alors, sans le soutien de sa famille ou de sa collectivité, le patient se trouve isolé. Le patient ne peut recevoir que le traitement médical ou la meilleure thérapie. Il faut intégrer les autres formes de soutien. Il est important de bâtir les collectivités car si les collectivités peuvent offrir un soutien aux familles et aux patients, ils n'auront pas besoin de s'adresser à des organisations de services comme la nôtre. Il s'agit de formes de soutien mutuellement complémentaires.

Dans la culture asiatique, la famille demeure le soutien le plus important, mais les préjugés qui se rattachent à la santé mentale recourent toutes les cultures. Est-il plus fort dans la culture asiatique? Je n'en suis pas sûr. Ils ne sont pas bien informés. Je peux vous garantir qu'il y a des patients qui ne sont ni évalués ni traités parce que la famille craint que l'on apprenne qu'un de ses membres est malade.

**M. Cheng :** En réponse à ce que vous dites, je ferai une déclaration générale. En tant que personne qui a immigré au Canada à l'âge de six ans, au moment même où Pierre Elliott Trudeau est devenu premier ministre, ma perception de ce que

Canadians as a visible minority is considerably different from the people that I have worked with, that is, those who arrived in Canada later, who do not have the same familiarity with mainstream culture and our two official languages.

That being said, I believe that the health care system, not just the mental health care system, needs to practice what it preaches which is being patient-centered. I speak, I think, on behalf of all of us when I say that we want patient-expressed needs to be served and understood. That is pretty much a universal message that we all can understand. I am not a genius. I do not know how we get there. That is for you folks to decide.

**The Chairman:** I thank all of you for coming. The committee appreciates you taking the time to be with us this morning.

Senators, I would welcome our next panel of service providers. We have with us Mr. Steve Lurie, the Executive Director of the Canadian Mental Health Association in Toronto. I have already spent an evening picking his brain on a few issues. We also have Dr. Paul Links, a professor of psychiatry at the University of Toronto, but who is really here on behalf of the Canadian Association for Suicide Prevention; and Gordon Milak, who is with the VON in Middlesex-Elgin. Thank you all for being here. I think you know the format. I will ask Steve to begin.

**Mr. Steve Lurie, Executive Director, Canadian Mental Health Association (Toronto Branch):** Thank you, Senator Kirby and members of the Senate committee.

The first thing I want to thank you for is allowing Pat Capponi to wear a hat the other day. You would not have heard her stories had she had to take it off. Much of what she and her colleagues had to say is the message that I think all of us, whether we are service providers or community representatives, want you to take away.

I also want to say that the first three volumes of your report are just magnificent. I think you have got it. The challenge going forward, and it is probably the biggest challenge, is to create a report that the whole country will move on because just writing a good report is not good enough. We have to generate the political and bureaucratic will that has been lacking.

I would start by providing some historical reflection, because I think that helps you with your argument. In 1963, the Canadian Mental Health Association said the following about mental health services in its report *More for the Mind*:

In no other field except perhaps leprosy has there been as much confusion, misdirection and discrimination against the patient, as in mental illness... Mental illness even today is all too often considered a crime to be punished, a sin to be

signifie le fait d'appartenir à une collectivité de Canadiens en tant que minorité visible diffère nettement de celle des personnes avec qui j'ai travaillé, c'est-à-dire celles qui sont arrivées au Canada plus tard, qui ne connaissent pas aussi bien la culture dominante ni nos deux langues officielles.

Cela dit, je crois que le système de soins de santé, et pas simplement le système de soins de santé mentale, doit mettre en pratique ce qu'il prêche, c'est-à-dire qu'il doit être axé sur le patient. Je crois parler au nom de chacun d'entre nous lorsque je dis que nous voulons que l'on réponde aux besoins exprimés par les patients et qu'on les comprenne. Cela représente un message universel que nous pouvons tous comprendre. Je ne suis pas un génie, j'ignore comment nous pouvons y parvenir. C'est à vous d'en décider.

**Le président :** Je tiens à vous remercier tous d'être venus. Le comité vous est reconnaissant d'avoir pris le temps de vous joindre à nous ce matin.

Chers collègues, j'accueille le prochain groupe de fournisseurs de services. Nous accueillons M. Steve Lurie, directeur exécutif de l'Association canadienne pour la santé mentale de Toronto. J'ai déjà passé une soirée à faire appel à ses lumières sur un certain nombre de questions. Nous accueillons également M. Paul Links, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto, mais qui compare ici en fait au nom de l'Association canadienne pour la prévention du suicide; et Gordon Milak, qui fait partie de l'Ordre des infirmières de Victoria à Middlesex-Elgin. Je tiens à vous remercier tous d'être ici. Je pense que vous connaissez la formule. Je demanderai à Steve de commencer.

**M. Steve Lurie, directeur exécutif, Association canadienne pour la santé mentale (bureau de Toronto) :** Je vous remercie, sénateur Kirby et membres du comité sénatorial.

Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir permis à Pat Capponi de porter un chapeau l'autre jour. Vous n'auriez pas entendu ce qu'elle avait à dire si elle avait dû l'enlever. Une bonne partie de ce qu'elle a dit et de ce que ses collègues ont dit représente le message que chacun d'entre nous, à mon avis, que nous soyons des fournisseurs de services ou des représentants de la communauté, voulons vous transmettre.

Je tiens aussi à dire que les trois premiers volumes de votre rapport sont formidables. Vous avez tout compris. Le défi que nous devons relever, et c'est probablement le plus grand, c'est de créer un rapport qui motivera tout le pays, car rédiger un bon rapport ne suffit pas. Nous devons susciter la volonté politique et bureaucratique qui manque.

J'aimerais faire d'abord quelques réflexions d'ordre historique car cela pourrait étayer vos arguments. En 1963, l'Association canadienne pour la santé mentale a dit ce qui suit sur les services de santé mentale dans son rapport *Au service de l'esprit* :

Dans aucun autre domaine, sauf peut-être la lèpre, y a-t-il autant de confusion, d'erreurs et de discrimination à l'endroit du patient que dans celui de la maladie mentale [...] Même aujourd'hui la maladie mentale est trop souvent

expiated, a possessing demon to be exorcised, a disgrace to be hushed up, a personality weakness to be deplored, or a welfare problem to be handled as cheaply as possible.

Written over 40 years ago, these words support the need for an anti-stigma campaign and a legislative guarantee of access to mental health treatment and support services in federal and provincial legislation.

Twenty years ago, I was asked to do a review of *More for the Mind*, and the following observations were made after reviewing the evidence that was available at that time from Statistics Canada, which used to compile mental health statistics nationwide. They do not do that much any more. The observations included the fact that Canadians are making more use of mental health services than ever before, the bulk of these services are hospital-based, and the transfer of resources that was to accompany deinstitutionalization has not occurred. That was in 1984.

Since all that was written, all provinces have embarked on mental health reform with what we would have to acknowledge are mixed results, and the observations of 20 and 40 years ago are still relevant today.

I understand that Senator Kirby met Bev Leiber, who talked about the Graham report, which was probably the first beginning of a provincial mental health strategy. I found what I think is the only one in Ontario. I have made a copy of it for you.

Reflecting on the Graham report, because I had the privilege of helping Bob Graham write it in 1988, the glass was half full then and, despite some promising developments, it is still half full. We have not got there yet.

If you refer to the second report on the *Health Care of Canadians: Toward a Healthy Future*, they identified that, just 10 years ago, Canadians spent 15 million days in psychiatric facilities — more than heart disease and cancer combined — and that was despite the availability of knowledge and service technology that could reduce hospitalization by 80 to 90 per cent.

As you have probably heard from other witnesses, the problem of access to care is still a huge one. Anywhere from 50 to 75 per cent of the population suffering from mental illness do not get care, either in a timely way or they do not get it at all, and that creates a huge problem. It is one reason why we have to generate that political and bureaucratic will to move the mile posts as places like New Zealand have and Canada has not.

This was the first report to set out planning objectives. It is a model for a mental health plan that you would want each province to produce; but where it falls short is that the subsequent governments that continued the bipartisan agreement to do something about mental health care were never able to specify specific spending objectives, service targets and support targets, and so the will declined.

considérée comme un crime qui doit être puni, un péché qu'on doit expier, un démon qu'on doit exorciser, une tare qu'on doit cacher, une faiblesse qu'on doit déplorer ou un problème social qu'on doit régler en dépensant le moins possible.

Ces mots, écrits il y a plus de 40 ans, plaident en faveur d'une campagne contre la stigmatisation et de garanties législatives pour l'accès à des soins en santé mentale et à des services de soutien dans les lois fédérales et provinciales.

Il y a 20 ans, on m'a demandé de passer en revue *Au service de l'esprit*, et j'ai fait les observations suivantes après avoir examiné les informations disponibles à l'époque de Statistique Canada qui compilait alors des données nationales sur la santé mentale, ce qu'il ne fait plus vraiment. J'ai alors constaté que les Canadiens se prévalaient des services en santé mentale plus que jamais, que la majorité de ces services étaient offerts dans les hôpitaux et que le transfert des ressources qui devaient accompagner la désinstitutionnalisation ne s'était pas produit. C'était en 1984.

Depuis lors, les provinces ont institué une réforme de la santé mentale qui a donné ce que nous devons appeler des résultats mitigés. Les observations faites il y a 20 et 40 ans sont encore pertinentes.

Je crois savoir que le sénateur Kirby a rencontré Bev Leiber, qui lui a parlé du rapport Graham, probablement la première étape d'une stratégie provinciale en santé mentale. J'ai trouvé ce que je croyais être le seul exemplaire disponible en Ontario et je vous en ai fait une copie.

J'ai eu le privilège d'aider Bob Graham à rédiger son rapport en 1988; à l'époque, nous voyions le verre comme étant à moitié plein et, en dépit de certains événements prometteurs, il l'est toujours. Il n'est toujours pas plein.

Dans le second rapport intitulé *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, on indique que, il y a à peine 10 ans, les Canadiens avaient passé 15 millions de jours dans des hôpitaux psychiatriques — plus que pour les maladies cardiovasculaires et le cancer combinés — en dépit du fait qu'il y avait des connaissances et des technologies de service qui auraient pu réduire l'hospitalisation de 80 à 90 p. 100.

Comme d'autres témoins vous l'ont probablement dit, le problème de l'accès aux soins est encore énorme. De 50 p. 100 à 75 p. 100 de la population souffrant de troubles mentaux n'obtient pas de traitement ou ne l'obtient pas à temps, ce qui provoque beaucoup de difficulté. Voilà pourquoi, entre autres, nous devons susciter la volonté politique et bureaucratique qui nous permettra de progresser jusqu'où s'est rendue la Nouvelle-Zélande, là où le Canada n'est pas encore.

C'était le premier rapport à établir des objectifs de planification. C'est un modèle pour tout plan de santé mentale qu'on devrait exiger des provinces, mais il n'a pas permis aux gouvernements subséquents qui ont poursuivi l'accord bipartite sur la santé mentale de prévoir des objectifs de dépense précis, ainsi que des buts précis en matière d'appui et de service. Par conséquent, le peu de volonté qui existait alors s'est effrité.

For example, here in Ontario today, we are fortunate that between federal and provincial funding over the next five years, \$185 million will be added to community mental health funding. That is impressive, but it represents only about 12 per cent of the estimated price tag which was put together by the Provincial Mental Health Task Forces chaired by Michael Wilson and colleagues in the last couple of years.

What do we need? We need a mental health reform strategy with the following elements: Each province and territory should develop mental health plans with a 10-year horizon, specific performance objectives, committed funding, in other words, new money coming in every year, and ring fencing of existing mental health resources, and as you have heard from the previous speakers, this has to provide both access to treatment and access to the supports that people need to get a home, a job, a friend and opportunities to participate in the community.

I would estimate, taking the provincial figure of \$1 billion that was developed by the provincial task forces here, that probably across the country we need a commitment of at least \$3 billion, so the good news is that it is less than daycare, but the bad news is, not many of us expect we will ever see it in our lifetime.

Just to give you an example of that, it has taken 20 years in Toronto to develop 2,000 supportive housing units, even though we know today we need another 3,200. Does that mean we are going to have to wait 30 years for those to come on stream? There really does need to be definitive plans by each province and a coordinated plan on the part of the federal government.

The federal government itself should develop a plan that includes funding for supportive housing, employment, and mental health services to immigrants and refugees that would be available to community groups, provinces and territories. The reason I state it in that way is that I think when people need service, they do not care where the funding comes from. This is where I think the communities come in. I think of the Healthy Communities movement, the City of Toronto urban alliance which has said, "Fund communities to move forward. Yes, create pooled fundings, but do not get hung up in provincial jurisdictions."

For example, "After the Door Has Been Opened," which was a landmark report on the mental health of immigrants and refugees, called for action by all levels of government, and I think to be fair, what we ended up doing is closing the door rather than opening it.

The federal government does not provide sufficient resources to meet the mental health needs of immigrants and refugees and, if you refer to the recent report on the health of immigrant women, the paradox is, the longer that immigrant women are in the country, the worse their health becomes. While this report did not zero in on mental health, one could assume that significant problems in that area emerge over time. Yet, the way the federal government funds settlement services,

Ainsi, à l'heure actuelle en Ontario, nous avons la chance de pouvoir compter sur le fait que les gouvernements fédéral et provincial consacreront 185 millions de dollars de plus aux soins de santé mentale communautaires au cours des cinq prochaines années. C'est impressionnant, mais cela ne représente qu'environ 12 p. 100 du prix approximatif selon les groupes de travail provinciaux sur la santé mentale présidés par Michael Wilson et ses collègues ces dernières années.

Que nous faut-il? Il nous faut une stratégie de réforme en matière de santé mentale qui comprennent les éléments suivants : Chaque province et territoire devra se douter d'un plan quinquennal en santé mentale prévoyant des objectifs de rendement précis, un financement garanti, c'est-à-dire l'injection de fonds nouveaux chaque année, et la protection des ressources existantes en santé mentale, et ce, comme les témoins précédents vous l'ont dit, pour permettre l'accès au traitement et l'accès au soutien dont on a besoin pour trouver un logement, un emploi, des amis et des occasions de participer à la vie de la collectivité.

En partant du chiffre de deux milliards de dollars établi par les groupes de travail provinciaux, je dirais que pour tout le pays, il faudrait engager au moins trois milliards de dollars. Ce qui est bien, c'est que c'est moins que pour les garderies, mais ce qui est moins bien, c'est que bon nombre d'entre nous ne s'attendent pas à voir l'affectation d'une telle somme avant leur mort.

Je vous donne un exemple. Toronto a pris 20 ans pour construire 2 000 unités de logements avec services de soutien et nous savons aujourd'hui qu'il nous en faudrait 3 200 de plus. Cela signifie-t-il que nous devrons attendre 30 ans pour les obtenir? Il faut absolument que chaque province ait un plan ferme et que le gouvernement fédéral ait un plan de coordination.

Ottawa devrait dresser un plan comprenant le financement du logement avec des services de soutien, des services d'emploi et des services en santé mentale pour les immigrants et les réfugiés qui seraient offerts aux groupes communautaires, aux provinces et aux territoires. Je formule ainsi ma demande parce que quand les gens ont besoin de services, peu leur importe qui les paie. Voilà pourquoi j'estime que les collectivités peuvent apporter leur contribution. Je pense plus particulièrement au mouvement Villes et villages en santé et à l'alliance urbaine de la ville de Toronto qui réclament des fonds pour les collectivités et l'octroi d'un financement commun et qui fait fi des compétences provinciales.

Le rapport « After the Door Has Been Opened », rapport qui a fait date sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, réclamait des mesures de tous les ordres de gouvernement. En fait, plutôt qu'ouvrir la porte, nous l'avons fermée.

Le gouvernement fédéral ne fournit pas suffisamment de ressources pour répondre aux besoins en santé mentale des immigrants et des réfugiés et, d'après le plus récent rapport sur la santé des immigrants, ce qui est paradoxal, c'est que la santé des immigrantes se détériore plus elles passent du temps au Canada. Ce rapport n'a pas ciblé la santé mentale, mais on pourrait présumer qu'avec le temps, les immigrants finissent par connaître des problèmes importants à cet égard. Pourtant, le gouvernement

no money is allocated to work in the area of immigrant and refugee mental health.

We have a report in this community which centred around the needs of French-speaking people with mental health problems. It is a wonderful report, published by the Toronto District Health Council which is going out of existence on March 31. Hopefully, you will still be able to get the report, which was called *I Only Have the Words In French*. There are stories from consumers who talked about the barriers that people face when they cannot express their mental health issues in their own language. The problems are huge. We have to do a lot more in that area.

The third point would be that federal, provincial and territorial governments need to collaborate to improve services to people experiencing mental illness who are involved with the criminal justice system. I understand that some members of the committee may be interested in that. I chair the Toronto Mental Health and Justice Coordination Committee, so while I will not belabour my opening remarks with points on that, I am certainly prepared to answer questions.

The fourth point would be provincial, federal and territorial governments should collaborate to increase funding for mental health services evaluation — and you have identified this in your report — and work with community mental health services and universities to develop research partnerships.

A good model for this is the Community Mental Health Evaluation Initiative that was developed here in Ontario. I think we would not even have to change the acronym, CMHEI. It could be called the Canadian Mental Health Evaluation Initiative. I urge you to seriously consider that.

The fifth point is that funding should be directed at improving access to treatment and community mental health services and focus on improving connections at the front line, rather than organizational restructuring. I am certainly happy to address that at length. I have shared with the committee a number of papers I have written on the subject, but you get a seamless system by making it easy for people to connect, and as people in the Somali community would tell you, if you talked to them, in Scarborough where we provide services, it is not necessarily a direct link.

Our experience is that, if somebody is having mental health difficulties, he or she will call our worker to access the care, and our worker might be the first point of entry, the person who will hook the consumer up with a physician, who will hook him or her up with a psychiatrist as well as the alternative types of supports the worker identifies that the consumer needs.

A triage system that is hospital-based will not work for some communities. Therefore, you need both elements. You need a better organized system at the front line, but you need flexibility

fédéral finance les services d'établissement de façon telle qu'aucune somme ne sert à la santé mentale des immigrants et des réfugiés.

Dans notre collectivité, on a produit un rapport sur les besoins des francophones qui ont des troubles mentaux. C'est un excellent rapport qui a été publié par le Conseil de santé du district de Toronto, qui cessera d'exister le 31 mars. J'espère que vous pourrez obtenir un exemplaire de ce rapport intitulé *I Only Have the Words In French*. On y relate l'expérience de personnes qui n'ont pas pu exprimer leur problème de santé mentale dans leur propre langue. Ces problèmes sont considérables. Nous devons faire beaucoup plus à ce chapitre.

Troisièmement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer pour améliorer les services offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux qui ont des démêlés avec la justice pénale. Je crois savoir que certains membres de votre comité s'intéressent à cette question. Je préside le Comité de coordination sur la santé mentale et la justice de Toronto et je pourrais certainement répondre à vos questions sur ce sujet que je n'aborderai pas en détail dans mes remarques liminaires.

Quatrièmement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer pour accroître le financement de l'évaluation des services de santé mentale — une question qui est soulevée dans votre rapport — et travailler de concert avec les services communautaires de santé mentale et les universités pour créer des partenariats de recherche.

Un bon modèle serait l'Initiative communautaire d'évaluation de la santé mentale qui a été élaborée ici en Ontario. Je pense qu'il ne serait même pas nécessaire de changer le sigle en anglais, à savoir CMHEI. Il suffirait en effet de remplacer le mot communautaire par canadien. Je vous exhorte à envisager sérieusement de vous en inspirer.

Le cinquième point est que le financement devrait viser à améliorer l'accès au traitement et aux services communautaires de santé mentale et mettre l'accent sur l'amélioration en première ligne, au lieu de la réorganisation. Je me ferai un plaisir de vous en parler en long et en large. J'ai remis au comité un certain nombre de communications que j'ai écrites sur la question, mais on obtient un système bien intégré en faisant en sorte qu'il soit facile pour les gens de s'y diriger et, comme les gens de la communauté somalienne pourraient vous le dire, si vous les rencontriez, à Scarborough, où nous fournissons des services, il n'y a pas nécessairement de lien direct.

D'après notre expérience, si quelqu'un éprouve des problèmes de santé mentale, il téléphone à notre représentant pour avoir accès aux soins et notre employé est alors peut-être le premier point d'entrée, la personne qui va établir le lien entre le consommateur et un médecin, entre le client et un psychiatre et aussi d'autres types de soutien de rechange qui, d'après notre travailleur, répondent aux besoins du consommateur.

Un système de triage en milieu hospitalier ne donne pas de bons résultats pour certaines collectivités. Il faut donc les deux éléments. Il faut un système mieux organisé en première ligne,

in connecting to communities and organizations such as Across Boundaries, Hong Fook and others, and even mainstream organizations like ours that are moving into this area.

The sixth point is that a mental health commission similar to that in New Zealand should be established to work with all levels of government to develop consumer and family leadership and report on and monitor progress across the country. This is critical. The pressure needs to be on all governments. It is best to have consumer and family leaders pointing out where you are falling short. "Here is what you need to do. Here is where the traditional approach is not working." That has been a strong contribution that the New Zealand Mental Health Commission has been able to make.

Finally, federal, provincial and territorial governments should collaborate to develop anti-stigma campaigns that use both media and community education techniques.

I would end by quoting the late Dr. Clarence Hincks, who himself had a mental health problem. He gave the rationale for moving forward to us just before he died in 1964. He said:

All we need is leadership by people who recognize the fact that we are in the ox cart stage of development... In Amsterdam they haven't built a mental hospital in years because their mental health workers are working in the community, where they should be working.

**The Chairman:** Thank you, Steve.

Dr. Links, please proceed.

**Dr. Paul Links, President, Canadian Association for Suicide Prevention, Professor of Psychiatry, University of Toronto :** Thank you for this opportunity to speak with you today.

As Senator Kirby said, I am primarily wearing my hat as the President of the Canadian Association for Suicide Prevention and that is because I wanted to share with you the document, the blueprint, which you have in front of you.

The Canadian Association for Suicide Prevention is a group of professionals that was incorporated in 1985. Its primary purpose is to work to reduce the rate of suicide and minimize the harmful consequences of suicidal behaviour. Our organization works by facilitating, advocating and supporting the efforts of suicide prevention, intervention, bereavement and postvention initiatives across Canada.

Let me remind you of the magnitude of the problem, although I must say I was most impressed on reading the reports. I echo Steve's comments and I am encouraged that we are on the right direction. However, about 4,000 Canadians die by suicide each

mais il faut une plus grande souplesse pour brancher les collectivités et les organisations comme Across Boundaries, Hong Fook et d'autres, et même des organisations grand public comme la nôtre qui commencent à être présentes dans ce domaine.

Le sixième point est qu'une commission de la santé mentale semblable à celle de la Nouvelle-Zélande devrait être établie et chargée de travailler avec tous les niveaux de gouvernement pour défendre les consommateurs et les familles et faire rapport sur les progrès accomplis aux quatre coins du pays. C'est essentiel. Il faut exercer des pressions sur tous les gouvernements. C'est mieux d'avoir des leaders des consommateurs et des familles qui dénoncent les lacunes. « Voici ce que vous devez faire. Voici les faiblesses de l'approche traditionnelle ». C'est de ce point de vue que la Commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande a pu jouer un rôle important.

Enfin, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent collaborer pour élaborer des campagnes d'atténuation de la stigmatisation faisant appel à la fois aux médias et aux techniques d'éducation communautaire.

Je voudrais en terminant citer le regretté Dr Clarence Hincks, qui souffrait lui-même d'un problème de santé mentale. Juste avant de mourir en 1964, il nous a expliqué les raisons pour lesquelles nous devons faire avancer ce dossier. Je cite :

Tout ce qu'il nous faut, ce sont des gens qui prennent l'initiative après avoir pris conscience du fait que nous en sommes à l'étape de développement de la charrette tirée par des bœufs... À Amsterdam, ils n'ont pas construit un seul hôpital psychiatrique depuis des années parce que leurs travailleurs en santé mentale fonctionnent au sein de la collectivité, là où ils devraient travailler.

**Le président :** Merci, Steve.

Docteur Links, vous avez la parole.

**Le Dr Paul Links, président, Association canadienne pour la prévention du suicide, professeur de psychiatrie, Université de Toronto :** Je vous remercie de me donner cette occasion de m'entretenir avec vous aujourd'hui.

Comme le sénateur Kirby l'a dit, j'interviens ici essentiellement à titre de président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et je le fais parce que je voulais partager avec vous ce document, le plan d'action, que vous avez sous les yeux.

L'Association canadienne pour la prévention du suicide est un groupe de professionnels qui a été constitué en société en 1985. Son principal objectif est de travailler à réduire le taux de suicide et à réduire au minimum les conséquences néfastes du comportement suicidaire. Notre organisation travaille en facilitant et en appuyant les efforts de prévention du suicide, les interventions et les initiatives de postvention et de soutien des personnes en deuil d'un bout à l'autre du Canada.

Je voudrais d'abord vous rappeler l'ampleur du problème, quoique je doive dire que j'ai été des plus impressionnés en lisant les rapports. Je souscris aux observations de Steve et je trouve encourageant de constater que nous sommes dans la bonne voie.

year in Canada. More than 10 Canadians will die each day in the coming year, and about 400,000 Canadians self-harm each year in Canada. Suicide is the leading cause of death for Canadian males from ages 10 to 49, more than cancer, more than motor vehicle accidents, more than HIV/AIDS.

What is important is that we have a proposed solution. Unlike Australia, Finland, France, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, United Kingdom, Scotland and the United States, Canada does not have a national suicide prevention strategy. As you outlined, Canada needs a comprehensive action plan on mental health, mental illness and addiction, and a national suicide prevention strategy must be a central component of that action plan.

The Canadian Association for Suicide Prevention presents to you today the blueprint of a Canadian National Suicide Prevention strategy. It outlines the goals and objectives to begin to formulate a national strategy. As you will note, the blueprint was released in October 2004 at our annual general meeting. I hope everybody has a copy to refer to and review.

We have a solution. We need a national suicide prevention strategy. Like other nations that have been successful, it needs federal leadership. The federal government must set out policy related to adopting a national strategy and, of course, lead collaboration with federal, provincial and territorial governments to develop a national suicide prevention strategy that can be brought to all levels of community throughout the country.

There must be funding for this effort to coordinate and implement this activity. A good analogy to this initiative would be the Canadian Patient Safety Institute, CPSI, in terms of its mandate and resource allocation. The institute was recently established to provide leadership with respect to patient safety issues in the context of improving health quality. The CPSI promotes the best practices, raises awareness, and provides advice on effective strategies to improve patient safety. The Government of Canada announced funding of \$10 million annually to support the initiative of patient safety throughout Canada.

Today I thought I would focus specifically on your third report, *Issues and Options for Canada*, and specifically on section 4.2, suicide prevention, addressing the questions on page 28. I will try to answer the very important questions that you have raised.

You ask: Who among the federal, provincial, territorial governments and non-governmental organizations should be involved in the development of a national suicide prevention strategy?

Cependant, environ 4 000 Canadiens se suicident chaque année au Canada. Plus de 10 Canadiens vont mourir chaque jour au cours de la prochaine année, et environ 400 000 Canadiens s'automutilent chaque année au Canada. Le suicide est la principale cause de décès chez les hommes canadiens âgés de 10 à 49 ans, avant le cancer, avant les accidents de véhicules automobiles, avant le VIH/sida.

Ce qui est important, c'est que nous ayons une solution à proposer. Contrairement à de nombreux pays dont l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni, l'Écosse et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Comme vous l'avez dit, le Canada a besoin d'un plan d'action global sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, et une stratégie nationale de prévention du suicide doit être une composante centrale de ce plan d'action.

L'Association canadienne pour la prévention du suicide vous présente aujourd'hui l'ébauche d'une stratégie nationale canadienne de prévention du suicide. On y expose les buts et les objectifs en vue d'amorcer l'élaboration d'une stratégie nationale. Comme vous le constaterez, cette ébauche a été publiée en octobre 2004 à notre assemblée générale annuelle. J'espère que chacun en a un exemplaire pour s'y reporter.

Nous avons une solution. Il nous faut une stratégie nationale de prévention du suicide. À l'instar d'autres nations qui ont connu du succès dans ce domaine, il nous faut un leadership fédéral. Le gouvernement fédéral doit établir une politique relative à l'adoption d'une stratégie nationale et, bien sûr, doit prendre l'initiative de la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, en vue d'élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide que l'on pourra mettre en œuvre à tous les niveaux de la collectivité aux quatre coins du pays.

Des fonds doivent être accordés pour appuyer cet effort de coordination et de mise en œuvre de cette activité. Une bonne analogie de cette initiative serait l'Institut canadien de la sécurité du patient, pour ce qui est de son mandat et des ressources qui lui sont accordées. L'Institut a été créé récemment pour assurer le leadership dans le dossier de la sécurité des patients, le tout dans le contexte de l'amélioration de la qualité des soins. L'Institut fait la promotion des meilleures pratiques, fait des campagnes de conscientisation et fournit des conseils sur les stratégies efficaces en vue de renforcer la sécurité du patient. Le gouvernement du Canada a annoncé un financement de 10 millions de dollars par année pour appuyer l'initiative de la sécurité du patient partout au Canada.

J'ai pensé qu'aujourd'hui, je mettrai l'accent plus précisément sur votre troisième rapport, intitulé *Problèmes et options pour le Canada*, et plus précisément le paragraphe 4.2, prévention du suicide, où l'on répond aux questions posées à la page 30. Je vais essayer de répondre aux très importantes questions que vous avez posées.

Vous demandez : Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide?

All levels of government, various community agencies and organizations, survivors and clients need to be involved, but it is clear that we must have federal leadership to set out policies, provide resources and set outcome targets, including actual reduction in suicide rates.

Your reports are clear about why the federal government has to take leadership in this, and I just highlight a few of the important rules that relate to the national strategy. Obviously, the federal government has importance in terms of surveillance. We do a very good job of that now, but we have to move to the issue of surveillance of suicidal behaviour. The federal government has the role of leadership and research and, in 2003, the Canadian Institutes of Health Research set out the priority areas for research in suicide-related studies.

Of course, you have priority for direct service for a number of high-risk groups who are at risk for suicide. The federal government has asked for increased accountability related to health care spending, and obviously a reduction in the suicide rate and suicidal behaviour has to be part of that outcome.

Of course you have leadership in health promotion where we need initiatives in targeting stigma. That would be in the federal domain.

In this area, we need federal leadership. As was done for the Canadian Patient Safety Initiative, we need leadership in bringing all stakeholders together and working together on the basis of something similar to the blueprint and in order to move forward with a national strategy.

The next question you raise is: What should be its specific goals and objectives? I hope you will view the blueprint as a beginning. We anticipate that, as you travel across Canada, you will meet other board members from CASP. I hope that, as you have an opportunity to read the document, you will address specific questions to my colleagues who will appear before you, so that you will have an opportunity to become more familiar with the blueprint.

You then ask: What programs or activities should be part of a national suicide prevention strategy? Again, I think the blueprint provides a beginning in the task of outlining those activities.

You ask: How much would it cost and how could it be funded? Again, I think that the funding for a coordinating and implementing body can use the analogy of the Canadian Safety Patient Institute, which has in the range of \$10 million annually, to set up this implementing and coordinating body. Obviously, monies are needed for surveillance, research and evaluation, programming related to health promotion and, of course, direct programming for the high-risk populations that the federal

Tous les niveaux de gouvernement, les diverses agences et organisations communautaires, les survivants et les clients doivent y participer, mais il est clair que nous devons compter sur le leadership fédéral pour établir les politiques, fournir les ressources et fixer les objectifs en termes de résultats, y compris la réduction réelle du taux de suicide.

Vous montrez clairement dans vos rapports pourquoi le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative dans ce dossier et je voudrais mettre en lumière quelques règles importantes relativement à la stratégie nationale. Il est évident que le gouvernement fédéral joue un rôle important en termes de surveillance. Nous faisons actuellement du très bon travail à ce niveau, mais nous devons commencer à faire de la surveillance du comportement suicidaire. Le gouvernement fédéral assume le rôle de leadership et de la recherche et, en 2003, les Instituts canadiens de recherche en santé ont établi les domaines de recherche prioritaires pour les études relatives au suicide.

Bien sûr, vous avez la priorité pour le service direct relativement à un certain nombre de groupes à haut risque de suicide. Le gouvernement fédéral a demandé une meilleure reddition de comptes relativement aux dépenses consacrées aux soins de santé et il est évident qu'une réduction du taux de suicide et du comportement suicidaire doit être un élément des résultats souhaitables à cet égard.

Bien sûr, vous avez le leadership pour la promotion de la santé et à ce chapitre, il nous faut des initiatives pour la prévention de la stigmatisation. Cela relève du domaine fédéral.

À cet égard, nous avons besoin du leadership fédéral. Comme on l'a fait pour l'Institut canadien de la sécurité du patient, il nous faut faire preuve de leadership en rassemblant tous les intervenants et en travaillant ensemble en se fondant sur un document semblable à notre ébauche et dans le but de progresser vers une stratégie nationale.

Vous posez ensuite la question suivante : quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? J'espère que vous considérez cette ébauche comme un début. Nous prévoyons que, durant vos déplacements d'un bout à l'autre du Canada, vous rencontrerez d'autres membres du conseil de notre association. J'espère que, quand vous aurez eu l'occasion de lire le document, vous poserez des questions précises à mes collègues qui témoigneront devant vous, de manière que vous ayez l'occasion de vous familiariser davantage avec notre proposition.

Vous demandez ensuite : quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide? Encore une fois, je pense que l'avant-projet propose une liste de ces activités.

Vous demandez : combien celle-ci devrait-elle coûter et comment devrait-elle être financée? Encore une fois, je pense que le financement d'un organisme de coordination et de mise en œuvre pourrait suivre le modèle de l'Institut canadien sur la sécurité des patients, disposant d'un budget annuel d'environ 10 millions de dollars pour la mise sur pied de cet organisme de mise en œuvre ou de coordination. Il est évident qu'il faut des fonds pour la surveillance, la recherche et l'évaluation, la

government serves. There will be a need for provincial and territorial monies, and I think we can move ahead to involve corporate initiatives in the area of suicide prevention.

Your last question is: Should there be a single national strategy, or should each level of government establish its own? I believe that in this area the answer is clear: National strategies require federal leadership. The goals and objectives of national strategies are well-established. They have been adopted in almost all nations that have undertaken this, and I think they are included in our blueprint. The objectives are broad. They allow for us to move down to the local level, and they are comprehensive. They should include and encompass all initiatives and all communities in Canada. I will stop there.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Links.

We will now hear from Mr. Gordon Milak from VON Middlesex-Elgin.

**Mr. Gordon Milak, Victorian Order of Nurses, Middlesex-Elgin:** Mr. Chair and honourable senators, thank you for the opportunity to speak to you this morning.

VON recognizes the progress made on mental health with its inclusion in the first ministers' accord, the recent Canada Health Council recommendations, and of course, the study by this committee. VON appears before this committee with a slightly different perspective from that of the illustrious individuals and groups that have appeared in the past. VON is about community care for all vulnerable groups including, but not specifically targeting, mental health. As such, we encounter mental health issues every day in many environments. There is a recurring theme that I have noticed this morning — it is about community, and that is what I will be speaking to directly.

The Victorian Order of Nurses is a national not-for-profit organization and federally registered charity that has been caring for Canadians in their homes in the local communities for 108 years. VON delivers more than 50 home nursing, health promotion, support programs and other services to a million Canadians every year. Our more than 7,000 health care providers and 13,000 volunteers know that community responses need to be tailored to the specific community. We know that community responses are different, and we know that the consumers are the best guide to establishing worthwhile, effective programs. Consumers' best opportunities to be heard are at the local level.

VON branches are lead by local volunteer boards of directors who act as champions and advocates for their communities. Their role is to identify unmet needs in the community and mobilize the resources to address those needs, whether VON delivers that

programmation relative à la promotion de la santé et, bien entendu, pour la programmation directe ciblant les populations à risque élevé desservies par le gouvernement fédéral. Il faudra des fonds provinciaux et territoriaux et je pense que nous pouvons solliciter la participation du secteur privé dans le domaine de la prévention du suicide.

Votre dernière question est la suivante : devrait-il y avoir une seule stratégie nationale ou chaque ordre de gouvernement devrait-il en planter une? Dans ce domaine, je crois que la réponse est claire : pour une stratégie nationale, il faut un leadership fédéral. Les objectifs des stratégies nationales sont bien établis. Elles ont été adoptées par presque toutes les nations qui ont entrepris quelque chose en ce sens et nous les décrivons dans notre avant-projet. Les objectifs sont vastes. Ils nous permettent d'intervenir au niveau local et ils sont exhaustifs. Ils doivent comprendre et englober toutes les initiatives de toutes les collectivités du Canada. Je m'arrête ici.

**Le président :** Merci, monsieur Links.

Nous allons maintenant écouter M. Gordon Milak, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, à Middlesex-Elgin.

**M. Gordon Milak, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, Middlesex-Elgin :** Monsieur le président et honorables sénateurs, merci pour cette occasion de vous parler.

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada reconnaissent que la santé mentale a fait des progrès en étant intégrée dans l'accord entre les premiers ministres, dans les récentes recommandations du Conseil de la santé et, bien entendu, dans l'étude faite par votre comité. En comparaison devant vous, nous présentons un point de vue un peu différent de celui de groupes et personnes célèbres qui nous ont précédés. Notre organisme s'occupe de soins communautaires pour tous les groupes vulnérables, y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale, sans toutefois que ce groupe soit particulièrement ciblé. C'est pourquoi tous les jours, dans bien des milieux, nous voyons des problèmes de santé mentale. Dans ce que j'ai entendu ce matin, un thème revenait souvent, celui de la communauté, et c'est précisément de cela que je vais vous parler.

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, c'est un organisme à but non lucratif, un organisme de charité reconnu par le fédéral, qui s'occupe des Canadiens chez eux, dans la communauté, depuis 108 ans. Notre organisme compte plus de 50 programmes de soins infirmiers à domicile, de promotion de la santé et de soutien dans la communauté, notamment, à un million de Canadiens, chaque année. Nous avons plus de 7 000 fournisseurs de soins de santé et 13 000 bénévoles qui savent que les interventions communautaires doivent être adaptées à chaque communauté. Nous savons que les interventions communautaires sont différentes et nous savons que nos clients sont nos meilleurs guides lorsqu'il s'agit d'établir des programmes pertinents et efficaces. Et c'est au niveau local que sont le mieux entendues les demandes de nos clients.

Nos bureaux régionaux sont dirigés par des conseils d'administration locaux composés de bénévoles qui sont les défenseurs de leurs communautés. Leur rôle est de cerner les besoins à satisfaire dans la communauté et de réunir les ressources

service or not. Volunteer visiting, adult day programs and Meals on Wheels are just some of the programs that you will find VON delivering across Canada.

Common to all VON programs is our focus to support vulnerable populations wherever they live. Although mental health issues are factors we deal with in all services, groups and populations, it is our experience with the homeless that I shall make reference to this morning.

In London, Ontario, the Salvation Army has been assisting the disadvantaged for over a century by providing hot meals and a warm place to sleep. Those unfortunate enough to find themselves living on the street or in a shelter seldom have family physicians, regular checkups or visits to the dentist. If health care of any type is accessed, it is often in crisis at an overcrowded emergency room and, many times, while accompanied by a police officer. The homeless, like society at large, is an aging sector and with age comes an increase in chronic disease, often undiagnosed and certainly untreated. Even more serious is the rising incidence in hepatitis C and drug resistant strains of tuberculosis to which the homeless are particularly vulnerable.

In 1995, VON Middlesex-Elgin began to provide charitable nursing clinics to several agencies and shelters working with the homeless. By 1999, VON had formed a partnership with the Salvation Army to establish a medical clinic within the shelter to meet the needs of the growing number of homeless. Consistent access to primary care provided detection, treatment and health promotion. While the physical needs provided by the Salvation Army combined with the medical needs provided by VON improved the quality of life for the homeless, and lightened the load on overburdened emergency departments, it did not affect the fundamental issues that led to homelessness in the first place, such as, poverty, drug and alcohol addiction and of course mental illness.

In 2000, VON provided funding for research at the University of Western Ontario under Dr. Evelyn Vingilis to determine the prevalence of mental illness in southwestern Ontario. The study determined that among the male, homeless population, 61 per cent suffered with two or more disorders, 46 per cent had substance-related disorders, and 31 per cent suffered from both.

In 2004, VON Middlesex-Elgin was successful in a grant proposal under the Primary Health Care Transition Fund for a Mental Health Demonstration Project. The grant provides two years' funding for enhanced physician access for the clinic and the addition of social work to specifically address crisis and supportive counselling, rehabilitation, addiction support, access to housing, and income supports.

pour les combler, que ce soit notre organisme ou un autre qui donne le service. Les visites par des bénévoles, les programmes de jour pour adultes et les popotes roulantes ne sont que quelques-uns des programmes offerts par notre organisme dans l'ensemble du pays.

Tous les programmes de notre organisme visent à soutenir les populations vulnérables, où qu'elles soient. Bien que les problèmes de santé mentale se voient dans tous nos services, et tous nos groupes de clientèle, d'après notre expérience, on les voit chez les sans-abri et j'aimerais vous en parler ce matin.

À London, en Ontario, l'Armée du Salut aide les démunis depuis plus d'un siècle en leur offrant des repas chauds ou un endroit chaud où dormir. Ceux qui ont le malheur de vivre dans la rue ou dans un refuge ont rarement accès à un médecin de famille, à des bilans de santé réguliers et à des visites chez le dentiste. Quand ils ont accès à des services de santé, c'est souvent dans une salle d'urgence débordée, en situation de crise, et, trop souvent, en compagnie d'un policier. Les sans-abri, comme l'ensemble de la société, sont un groupe vieillissant. Le vieillissement est assorti de maladies chroniques rarement diagnostiquées et traitées. Plus grave encore, nous constatons une incidence croissante de l'hépatite C et de souches de tuberculose résistantes aux médicaments, auxquelles les sans-abri sont particulièrement vulnérables.

En 1995, les Infirmières de l'Ordre de Victoria de Middlesex-Elgin ont commencé à offrir des services de clinique de soins infirmiers pour fins caritatives à divers organismes et refuges travaillant auprès des itinérants. En 1999, nous avions conclu un partenariat avec l'Armée du Salut pour mettre sur pied une clinique médicale dans un refuge, afin de répondre aux besoins du nombre croissant d'itinérants. Un accès uniforme à des soins primaires permettait la détection des maladies, leur traitement et la promotion de la santé. Les installations physiques offertes par l'Armée du Salut de même que les services médicaux dispensés par notre organisme ont amélioré la qualité de vie des itinérants, allégé le travail des services d'urgence débordés sans toutefois régler les problèmes fondamentaux qui sont à la source de l'itinérance, soit la pauvreté, les toxicomanies et, bien sûr, les troubles mentaux.

En 2000, nous avons participé au financement d'une étude de la University of Western Ontario, menée par Evelyn Vingilis, pour évaluer la prévalence de la maladie mentale dans le sud-ouest de l'Ontario. D'après les conclusions, chez les itinérants masculins, 61 p. 100 des sujets éprouvaient deux troubles mentaux ou plus, 46 p. 100 avaient des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues et dans 31 p. 100 des cas, les deux genres de problèmes coexistaient.

En 2004, notre organisme a obtenu une subvention dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, pour un projet pilote en santé mentale. La subvention offre deux années de financement pour améliorer l'accès à des médecins pour notre clinique, ainsi que pour l'ajout de fonctions de travail social visant plus particulièrement le counselling et le soutien en situation de crise, la réadaptation, le soutien aux toxicomanes, l'accès au logement et le soutien au revenu.

Hostel clients can now access an interdisciplinary team providing on-site primary health and mental health care, nursing, social services, as well as a referral process to psychiatry, addiction programs, specialized medical and social services. A service strategy is available to each resident via coordination with hospitals, regional mental health, detox, CMHA, London Housing, and many more who represent the main systems. Through meetings with key stakeholders, the project model has been linked to the entire existing network of health services in London-Middlesex.

In addition, we continue to link with the University of Western Ontario schools of medicine, dentistry, nursing, facilitating student placements, and King's College, mentoring third year social work students. The VON/Salvation Army clinic is also a partner agency in an application submitted from the University of Western Ontario entitled, "Creating Interpersonal Collaboration Teams for Comprehensive Mental Health Services." The application was from the faculties of medicine, dentistry and health sciences.

The short-term objective of this project is to increase the number of health care professionals trained for collaborative, client-centred practice before and after entry into practice.

If funding is secured, the Salvation Army Centre of Hope clinic will be just one of the practice sites. This month, VON and Salvation Army have submitted the clinic project for consideration as a family health team under the Ontario Ministry of Health primary care reform initiative. Family physicians are increasingly and understandably unwilling to take on complex mental health clients who need ongoing support and case management. It is our intent to establish the clinic and demonstration project as permanent resources for the homeless in London, providing the homeless a family practice of their own.

Our shelter and clinic represent a failure of the current system to meet the needs of the mentally ill. Primary prevention programs have not been effective in addressing the roots of the problem. The fact that we have resources in place to link clients does not ensure that those services are even available. A bottleneck continues to exist, while wait lists for service grow and the availability of particularly affordable housing remains far below the actual need.

The *Issues and Options* report correctly identifies underfunding. The work I have just shared with you is an excellent case in point: The medical clinic is currently funded through the volunteer board of VON Middlesex-Elgin and the Salvation Army through fundraised dollars, literally bingos and

Les sans-abri qui fréquentent le refuge ont maintenant accès à une équipe multidisciplinaire qui offre sur place des soins primaires notamment en santé mentale, des soins infirmiers, des services sociaux ainsi que des services de réorientation vers des services psychiatriques, des programmes de lutte contre les toxicomanies et des services sociaux et médicaux spécialisés. Une stratégie de services est offerte à chaque résident, en coordination avec les hôpitaux, les organismes régionaux de santé mentale, les centres de désintoxication, l'ACSM, les centres de logement de London et beaucoup d'autres, qui représentent les principaux services. Dans le cadre de rencontres avec les principaux intervenants, le modèle de projet a été associé à l'ensemble du réseau existant des services de santé de London-Middlesex.

En outre, nous continuons de communiquer avec les écoles de médecine, de médecine dentaire et de sciences infirmières, et le service de placement étudiant de l'Université Western Ontario et du King's College, pour offrir du mentorat aux étudiants de troisième année en travail social. La clinique VON/Armée du Salut est aussi partenaire dans la demande présentée par l'Université Western Ontario intitulée « Creating Interpersonal Collaboration Teams for Comprehensive Mental Health Services ». La demande a été faite par les Facultés de médecine, de médecine dentaire et de sciences de la santé.

L'objectif de ce projet, à court terme, est d'augmenter le nombre de professionnels de la santé qui reçoivent une formation dans un contexte de collaboration, axée sur les clients, avant et après le début de leur pratique.

Si le financement est obtenu, la clinique du Centre of Hope de l'Armée du Salut ne sera que l'un des sites de pratique. Ce mois-ci, notre organisme et l'Armée du Salut ont présenté le projet de clinique comme équipe de santé familiale, dans le cadre de l'Initiative de réforme des soins primaires du ministère de la Santé de l'Ontario. De plus en plus, on le comprend, les omnipraticiens ne sont pas prêts à prendre des patients qui ont des problèmes de santé mentale complexes et qui nécessitent constamment du soutien et une gestion de leur cas. Nous avons l'intention d'établir une clinique et un projet pilote comme ressources permanentes pour les sans-abri de London, afin qu'il y ait un centre de médecine familiale réservé aux sans-abri.

Le refuge et la clinique montrent que le système actuel ne subvient pas aux besoins des malades mentaux. Les programmes de prévention primaire n'ont pas été efficaces pour tarir les sources du problème. Le fait que nous ayons des ressources pour établir des liens, pour nos clients, ne garantit pas que ces services soient même disponibles. Il continue d'y avoir un goulot d'étranglement, à mesure que les listes d'attente pour les services s'allongent et que la disponibilité des services, particulièrement du logement à prix modique, reste bien en deçà des besoins réels.

Le rapport *Problèmes et options* met le doigt sur le sous-financement. Le travail dont je viens de vous parler le montre bien : la clinique médicale est actuellement financée par le conseil d'administration bénévole des Infirmières de l'Ordre de Victoria de Middlesex-Elgin et par l'Armée du Salut, grâce à l'argent

bake sales. The mental health demonstration project has less than 16 months funding remaining. The success and size of this project has grown beyond the means of both charities to sustain through fundraised dollars.

I would conclude by stressing that the need is urgent to redesign community-based mental health treatment and support options. Innovative and flexible models of care delivery are needed along the continuum. People do not need all the services all the time at the highest levels of delivery. Models need to allow clients to move in and out of care options as their needs change. Training in mental health must become a core complementary for all medical personnel.

In conclusion, we believe that this is as much a social justice issue as a health care issue, and if we have a right to quality end-of-life care, or transplant programs, we also have a right to relief from the kind of suffering mental illnesses and addictions incur. As an organization, VON is responding in ways that we know and understand.

We urge you to evaluate the effectiveness of existing programs, discontinue those that do not have proven outcomes, ensure the use of the right level of staff support at the right time, and take the delivery service options to the clients where they live.

The package that I provide speaks specifically to the questions that we feel most qualified to answer.

**The Chairman:** Mr. Milak, could we have a copy of the study you referred to on the homeless in London? I presume that is a public document.

**Mr. Milak:** Yes.

**The Chairman:** Do you know of any other studies of the homeless that have been done elsewhere in the country, because this is the first one we have heard of. Steve is nodding yes. If someone has other references, those would be helpful to us.

To all of you, but principally to Steve who raised the question, we understand the importance of increasing funding on the ground, that is to say, improving services to the client rather than what Steve called "another organizational restructuring." Either this morning or at some other time, we would like to hear your thoughts on that could be done, keeping in mind that the services are delivered on the ground, and whether the funding is federal or provincial, that is a long way up the food chain. The challenge is how to deliver the services to the people who need them without being too directive.

As well, all three of you commented on the need to evaluate the effectiveness of programs because, obviously, the solution is not simply to throw money at the problem. You want to put money where it can be most effective. Automatically, the minute you say

obtenu par des campagnes de levée de fonds, soit des bingos et des ventes de pâtisseries. Le projet pilote en santé mentale n'a plus de fonds que pour 16 mois. La réussite et la taille de ce projet ont dépassé les moyens des deux organismes de charité et de leurs campagnes de financement.

En terminant, j'insiste sur l'urgence de définir de nouvelles options de traitement et de soutien communautaires dans le domaine de la santé mentale. Pour assurer la continuité des services, il faut trouver des formules novatrices et souples de prestation des soins. Les gens n'ont pas besoin de tous les services, tout le temps, ni des services les plus intensifs. Il faut un modèle qui permette aux clients de bénéficier de différents types de soins au fur et à mesure que leurs besoins évoluent. Par ailleurs, la formation de tout le personnel médical doit comprendre un volet de santé mentale.

Enfin, il s'agit à notre avis tout autant d'une question de justice sociale que d'une question de soins de santé. Si nous avons droit à des soins palliatifs de qualité ou à des greffes d'organes, nous avons tout autant le droit d'être soulagés des souffrances engendrées par les maladies mentales et les toxicomanies. En tant qu'organisme, l'Ordre de Victoria du Canada s'efforce de répondre à ces besoins par des moyens que nous connaissons.

Nous vous invitons instamment à évaluer l'efficacité des programmes actuels, à mettre fin à ceux dont l'efficacité n'est pas démontrée, à garantir la présence des effectifs nécessaires au bon moment et à faire en sorte que les clients puissent obtenir là où ils habitent les différents services dont ils ont besoin.

Le document que je vous ai remis traite expressément des questions auxquelles nous sommes les plus capables de répondre.

**Le président :** Monsieur Milak, pourriez-vous nous remettre un exemplaire de l'étude que vous avez mentionnée, sur les sans-abri de London? J'imagine qu'il s'agit d'un document public.

**M. Milak :** Oui.

**Le président :** Existe-t-il d'autres études sur les sans-abri qui auraient été réalisées ailleurs au pays? C'est la première dont nous ayons entendu parler. Je vois que Steve fait oui de la tête. Si certains d'entre vous peuvent nous signaler d'autres études, cela nous serait utile.

Je m'adresse à tous les témoins, mais surtout à Steve qui a soulevé cette question. Nous comprenons l'importance d'augmenter le financement sur le terrain, c'est-à-dire d'améliorer les services offerts aux clients plutôt que de procéder à ce que Steve a décrit comme « une autre restructuration organisationnelle ». Ce matin au plus tard, nous aimerions connaître votre avis sur ce qu'on pourrait faire dans ce sens; il faut cependant rappeler que les services sont offerts sur le terrain et, que les fonds soient débloqués par le gouvernement fédéral ou la province, la filière est assez longue. Il s'agit d'offrir des services aux personnes qui en ont besoin sans être trop directives.

Par ailleurs, vous avez tous les trois souligné la nécessité d'évaluer l'efficacité des programmes parce qu'évidemment, il ne suffit pas d'augmenter le financement pour régler le problème. Il faut mettre l'argent là où il sera le plus efficace. Dès que vous

you will do an evaluation, that forces you back up the food chain again because you must decide who is going to do the evaluation. Then you have to be sure that the evaluation is done properly. How would you know that? That is a balancing problem.

If you want to make any initial comments now, that is fine, but how we ultimately strike the balance between the need for evaluation, which is essentially value for money, and the need to deliver the services on the ground in a way that is sensitive to the consumers, is a huge problem in structural design. Any thoughts anybody has from the ground level will be most useful. Would you care to make a general comment?

**Mr. Lurie:** In a sense, part of the challenge is identifying what you can build on that is already in place. For example, in Ontario, probably 10 or 15 years ago, there was an out-of-country mental health expenditure problem, whereby folks with addictions problems were being sent to the States. The Ministry of Health funded the development of the Drug, Alcohol and Treatment Registry which was a way of identifying what services were available for addictions treatment. They then linked people with assessment referral centres at the community level so that people could get better and easier access to an appropriate range of services.

The good news is that a number of us pushed for the application of that system to mental health. On September 7 next, in Ontario, George Smitherman will likely be in London to announce the opening of the mental health services registry. It will be an online, telephone-based way for consumers, families, family physicians, other service providers to find out what is available? It will not be in the form of a book that has to be republished every year. It will be a live, interactive approach. I believe there is something similar in B.C. or there used to be. When I was there about 10 years ago they had a mental health information line.

This is establishing easy ways in which the public and allied services providers can find out what exists in the community, because communities are very complex.

The ministry will mandate that anyone funded by the Ministry of Health and providing community mental health services, will have to describe our services in ways that are understandable, in plain language. We will also have to regularly report to the registry, based on our service types, and advise when we have a vacancy. That opens the door in that it lets people know about the range of services that exist in any community. It also allows, in a methodical way, communities and provincial governments to look at the gaps. They will see which organizations have been utilized, that is, people need their services, and which organizations have capacity but are underutilized. That is a very important building block regarding access to services.

décidez de faire une évaluation, vous êtes forcés de remonter un peu la filière parce qu'il faut décider qui fera cette évaluation. Vous devez vous assurer que l'évaluation sera menée correctement. Comment pouvez-vous le déterminer? Là encore, il faut trouver le juste équilibre.

Vous pouvez répondre à mes interrogations tout de suite si vous le souhaitez. Comment concilier la nécessité d'évaluer les programmes, c'est-à-dire de déterminer si on en a eu pour son argent, et la nécessité d'offrir les services sur le terrain d'une façon qui soit adaptée aux besoins des consommateurs. C'est là un énorme défi pour ceux qui doivent structurer les programmes. Il nous serait très utile de savoir ce que des gens comme vous, qui travaillent à la base, en pensent.

**M. Lurie :** Il faut, entre autres, déterminer les aspects des programmes déjà en place qui peuvent servir de point de départ. Par exemple, il y a une dizaine ou une quinzaine d'années en Ontario, il y avait un programme de santé mentale offert à l'étranger; ainsi, des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie étaient envoyées aux États-Unis pour y être traitées. Le ministère de la Santé a financé la création du Répertoire des traitements — drogues et alcool, qui permettait de savoir quels services existaient à l'intention des alcooliques et des toxicomanes. Ensuite, on adressait les gens aux centres d'évaluation locaux de manière à ce qu'ils puissent avoir accès plus facilement à un éventail de services.

Ce qui est bien, c'est que plusieurs d'entre nous ont demandé qu'on applique le même système au domaine de la santé mentale. Le 7 septembre de l'année en cours, George Smitherman sera probablement à London, en Ontario, pour annoncer l'ouverture du répertoire des services de santé mentale. C'est un service téléphonique en direct qui permettra aux consommateurs de soins, à leur famille, aux médecins de famille et à d'autres fournisseurs de services de connaître le service disponible. Le répertoire ne paraîtra pas sous forme de livre qu'il faudrait rééditer chaque année. Ce sera une formule vivante et interactive. Je pense qu'il y a ou qu'il y avait un répertoire semblable en Colombie-Britannique. Quand j'y vivais, il y a 10 ans, il existait une ligne téléphonique d'information sur la santé mentale.

Il s'agit là de moyens simples qui permettent à la population et aux fournisseurs de services connexes de savoir ce qui existe localement, parce que les collectivités sont très complexes.

Le ministère provincial de la Santé exigera de tous les organismes qu'il subventionne et qui offrent des services communautaires de santé mentale qu'ils décrivent leurs services dans un langage compréhensible et en termes simples. Ces organismes devront également faire rapport régulièrement au répertoire, d'après les types de services offerts, et indiquer qu'ils ont des places. Ainsi, il est possible de connaître l'éventail de services existant dans chaque localité. Cela permet aussi aux municipalités et aux gouvernements provinciaux d'examiner les lacunes du système de façon méthodique. Ils pourront savoir quels organismes ont été utilisés, confirmant la nécessité de leurs services, et quels organismes sont sous-utilisés. C'est un mécanisme très important pour favoriser l'accès aux services.

Another way to do this is to recognize, as have other jurisdictions, that your funding should encourage the behaviour you want. If you are looking for good referral relationships amongst providers, and networks of care to be developed, the funding criteria should specify that. Then the funder can make decisions on proposals, whether from VON or CMHA. My colleague from VON talked about a collaborative venture. You foster collaboration in units that make sense in terms of size.

For example, the Wilson Task Force here in Toronto-Peel recognized that Toronto was just too large to have one mental health group connecting everybody to services. They decided that there needed to be some division of the city into either quadrants or some other units. Then what you would do is set a process in motion where service providers in North York, for example, would be given the assistance to come together with a mental health plan for their community and have the debate on the range of services. They would discuss: "How do we connect the inpatient beds with the case management supports? What role is the crisis provision playing in our community." They would come up with a plan, but it would be a bottoms up community planning approach.

The funder, in this case the provincial Ministry of Health, proposed a mental health authority similar to the one in New Brunswick, the commission that was in place for 10 years. The funder would tell the service providers that they must play the game, they cannot say that they are not interested in a collaborative effort. "We just want to do our own thing." There would be some consequences for groups who were not prepared to engage in collaborative planning. That is not to say there will not be debate. We all do not agree all the time, but there is, in fact, an amazing degree of consensus.

Here in Toronto, for example, in the last three months, a group of housing providers that is characterized by different models and different approaches came up with a coordinated plan for supportive housing that will bring on 6,000 supportive housing units across the province, 3,000 in Toronto, over the next three years.

We have come up with the funding model. We have come up with the capital development model, and we have got the sign-off and agreement of the Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions programs, the Canadian Mental Health Association, province-wide, and the Ontario Non-profit Housing Providers Organization.

Some of this is, again, a matter of fostering community planning and collaboration and holding people accountable for that.

Then you also need simple information strategies based on performance targets, as is done in New Zealand. That will tell you whether you are getting there or not. Some of that has to be driven home to the network of providers. They have to ask themselves, "If we said we were going to serve 150 people through

On peut aussi, comme l'ont fait d'autres provinces, faire en sorte que les subventions qu'on verse encouragent les comportements qu'on souhaite susciter. Si on veut que les fournisseurs de services adressent leurs clients aux organismes pertinents et mettent en place des réseaux de soins, les critères de financement doivent le préciser. Le bailleur de fonds peut alors décider de financer certains projets, qu'ils émanent des Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) ou de l'ACSM. Mon collègue de VON a parlé d'une entreprise de collaboration. Il faut favoriser la collaboration entre des unités lorsque c'est logique compte tenu de leur taille.

Prenez l'exemple du groupe de travail Wilson ici même à Toronto-Peel; il a reconnu que la ville de Toronto était trop grande pour que seul le groupe de santé mentale puisse aiguiller tous les clients vers les services. Il a décidé qu'il fallait diviser la ville en quadrants ou en quelques autres unités. Ainsi, on pourrait aider les fournisseurs de services de North York, par exemple, à mettre au point un programme de santé mentale à l'intention de leur collectivité et à discuter de l'éventail des services à offrir. Ils pourraient se poser les questions suivantes : « Comment relier le nombre de lits à l'hôpital avec les services de gestion des cas? Quel rôle les services aux personnes en crise jouent-il dans notre collectivité? » Ils pourraient tracer un plan, mais ce plan partirait de la base, de la collectivité.

Le bailleur de fonds, dans ce cas le ministère provincial de la Santé, a proposé la création d'une régie de la santé mentale semblable à la commission qui existe au Nouveau-Brunswick depuis 10 ans. Il ferait comprendre aux fournisseurs de services qu'ils doivent collaborer, qu'ils ne peuvent pas refuser de le faire et travailler chacun de son côté. Les organismes qui refuseraient de collaborer à la planification des services devraient en assumer les conséquences. Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura pas de débat. Nous ne sommes pas toujours d'accord sur tout, mais nous arrivons néanmoins très souvent à des consensus.

À titre d'exemple, ici même à Toronto, au cours des trois derniers mois, un groupe d'organismes d'hébergement caractérisés par des modèles et des approches différents ont préparé un plan concerté de logement supervisé qui permettra de créer 6 000 unités de logement supervisées dans l'ensemble de la province, dont 3 000 à Toronto, au cours des trois prochaines années.

Nous avons défini la formule de financement. Nous avons déterminé le modèle de développement immobilier et obtenu l'approbation et le consentement de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et des traitements des toxicomanies de l'Ontario, de l'Association canadienne pour la santé mentale, à l'échelle de la province, et de l'Association du logement sans but lucratif de l'Ontario.

Encore une fois, cela revient à favoriser la planification et la collaboration dans la collectivité et à obliger les gens à rendre des comptes.

Il faut ensuite établir de simples stratégies d'information qui se fondent sur des objectifs de rendement, comme cela se fait en Nouvelle-Zélande. Ces stratégies vous permettront de voir si vous atteignez vos objectifs ou pas, et c'est un principe qui doit être compris par le réseau des fournisseurs. Si ceux-ci ont affirmé

this enhanced case management program, did we? If we did not, why not?" You create conditions where the providers ask those questions, because government is too far removed from that. However, government can set the conditions by which that occurs.

There is a good example of the government doing. You may be aware that, on January 12, George Smitherman announced \$27 million for people who have mental health problems and who have been involved in the criminal justice system. The funding plan has basic components. There is what they call a precharged diversion component; a crisis response component; a court support component; a housing component; and a case management component. The Ministry of Health along with the people who were funded have created tables to develop implementation plans. Each agency is not doing this on its own. Everybody who is funded for precharged diversion is sitting in a room and designing a coordinated plan. The same thing is happening for the safe bed network. The same thing is happening for the supportive housing piece. Through the court support consortium, and same thing is happening for case management.

Not only that, I will chair a meeting on March 30 where all the work that those individual groups have done will be brought together, and we will talk about how we will connect the dots. How do we make sure that the safe beds are connected to the supportive housing, are connected to the crisis response? Essentially, this is a community planning activity. In this case, the Ontario Ministry of Health, Toronto Regional Office, is to be commended for setting the stage for that to occur. It is a very different model from the RFP which was, "Let us all compete with each other to get the service. We will show we are the best." This is where governments are often confused. When you put out RFPs, what happens in organizations is that the friendly organization becomes your competitor and you take the attitude, "I am not going to work collaboratively with you or tell you secrets so that I get the contract."

You could, however, set an environment where you expect organizations to work together, to play to their strengths, and identify the areas where all organizations need to grow and learn. There are some things we cannot do but most of the things we do know how to do and have been doing them on and off for 25 or 30 years. I think that is the way to go.

The private sector literature will tell you that 80 per cent of mergers fail. However, strategic alliances is the way that most organizations, corporately, are growing. You want to set up notions of strategic alliances around the provision of mental health care in the community. That is in everybody's interest.

desservir 150 personnes grâce à un nouveau programme amélioré de gestion des cas, ils devront se demander s'ils ont atteint ou pas leur objectif et, dans la négative, pourquoi ils ne l'ont pas atteint. Il faut donc créer les conditions optimales pour que les fournisseurs se posent ces questions, étant donné que le gouvernement est beaucoup trop éloigné de la réalité quotidienne. Toutefois, c'est à ce dernier qu'il revient d'établir les conditions pour y parvenir.

Laissez-moi vous donner un bon exemple de ce qui peut être fait. Vous savez peut-être que le 12 janvier dernier, George Smitherman a annoncé l'injection de 27 millions de dollars dans des programmes d'aide à ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale et qui ont eu des débâcles avec le système de justice pénale. Le plan de financement annoncé comporte des éléments de base : ce sont d'abord la déjudiciarisation avant la mise en accusation; puis la réaction face à la crise; l'aide des tribunaux; le logement; et enfin, la gestion des cas. Conjointement avec les organismes subventionnés, le ministère de la Santé a créé des tables d'élaboration des plans de mise en oeuvre. Par conséquent, les agences ne sont pas laissées à elles seules. Toutes celles dont les programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation ont été subventionnés s'assoient autour de la même table et conçoivent un plan coordonné. On peut dire la même chose du réseau des refuges, des programmes de soutien au logement, du consortium de soutien des tribunaux et de la gestion des cas.

De plus, je présiderai le 30 mars prochain une réunion qui permettra de présenter tout le travail effectué par chacun des groupes et qui permettra de faire le lien entre chacun d'eux. Autrement dit, nous nous demanderons comment assurer le lien entre les refuges, l'aide au logement et la réaction en cas de crise. Il s'agit donc essentiellement d'une activité de planification communautaire. Dans ce cas-ci, il faut féliciter le ministère ontarien de la Santé et le Bureau régional de Toronto d'avoir permis que cela se réalise. C'est bien différent de l'ancien modèle des appels de proposition qui se traduisait, en bout de ligne, par une lutte féroce entre les différents organismes qui se faisaient concurrence pour prouver qu'ils étaient les meilleurs. C'est d'ailleurs ce qui explique la confusion dans les divers gouvernements. Dès qu'on fait un appel de proposition, les organisations naguère amies deviennent votre concurrent, et chacune fait de son mieux pour obtenir le contrat au détriment de l'autre.

Toutefois, vous devriez dresser la table de façon que les organisations veuillent travailler les unes avec les autres, miser sur leurs forces respectives, tout en cernant les secteurs dans lesquels elles auraient encore besoin d'apprendre. Il y a évidemment des domaines dans lesquels nous ne sommes pas très habiles, mais nous pouvons quand même parler de réussite dans les domaines où nous oeuvrons depuis déjà 25 ou 30 ans. À mon avis, c'est la voie à suivre.

Les documents émanant du secteur privé vous diront que dans 80 p. 100 des cas, les fusions échouent. Toutefois, la plupart des entreprises cherchent désormais à forger des alliances stratégiques. Il est donc de l'intérêt de tous de commencer à parler d'alliances stratégiques dans l'exécution des programmes de soins de santé mentale communautaires.

**The Chairman:** The key point you are making is that — and this is our problem, not your problem — we need to figure out what are the incentives that would encourage people to do that, and what are the consequences or the penalties they would suffer if they did not.

**Mr. Lurie:** We had this debate in the systems design group of the Wilson Task Force. If you say, three years from now we do not want to see 35 operating plans from all the mental health agencies in North York, we want one and we will provide some resources for you to come up with the plan, does it make sense to get the case managers working together? In fact, the Ministry of Health has taken some steps in that direction. There is a plan in North York and Scarborough combined, to improve access to individual support services. They created a committee called PASS. They funded it, and we now have a plan.

The question is: Will there be money to implement the plan? One of the problems is that people assume that collaboration comes for free, and that system work and system building is just something that we can all do with our spare time. Well, we cannot because we do not have any spare time.

A few years ago, Industry Canada did an interesting study where they looked at small and medium-size enterprises. They were trying to develop collaborative networks here in the GTA. They found that they needed to sell the notion of collaboration, but the most important finding was — and it does not cost a lot of money — that they had to provide the tools for the collaborators to, in fact, collaborate.

A good example of this is Jeffrey Dyer's work called, *Competitive Advantage* where he looked at the supply chain that Toyota has been able to put together. He writes about automobile production being a highly complex undertaking. I would say that the same comment applies to mental health care. If you look at Toyota in terms of quality, the data shows that they have the lowest transaction costs of any of the automakers. They have built a supplier network with what Mintzberg calls the "one-company mindset," to provide training to their suppliers. They consider quality issues together. Consulting is available.

From other jurisdictions we can learn how to create a one mental health system mindset at the appropriate level. However, it cannot be too large. For example, the challenges Ontario will face in moving to the LHINs environment, which will take in central north. The LHINs that will come into place on April 1, goes from North York to Grey-Bruce. That is not a natural community. Central East will go from Scarborough to Haliburton. That, again, is not a natural community.

**Le président :** Si je vous comprends bien — et c'est notre problème, et pas le vôtre —, il faut trouver des façons d'encourager les parties prenantes à aller dans ce sens, sous peine d'en subir les conséquences ou d'être pénalisées.

**M. Lurie :** Le groupe de conception des systèmes du groupe d'étude Wilson en a déjà débattu. Si vous déterminez que dans trois ans, vous voulez ne recevoir qu'un seul plan d'exploitation collectif pour les 35 agences de santé mentale de North York, et que pour y arriver, vous fournirez les ressources nécessaires, vous devez vous demander aussi s'il est tout aussi logique de faire travailler en concertation les gestionnaires de cas. D'ailleurs, le ministère de la Santé a déjà pris des mesures en ce sens. Il existe déjà un plan combiné à North York et à Scarborough en vue de donner un plus grand accès aux services de soutien. Le Comité PASS a été créé puis financé, et il a ensuite déposé un plan.

Mais aura-t-on les fonds nécessaires à la mise en œuvre du plan? La difficulté vient notamment du fait qu'on a toujours l'impression que la collaboration est gratuite et que toute l'édition d'un système peut se faire aisément pendant ses loisirs. Eh bien, non : c'est impossible, car nous n'avons pas de loisirs.

Il y a quelques années, Industrie Canada a entrepris une étude intéressante sur les PME. Le ministère voulait former des réseaux de collaboration ici même, dans la région du Grand Toronto. Or, non seulement il a découvert qu'il fallait convaincre les intéressés de l'importance de collaborer, mais on a surtout constaté qu'il était nécessaire d'offrir aux collaborateurs les outils nécessaires pour qu'ils puissent collaborer. Or, cela ne coûte pas bien cher.

Prenez par exemple Jeffrey Dyer qui, dans son ouvrage intitulé *Competitive Advantage*, étudie la chaîne d'approvisionnement mise en place par Toyota. Il explique que la production automobile est une entreprise extrêmement complexe. Je dirais qu'il en va de même avec les soins de santé mentale. En termes de qualité, les données recueillies montrent que chez Toyota, les coûts de transaction sont les plus faibles par rapport aux autres fabricants automobiles. Toyota a réussi à se doter d'un réseau de fournisseurs grâce à ce que Mintzberg a appelé la « mentalité de l'entreprise unique », en vertu de laquelle Toyota forme ses propres fournisseurs. Ensemble, tous se penchent sur les questions de qualité, et la consultation est toujours disponible.

Nous pouvons apprendre, à partir de ce qui se fait ailleurs, comment avoir le même état d'esprit, c'est-à-dire avoir la mentalité du système de santé mentale unique au niveau approprié. Mais il ne faudrait pas qu'il soit trop ambitieux. Il faut comprendre que l'Ontario aura des défis à relever lorsqu'elle instaurera ses réseaux locaux d'intégration des services de santé, dans le centre-nord. Les RLIS, qui entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> avril, partent de North York jusqu'à Grey-Bruce et ne forment pas nécessairement un milieu naturel. Celui du centre-est ira de Scarborough à Haliburton, et là non plus, on ne forme pas une communauté d'intérêts naturelle.

Within that, there will be times when the folks in Scarborough will need to also talk to the people in the Durham region that abuts Scarborough. There will be cross-border issues. However, networks already exist.

That would be my final point on this. There is a lot of networking going on. You could ask about that when you go into various communities. You could ask, "Is there evidence in your community that providers are working together to provide services?" I think you will be given lots of examples similar to those Gordon talked about in London.

**Mr. Milak:** No one is more frustrated than the clients and the front-line workers, regardless of the discipline, about identifying the gaps and where there is a need for change.

Your report, I think quite rightly, is fairly critical of the segmentation across the system. We need the specialties. However, part of the challenge is that each discipline becomes quite reliant on its own solutions, and it is almost impossible for each discipline to comprehensively understand the value of the rest of the system. We do need systemic change and to create interdisciplinary teams. I am referring to the people delivering the care, physicians, nurses, social workers or other mental health workers working in collaboration. That will bring a grass roots change in philosophy. We need direction from the federal government to the provincial government down, but it has to be simultaneously changing at the front-line-service-provider level as well.

**Senator Cordy:** You talk about a change in philosophy. We all know that, with de-institutionalization, resources were not transferred to communities. We also know that we still tend to look at the doctor-hospital model. We have heard evidence from many people to the effect that what they want in many cases is a sense of community, which what you were talking about this morning. They also said that they want funding for peer groups to get together and for social activities like dancing. Yet, while there may be collaboration and networking among providers, government departments still seem to be working in silos.

Does the Department of Health give you money to provide peer networking? How are government departments starting to break down?

The second question is, should we have targeted funding? One of you mentioned directed funding or funding requirements. Should we have targeted funding so that we can provide some of the services that individuals want?

**Mr. Lurie:** I was looking over this report, and I highlighted what we said about this issue in 1988. I will leave this with Senator Kirby. There is a need for inter-ministerial focus; and a good example of that would be the housing piece.

Malgré tout, il se pourrait que parfois, les gens de Scarborough aient besoin de parler à ceux de la région de Durham qui jouxte celle de Scarborough. C'est parce qu'il y aura des dossiers qui passeront d'un secteur à l'autre. Toutefois, les réseaux existent déjà.

Je n'en dirai pas plus. Il se fait déjà beaucoup de réseautage. Vous n'aurez qu'à poser la question lorsque vous visitez les diverses collectivités. Vous pourriez demander s'il y a des résultats, dans les collectivités, démontrant que les fournisseurs sont capables de fournir des services en collaboration. J'ai l'impression qu'on vous citera beaucoup d'exemples comme celui de London dont vous a parlé Gordon.

**Mr. Milak :** Les clients et les travailleurs de première ligne sont les plus frustrés, peu importe leur discipline, et ils sont très désireux de cerner les lacunes et les secteurs où il faut apporter du changement.

Votre rapport critique à juste titre la segmentation du système. Bien sûr, il nous faut des spécialités. Toutefois, — et c'est un défi —, chaque discipline finit par dépendre presque uniquement de ses propres solutions, et il devient alors presque impossible à chacune d'entre elles de comprendre de façon exhaustive la valeur du reste du système. Il nous faut un changement systémique et créer des équipes interdisciplinaires. Je parle ici de ceux qui donnent les soins, c'est-à-dire des médecins, infirmières, travailleurs sociaux et autres travailleurs de la santé mentale qui collaborent les uns avec les autres. Cela suppose un changement de philosophie du tout au tout. Le gouvernement fédéral doit montrer l'exemple au gouvernement provincial, mais le changement doit se faire simultanément et également au niveau des fournisseurs de soins et de services de première ligne.

**Le sénateur Cordy :** Vous parlez d'un changement de philosophie. Nous savons très bien que la désinstitutionnalisation n'a pas nécessairement entraîné un transfert des ressources vers les collectivités. On sait également que l'on continue à se tourner vers le modèle du médecin attaché à un hôpital. Plusieurs nous ont dit que ce qu'ils recherchent surtout, c'est le sens d'appartenance à la communauté, et c'est ce dont vous parliez ce matin. Ils nous ont également dit qu'ils souhaitaient que le gouvernement finance les groupes de pairs pour qu'ils se réunissent et organisent des activités sociales, telles que la danse. Et pourtant, même si l'on peut parler d'une certaine collaboration et d'un certain réseautage chez les fournisseurs de services, les ministères semblent continuer à fonctionner en vase clos.

Le ministère de la Santé vous subventionne-t-il en vue du réseautage par le jumelage? Comment les ministères font-ils?

En second lieu, j'aimerais savoir si on a besoin de financement ciblé. L'un de vous a mentionné le financement direct et les besoins en matière de financement. Devrait-on prôner le financement ciblé de façon à offrir les services demandés par la population?

**Mr. Lurie :** Je regardais justement le rapport, et j'ai souligné ce que nous avons dit sur la question en 1998. Je vais d'ailleurs laisser cela au sénateur Kirby. Il faut que les ministères se consultent, et je donnerais comme exemple le dossier du logement.

The federal government, people would argue, does have an involvement in the provision of housing. As well, there is an Ontario, Canada affordable housing strategy where they are still debating the terms. However, this will mean the establishment of 20,000 affordable housing units here in Toronto. Perhaps we could get that commitment from both levels of government. Perhaps there could be a flexible approach where the federal government would say, "Ontario, if you have a deficit and you cannot fund your affordable housing initiative for the first three years, we will kick in some money now to get things built." The Ministry of Health, through the health accord money, has some provision to fund the support services.

It is a matter of, at the governmental level, looking at what is needed. What are the housing targets? How do we, as they have done in the U.K. and other jurisdictions, pool funding to do that? Then there should be flexibility around recognizing the ability to pay. That is also important.

For example, you might have the federal government saying that it is not going to fund Ontario because this government is unwilling to match funds. I would just say that the average citizen does not care who funds it. The issue may be: "You could have more if your provincial government would match, but we are going to make sure you at least have something."

Then there are areas where the federal government has jurisdiction. You heard about the range of services necessary for immigrants and refugees. There is no funding stream from the federal government for the mental health needs of immigrants and refugees. They say that that is a provincial responsibility. The province tells us that they cannot even fund community mental health here, and they want to know how they can fund more Hong Fook, more Across Boundaries, and those are very small.

There must be some agreement on what needs to be in place at a provincial level. That has to be driven by a bottoms-up planning process where, in North York for example, people come together and ask, "Are there enough peer support programs on the ground in North York?" and, if there are not, "How do we change that?"

Some of this involves identifying essential functions. That is what the Graham report did. You need agreement in both a national action plan and a provincial action plan, that there has to be access to treatment. There has to be crisis. There has to be case management. There have to be consumer and family supports. There has to be a menu. Then the federal government

On pourrait faire valoir que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière de logement. De plus, il existe une stratégie Ontario-Canada sur le logement abordable dont on est encore en train d'établir le mandat. On parle ici de 20 000 logements abordables à Toronto. Il faudrait sans doute que les deux paliers de gouvernement s'engagent en ce sens. Mais le gouvernement fédéral pourrait peut-être faire preuve d'une certaine souplesse et décider d'injecter certains fonds pour aider l'Ontario, si celle-ci était incapable de financer la construction des logements abordables pendant les trois premières années, pour cause de déficit. Le ministère de la Santé a ce qu'il faut pour subventionner les services de soutien, grâce aux fonds reçus en vertu de l'entente sur la santé.

Il s'agit pour le gouvernement de regarder ce qu'il faut et quels sont les objectifs en matière de logement. Le gouvernement pourrait aussi se demander comment faire pour mettre en commun tous les montants nécessaires, comme l'ont fait le Royaume-Uni et d'autres pays. Il devrait également permettre une certaine marge de manœuvre en fonction de la capacité de payer de chacun. Cela aussi est important.

Mais le gouvernement fédéral pourrait également décider de ne pas financer l'Ontario parce que le gouvernement ontarien refuse de verser des fonds de contrepartie. Je répliquerais à cela que le simple citoyen ne veut pas savoir d'où proviennent les fonds. Le gouvernement fédéral pourrait plutôt décider de verser au moins sa part, en faisant comprendre aux Ontariens qu'ils auraient pu recevoir plus encore si le gouvernement provincial avait accepté de verser des fonds en contrepartie.

Mais il y a aussi les autres secteurs qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral. On vous a parlé de la gamme des services nécessaires aux immigrants et aux réfugiés. Le gouvernement fédéral ne verse rien pour combler les besoins en santé mentale des immigrants et des réfugiés, car il affirme que ces soins relèvent de la province. Or, la province nous dit à son tour qu'elle ne peut même pas financer les soins de santé communautaires ici, mais qu'elle voudrait savoir aussi comment elle pourrait subventionner plus d'organisations plus petites comme Hong Fook, ou Across Boundaries, par exemple.

Il faut que l'on s'entende sur ce qui doit être instauré au palier provincial. La planification doit se faire à partir de la base vers le haut, et il faudrait par exemple que les habitants de North York se regroupent pour se demander s'il y a suffisamment de programmes de soutien des pairs à North York et comment il est possible de changer la situation, dans la négative.

Une partie du travail consiste à cerner les fonctions essentielles, comme l'a fait le rapport Graham. Il faut que le plan d'action national et le plan d'action provincial se concertent pour qu'il y ait accès au traitement. Il faut des programmes de réaction aux crises et de gestion des cas, de même que des programmes de soutien au consommateur et à la famille. Il faut donc offrir tout

can say to the provinces, "Together we need to make sure that money hits the streets for certain services, but you decide locally what mix is appropriate."

If we have a mental health commission, that will be watching. It will be conducting hearings across the country to assess whether, say, Ontario got it right or not.

It is a multifaceted approach. I draw your attention to both Australia and New Zealand where they said that they would ensure that 3 per cent of their population who have mental illness would have access to care at any point in time. Seven years after the New Zealand mental health plan, the average across that country is about 2.5 percent. They have made real progress on meeting that service objective. Those kinds of things must be specified, whether it is in a provincial mental health plan or otherwise.

In 1992, Ontario set for itself the New Zealand funding targets. We wanted to have 60 per cent of the money in the community by 2003. It is now 2005. We have achieved about 40 per cent, up from 20 per cent. How long will it take to go the rest of the way?

I think that, for example, on the ground, the federal government does a good job, although it is an annual process, in that they do have responsibility for and fund employment programs. The Ministry of Health here does not have money to put into employment programs. Our agency, for example, has been able to access about \$750,000 a year for employment programs that are targeted at people with mental health issues who are having trouble entering or staying in the work force.

You have to recognize that, even if you have various jurisdictions, you must make sure that the employment money is on the table at the same time that the Ministry of Health is funding case management. It is a menu approach, that is, identifying what needs to be in place in a community and determining what role each level of government can play in that.

The other interesting thing is, on the employment side, we not only leverage federal government money but we use the ODSP for that purpose. That is an example of a multi-ministry approach. However, the consumer does not know that the federal government is funding the worker or that ODSP is funding the worker who is helping him or her get a job. The consumer just knows that the worker is out there to help them get the job. I think that is a good model.

**Senator Cordy:** Paul, I want to turn to suicide prevention and programming. How do you go about letting people know how to identify people who are at risk? Are there programs, say, in schools where you target a specific group? You talked

un menu de services. Puis, le gouvernement fédéral pourra dire aux provinces qu'ensemble, il faut faire en sorte que les fonds versés soient utilisés localement pour certains services, tout en laissant justement la collectivité décider par elle-même quelle est la meilleure façon de les utiliser.

Une éventuelle commission de la santé mentale pourrait servir de chien de garde, puisqu'elle mènerait des audiences d'un bout à l'autre du pays pour évaluer si les provinces, comme l'Ontario, ont bien compris la façon de faire ou pas.

Il faut être polyvalents. Je vous rappelle que l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont décidé que 3 p. 100 de leur population souffrant de maladie mentale aurait accès aux soins à tout moment. Sept ans après l'instauration du régime de soins de santé mentale néo-zélandais, on soigne en moyenne partout au pays 2,5 p. 100 de la population malade. La Nouvelle-Zélande a donc démontré sérieusement qu'elle voulait atteindre cet objectif de service. Il s'agit là d'objectifs qu'il est important de préciser, que l'on parle d'un régime de santé mentale provincial ou d'un autre régime.

En 1992, l'Ontario s'est donné pour cible les niveaux de financement de la Nouvelle-Zélande. On voulait qu'en 2003 la collectivité bénéficie de 60 p. 100 du financement. Nous sommes maintenant en 2005. Le financement est passé de 20 p. 100 à 40 p. 100. Combien de temps cela prendra-t-il pour qu'on atteigne notre objectif?

Pour vous donner un exemple, sur le terrain, le gouvernement fédéral se débrouille bien, même s'il s'agit d'un processus annuel, car la responsabilité et le financement des programmes d'emploi lui reviennent. Ici, le ministère de la Santé ne peut pas se permettre de financer les programmes d'emploi. Notre association, par exemple, a pu bénéficier d'environ 750 000 \$ par année, financement qui est destiné aux programmes d'emploi ciblant les personnes souffrant de troubles psychologiques qui ont du mal à se trouver ou à garder un emploi.

S'il est vrai que diverses administrations sont concernées, il faut tout de même s'assurer que le financement des programmes d'emploi soit disponible en même temps que les fonds consentis par le ministère de la Santé à la gestion des cas. L'approche utilisée est personnalisée, c'est-à-dire qu'il faut définir les besoins des collectivités puis déterminer quel rôle peuvent jouer les différents paliers de gouvernement.

Il y a autre chose d'intéressant. Pour ce qui est de l'emploi, nous bénéficions non seulement du financement fédéral mais également du POSPH. C'est une approche qu'on peut qualifier de multiministérielle. Par contre, le demandeur d'emploi ne sait pas que c'est le gouvernement fédéral qui le finance ni que c'est le POSPH qui finance le travailleur qui l'aide à trouver du travail. Le demandeur d'emploi sait tout simplement qu'il y a un travailleur qui l'aide à se trouver un emploi. C'est un bon modèle.

**Le sénateur Cordy :** Paul, j'aimerais qu'on parle de la prévention du suicide et des programmes. Comment faites-vous pour montrer aux gens comment identifier les personnes à risque? Existe-t-il des programmes, par exemple, dans les écoles où vous

about the incidence of suicide amongst men. How do you go about targeting a group?

I remember when sex education first started in the school system. The hew and cry from the community was that, if we taught kids about birth control, they would all go out and have sex. Do you find a similar attitude when you approach suicide prevention and suicide programming in schools?

**Dr. Links:** That is a very important point that is actually part of the goals and objectives of the national strategy. You have to do some gatekeeper education. People at the front lines need to be informed about who is at risk and then know what to do.

As an example, we are currently working with the Toronto Transit Commission to try to educate staff about identifying people who may be stressed and at risk, with the ultimate goal of increasing what they call "apprehensions," that is, taking people to hospital or to a care centre with the ultimate goal of reducing the risk of suicide on the subway.

All of this has to be carefully done because by just giving people the facts without telling them what to do and who to go to, will not necessarily have an impact. Certainly, gatekeeper education is part of an effective suicide prevention program.

**Senator Cordy:** Did you say the transit system?

**Dr. Links:** The Toronto Transit Commission. They have a problem with suicides on the transit system. The goal is to increase the education of all staff about what they can do to prevent it. It is a good example of how you can run gatekeeper education programs.

Perhaps I could echo what Steve is saying. In the area of suicide prevention, what we do know is what we should do, what the goals should be, and where we should take the lead. One thing that is missing that is in your report is leadership. I think federal leadership will have an impact in suicide prevention in that you can set targets, as other countries have done, in seeking a reduction in rates as one of the parameters to determine if your dollar is being spent well.

**Senator Trenholme Counsell:** This morning I have two questions. This is an excellent blueprint. I sometimes sit here and wonder if we are reinventing the wheel. However, your final comment that federal leadership will make a difference is what this committee is all about. You give us some hope that we are not duplicating too much.

First, what response have you had from the federal government, since we are representing the federal government, on this particularly excellent blueprint?

ciblez un groupe particulier? Vous avez mentionné l'incidence du suicide chez les hommes. Comment faire pour cibler un groupe précis?

Je me souviens quand on a commencé à enseigner l'éducation sexuelle. Ça a soulevé un véritable tollé et on disait que si on leur parlait de contraception à l'école, on inciterait les élèves à avoir des relations sexuelles. Est-ce que la prévention du suicide et les programmes sur le suicide dans les écoles ont suscité la même réaction?

**Le Dr Links :** Vous soulevez un aspect très important qui fait en réalité partie des objectifs de la stratégie nationale. Il faut qu'on ait une méthode de sensibilisation préventive. Les premiers intervenants doivent savoir qui est à risque et comment réagir.

Par exemple, nous collaborons actuellement avec la Toronto Transit Commission afin de permettre au personnel d'identifier les personnes stressées ou à risque dans le but d'augmenter le nombre de ce qu'on appelle les « arrestations » menant à la prise en charge des personnes concernées par les hôpitaux ou les centres de soins, faisant ainsi baisser le nombre potentiel de suicides dans le métro.

Il faut procéder prudemment parce qu'on ne peut pas vraiment espérer avoir un impact si, en plus de la sensibilisation, on n'explique pas clairement aux personnes concernées ce qu'il faut faire et vers qui il faut se tourner. Il est clair que la sensibilisation préventive fait partie de tout programme de prévention du suicide qui se veut efficace.

**Le sénateur Cordy :** Vous avez parlé du système de transport en commun?

**Le Dr Links :** Oui, la Toronto Transit Commission. Les suicides dans le métro, c'est un véritable problème. L'objectif, c'est de montrer au personnel ce qu'il peut faire pour le prévenir. C'est un bon exemple de programme de sensibilisation préventive.

Je répéterai ce qu'a dit Steve. Pour ce qui est de la prévention du suicide, nous sommes conscients de certaines choses : nous savons ce que nous devrions faire, quels devraient être les objectifs et dans quels secteurs nous devrions mener. Par contre, il y a un élément qui manque et qui est dans votre rapport, le leadership. Le leadership fédéral aurait un impact sur la prévention du suicide parce que le gouvernement pourrait établir des objectifs, comme d'autres pays l'ont fait, en matière de réduction des taux de suicide. On pourrait ensuite se servir de ce paramètre, parmi d'autres, afin de déterminer si l'argent est dépensé à bon escient.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'ai deux questions à vous poser ce matin. Ce plan est excellent. Parfois, je me demande si nous ne réinventons pas la roue. Votre dernière remarque sur le leadership fédéral qui fera toute la différence va au cœur du mandat de notre comité. Vous nous donnez l'espoir que nous ne faisons pas trop double emploi.

Premièrement, quelle réponse avez-vous eue du gouvernement fédéral, puisque c'est lui que nous représentons, au sujet de cet excellent plan?

Second, I wear the shoes of an old, family doctor and I have the strong feeling that, if we are ever going to get this right, and if we could redesign things all over again, whether the community health centre is the ideal thing.

For instance, in the city of St. John the kind of centre that is being developed brings together many different aspects of health care, rather than having mental health clinics and so on. I do recognize that mental health requires a great deal of special attention. I wonder whether we could bring so much together community by community, region by region by working with all of the health providers, the federal government providing leadership and, serve our people so much better than we are now.

One of the most challenging groups to bring into this concept is the family doctors, the physicians themselves. In an ideal world, would this make a huge difference if we could have that concept well-embedded community by community, region by region across this land?

**Dr. Links:** I will speak to the first point first. The blueprint has only been out since October, so we are still getting the message out. Where we have had response is from a number of communities who have gone through the document and say that they are working on this.

For example, a group that is related to CASP is working to set up a national crisis phone line so that there would be a 300 number throughout Canada. One of the objectives is to have something that would be easily accessible in all communities. We have heard about other initiatives.

In our province, the Association of General Hospitals with Psychiatric Services has recently started an initiative to look at preventing suicide within a general hospital setting where there are, of course, many people at high risk.

When we put the blueprint out, the groundwork was already done. The community in the suicide prevention field has a long tradition of working together. That is the message I want to convey. If we have leadership now, lots can happen.

**Mr. Milak:** On the topic of community health centres, VON's opinion would be, a resounding yes. We do believe that is a model that has great merit. That is not restricted to the community health centre, we also see a role for home care. Ontario has one of the highest levels of home care in the country but still, nursing has been rationed. A result of that is loss of early detection, particularly as it relates to the aged. The loss of school nurses means that the young are also not necessarily benefiting from the same level of early detection that we had traditionally.

**Mr. Lurie:** As Gordon just said, I do not think one size fits all. Community health centres have done a good job. In Ottawa there are one or more community health centres that have assertive community treatment teams. I know Carrie Hayward spoke to you about that the other day. It is a partnership within

Deuxièmement, je suis un vieux médecin de famille et je crois fermement que si nous avions la chance de recommencer à zéro, nous considérerions probablement que l'idéal, c'est le centre de santé communautaire.

Par exemple, à St. John, on est à mettre sur pied un centre qui rassemblera divers aspects des soins de santé plutôt que de créer des cliniques pour la santé mentale et ainsi de suite. Je reconnaiss que la santé mentale nécessite beaucoup d'attention spéciale. Je me demande toutefois si on ne pourrait pas rassembler les ressources des collectivités et des régions et, en collaboration avec tous les dispensateurs de soins de santé, sous l'égide du gouvernement fédéral, servir la population beaucoup mieux qu'à l'heure actuelle.

Il est particulièrement difficile d'amener les omnipraticiens, les médecins eux-mêmes, à embrasser ce concept. Est-ce que ce ne serait pas l'idéal que de mettre sur pied des centres de santé communautaire dans chaque collectivité, dans chaque région, à l'échelle du pays?

**Le Dr Links :** Je répondrai d'abord à votre première question. Ce plan n'a été rendu public qu'en octobre et nous nous occupons encore de le faire connaître. Certaines collectivités ont examiné le document et nous ont dit qu'elles travaillent à des initiatives de ce genre.

Ainsi, un groupe associé à l'ACPS travaille à mettre sur pied une ligne téléphonique nationale pour les personnes en crise qui auraient le même numéro 300 dans tout le pays. On vise à créer quelque chose qui serait facilement accessible partout. Nous avons aussi entendu parler d'autres initiatives.

Dans notre province, l'Association of General Hospitals with Psychiatric Services a récemment lancé un projet de prévention du suicide dans les hôpitaux généraux où on trouve, bien sûr, beaucoup de gens à risque.

Quand nous avons rendu public notre plan, le défrichage avait été fait. Dans le domaine de la prévention du suicide, on travaille en étroite collaboration depuis longtemps. C'est là le message que nous voulons transmettre. Si le leadership existe, on peut accomplir beaucoup.

**M. Milak :** Au sujet des centres de santé communautaire, notre organisme est convaincu que ce modèle a beaucoup de mérite. Et cela ne se limite pas aux centres de santé communautaire : Nous croyons aussi que les soins à domicile pourraient revêtir plus d'importance. En Ontario, on a un des plus hauts niveaux de soins à domicile au pays, mais les services infirmiers sont encore rationnés. La capacité de dépistage précoce s'en trouve minée, surtout auprès des personnes âgées. De même, parce qu'il n'y a plus d'infirmières dans les écoles, on n'est plus en mesure d'identifier très tôt les enfants qui ont besoin d'aide.

**M. Lurie :** Comme l'a dit Gordon, il n'y a pas de solution universelle. Les centres de santé communautaire font du bon travail. À Ottawa, il y a un ou deux centres de santé communautaire qui se composent d'équipes de traitement très dynamiques. Je sais que Carrie Hayward vous en a parlé l'autre

one organization. It is a specialized mental health service for people with serious mental illness as well as improved primary care.

There are many examples. The CMHA Windsor branch has been able to hire a nurse practitioner for their clients who have serious mental illness, and in one year, they have picked up 800 people. When I heard about that, I thought that we would like to do it in Toronto. However, we could not do it here because Windsor is identified by the Ministry of Health as an underserviced area, and Toronto is not. If we had said to the Ministry of Health, "Isn't mental health an underserviced area?" then we might have been able to qualify, but we could not.

There are also the shared care models that Nick Kates and colleagues have developed. I am hopeful that they will either make written or oral presentations to your committee. Twenty years of work has been done in the area of how to provide support to family physicians. Paul Links and I were at a meeting last spring where a network of GP psychotherapists working with psychiatrists around mental health issues has been formed.

There are lots of models. The conceptual frameworks I would leave you with are, to some degree, New Zealand and the U.K. They have got it right in terms of a planning framework.

From a population perspective, if you say that one in five Canadians or 20 per cent will have mental illness, but 17 per cent will have mild to moderate forms of mental illness, and since family physicians are the gatekeepers to mental health care in at least 50 per cent of the time, you could determine that the main access point will be through family physicians, community health centres, but you may want to have a shared care framework. You may want to have technical assistance provided to GPs as a formal program.

Helen Lester is a psychiatrist in Birmingham. She did an interesting review of access to care through GPs for people with mental disorder. She found was that the good news was, if you went to your GP, you could get rapid access to care. It was easily accessible. However, she also found that, for example, amongst GPs, because they had not had a lot of training in mental health, they had huge problems with stigma. Consumers reported that they would tell their GPs that they wanted to go to work and the GP would say, "You have got schizophrenia. You cannot work."

A lot of work needs to be done. We can use the primary health care reform initiative to knit the parts together in a more substantial way.

**Senator Keon:** Thank you for your truly thought-provoking presentations and the tremendous amount of information you have given to us that we, no doubt, will use.

jour. C'est un partenariat au sein d'une seule organisation. Ça permet d'offrir des services spécialisés à ceux qui souffrent de troubles mentaux graves et d'améliorer les soins primaires.

Il y a bien d'autres exemples. La section de Windsor de l'ACSM a pu recruter une infirmière praticienne pour ses clients souffrant de troubles mentaux graves et, en un an, a pu desservir 800 personnes. Quand j'ai entendu parler de ce projet, je me suis dit que j'aimerais en faire autant à Toronto. Toutefois, ce n'est pas possible car Toronto n'a pas été désignée comme région insuffisamment desservie par le ministère de la Santé comme l'a été Windsor. Si nous avions dit au ministère de la Santé que le domaine de la santé mentale était insuffisamment desservi, nous y aurions peut-être eu droit, mais ça n'a pas été possible.

Il y a aussi les modèles de soins partagés que Nick Kates et ses collègues ont mis au point. J'espère qu'ils présenteront des mémoires à votre comité ou y témoigneront. On a consacré 20 ans de travail à la question du soutien aux médecins de famille. Paul Links et moi avons assisté à une rencontre au printemps dernier où un réseau d'omnipraticiens et de psychothérapeutes collaborant avec des psychiatres a été formé autour des questions de santé mentale.

Il y a un grand nombre de modèles. Les cadres conceptuels que je signale à votre attention sont, dans une certaine mesure, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Au niveau de la planification, ces pays ne se sont pas trompés.

Dans une perspective démographique, si vous dites qu'un Canadien sur cinq ou 20 p. 100 de la population a une maladie mentale, mais que 17 p. 100 auront des formes douces à modérées de maladie mentale, et étant donné que les médecins de famille sont les portiers de la santé mentale dans au moins 50 p. 100 des cas, vous pourriez décider que le principal point d'accès sera le médecin de famille ou le centre de santé communautaire, mais vous voudrez peut-être un cadre de soins partagés. Vous voudrez peut-être une assistance technique qui sera fournie aux omnipraticiens dans le cadre d'un programme structuré.

Helen Lester est psychiatre et pratique à Birmingham. Elle a fait un examen intéressant de la question de l'accès aux soins pour les personnes éprouvant un trouble mental qui sont passées par les omnipraticiens. Elle a constaté que si l'on s'adressait à l'omnipraticien, on pouvait obtenir un accès rapide à des soins, ce qui est une bonne chose. Ces soins étaient aisément accessibles. Cependant, elle a également constaté que, par exemple, étant donné que les omnipraticiens n'ont pas une longue formation en santé mentale, ils avaient une forte tendance à la stigmatisation. Des patients ont rapporté qu'ils disaient à leur omnipraticien qu'ils voulaient retourner au travail, et l'omnipraticien leur répondait : « Vous êtes schizophrène. Vous ne pouvez pas travailler. »

Il y a beaucoup à faire de ce côté. Nous pouvons utiliser l'initiative de réforme des soins de santé primaires pour bâtir des ponts plus solides.

**Le sénateur Keon :** Merci pour ces exposés qui donnent amplement matière à réflexion et pour ces informations abondantes dont nous ferons notre profit sans aucun doute.

As you know, this is the first province we are visiting. We will visit all the provinces and territories, and then hopefully by December we will have a report out that will, in fact, be some sort of strategic plan for mental health. We are the only G8 country without such a plan. It will be a structural framework for tying together all of the services to which you have referred, Steve. It will be the “menu” that will make this possible.

To date we have heard that the missing link is the combination of community services, primary care, home care and emergency care at the community level. We are groping for a way to tie that together.

I am fairly familiar with the Ontario model because I have worked in the Ontario system as a practitioner and as a health administrator for 35 years. When you look at that model and at the organization chart of the Ministry of Health and so forth, it is truly a nightmare.

The LHINs are coming out and, in mental health, we have nine proposed areas. Those have not been implemented so far, but they are in the planning department, and those do not correspond to the LHINs. All the Ministry of Health silos are funding this, that and the other thing. The chances of getting resources in the way of personnel and cash flow and so forth down through the system to fill the holes and to complement what is there in the way of good resources at this point in time are not great.

Should mental health services be planned within the existing health system of Ontario? Much of it was outside, although it is gradually coming in. How can this network with social services and community services? I do not believe in this, but is there still a case for planning a mental health system that would network with the health system and with the social services system? I would like to hear from all three of you on that.

**Mr. Lurie:** I will start with a historic view. When we developed asylums in this country, we had a separation. Then the general hospital sector came on. In the 1960s and 1970s we saw the development of general hospital psychiatric units. Then, in the 1980s and 1990s, we saw the development of community mental health. Since then, we have been trying to figure out how you bring the system together.

The task forces to which you referred came up with different models but, interestingly enough, with the exception of the southwest, which went for a pure network model, the other the task forces said that we need something like a mental health authority such as the New Brunswick Mental Health Commission, which was very successful.

I think you will always need to knit mental health into the health care system. The discussion we have had about access to primary care for people with serious mental illness is a good example of that. It is also important to be able to organize the mental health system and the addictions system

Comme vous le savez, c'est la première province où nous allons. Nous allons visiter toutes les provinces et tous les territoires et nous espérons que, d'ici décembre, nous produirons un rapport qui constituera en fait une sorte de plan stratégique pour la santé mentale. Notre pays est le seul du G8 qui n'a pas un tel plan. Ce sera un cadre structurel qui unira tous les services que vous avez mentionnés, Steve. Ce sera le « menu » qui rendra cela possible.

Ce qu'on nous a dit jusqu'à ce jour, c'est que le chaînon manquant, c'est la combinaison de services communautaires, de soins primaires, de soins à domicile et de soins d'urgence au niveau communautaire. Nous tâchons de trouver un moyen d'unir tout cela.

Je connais assez bien le modèle de l'Ontario parce que j'ai travaillé dans le système ontarien comme praticien et administrateur de la santé pendant 35 ans. Quand on regarde ce modèle et l'organigramme du ministère de la Santé et le reste, c'est vraiment un cauchemar.

On s'apprête à créer les RLISS et, en santé mentale, on propose neuf régions. Elles n'ont pas encore été créées, mais on en est au niveau de la planification, et ces régions ne correspondent pas aux territoires des RLISS. Tous les silos du ministère de la Santé financent ceci et cela. On n'a pas grand-chance d'obtenir des ressources sous forme de personnel et d'argent pour combler les trous dans le système et compléter les bonnes ressources qu'on a déjà.

Les services de santé mentale devraient-ils être planifiés à l'intérieur du système de santé existant en Ontario? Une bonne part de cette planification se faisait à l'extérieur, mais on assiste à une intégration graduelle. Comment peut-on faire le pont avec les services sociaux et communautaires? Je n'y crois pas, mais y a-t-il encore lieu de planifier un système de santé mentale qui opérerait une jonction avec le système de santé et le système des services sociaux? J'aimerais avoir votre avis à tous trois sur cette question.

**M. Lurie :** Je vais commencer par une rétrospective historique. Lorsque nous avons ouvert nos asiles dans notre pays, il y avait séparation. Puis est arrivé le secteur hospitalier général. Dans les années 1960 et 1970, on a assisté à la création des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Puis, dans les années 1980 et 1990, on a vu émerger la notion de santé mentale communautaire. Depuis ce temps, nous essayons d'harmoniser le système.

Les groupes de travail que vous avez mentionnés ont proposé divers modèles, mais chose intéressante, à l'exception du sud-ouest, qui a épousé un pur modèle de réseau, les autres groupes de travail ont dit qu'il nous fallait une autorité de santé mentale quelconque, comme la Commission de santé mentale du Nouveau-Brunswick, qui connaissait beaucoup de succès.

Je pense qu'il faudra toujours insérer la santé mentale dans le système de santé général. La discussion que nous avons eue à propos de l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes atteintes de maladie mentale grave en est un bon exemple. Il faut aussi pouvoir organiser le système de santé mentale et le système

because they are not organized. As I said earlier, that can come from a community planning effort where specific objectives are set.

I want to give you a concrete example, because you could go either way on this. In Auckland — and I will have a chance to observe this first-hand in a few weeks — they have, as you know, a mental health plan that specifies what needs to be in place in Auckland. They have, in the words of their mental health administrator there, “a district health board that does not know much about mental health.” However, they have a coalition of 40 providers, consumers and family groups that come together every year to look at that national mental health plan, bring it down to the Auckland level and ask about where they should be investing their resources. They ask, “Are we getting the results we need?” Then they present a report to the district health board, which approves it.

**Senator Keon:** Steve, if I could interrupt you for a minute. I am reasonably familiar with the system there, and, in fact, I have a niece in that system. The point is that they have a unicameral government, a small population and a simple organizational chart.

When you are there, would you give some thought to how we with our federal-provincial mosaic could find a fit for that very neat chart that they have?

**Mr. Lurie:** Given the traditional division of powers, the provinces will have to have mental health plans with fixed objectives, funding targets, ring fencing. That is a key ingredient in this country.

If you could get them to agree that you will work on certain things together, and the federal government will cost share, that would be an improvement. In that framework — and Graham said this in 1988, Wilson and colleagues said it in 1999 and 2003 — you will still need regional and local plans to get the work done. Then the funding has to match up with the local and regional plans.

When you get to New Brunswick, you could ask them to reflect on how they have done in mental health care, bearing in mind their experience with the Mental Health Commission. That part of the country moved the fastest and in the most effective way. It is small, but they did have regional divisions in the commission. If they compare the experience with the commission to what they now have, where mental health services have been re-integrated into the department of health, will they tell you that this is better?

The other question is — and I have been struggling to get some data across the country — how does mental health do in a health authority environment here in this country? I remember having a discussion with Glen Rutherford who used to run the Saskatoon Mental Health Centre. About five years ago, he said to me, “I have the best 1950s mental health service that you could imagine.” I asked, “Why is that?” He responded, “Because every

de traitement des toxicomanies parce qu'ils ne sont pas organisés. Comme je l'ai dit plus tôt, cela peut venir d'un effort de planification communautaire où des objectifs précis auront été arrêtés.

Je tiens à vous donner un exemple concret parce qu'on peut aller dans un sens ou dans l'autre ici. À Auckland — et j'aurai la chance de voir tout cela de mes yeux dans quelques semaines — il existe, comme vous le savez, un plan de santé mentale qui précise les moyens qu'il faut mettre en place à Auckland. Comme l'a dit leur administrateur de la santé mentale là-bas, ils ont « un conseil de district de la santé qui ne connaît pas grand-chose à propos de la santé mentale ». Cependant, ils ont une coalition de 40 fournisseurs, consommateurs et groupes familiaux qui se réunissent chaque année pour étudier le plan de santé mentale, le situer au niveau d'Auckland et voir où ils doivent investir les ressources. Ils posent la question suivante : « Obtenons-nous les résultats qu'il nous faut? » Puis ils présentent un rapport au conseil de district de la santé, qui l'approuve.

**Le sénateur Keon :** Steve, permettez-moi de vous interrompre un instant. Je connais assez bien le système là-bas, et j'ai d'ailleurs une nièce qui est dans ce système. Le fait est que le gouvernement de ce pays est unicaméral, la population est peu nombreuse et l'organigramme est simple.

Quand vous serez là-bas, auriez-vous l'obligeance de réfléchir à la manière dont nous pourrions transplanter ce très joli tableau dans notre mosaïque fédérale-provinciale?

**M. Lurie :** Étant donné la séparation traditionnelle des pouvoirs, les provinces devront avoir des plans de santé mentale avec des objectifs fixes, des cibles de financement et des affectations de fonds irrévocables. C'est un élément essentiel dans notre pays.

Si vous pouviez les convaincre que vous allez travailler avec elles dans certains dossiers, et que le gouvernement fédéral va absorber sa part des coûts, ce serait une amélioration. Dans ce cadre — et Graham l'a dit en 1988, Wilson et ses collègues l'ont dit en 1999 et 2003 — il vous faudra quand même des plans régionaux et locaux pour faire le travail. Puis le financement doit correspondre aux plans locaux et régionaux.

Lorsque vous irez au Nouveau-Brunswick, vous pourriez leur demander de réfléchir à ce qu'ils ont fait en santé mentale, en vous appuyant sur l'expérience qu'ils ont acquise avec la Commission de la santé mentale. Cette région du pays est celle qui a agi le plus rapidement et le plus efficacement. C'est une petite commission comportant des divisions régionales. S'ils compareraient l'expérience qu'ils ont eue avec la Commission à ce qu'ils ont maintenant, où les services de santé mentale ont été réintégrés au ministère de la Santé, est-ce qu'ils vous diront que c'est mieux?

L'autre question est celle-ci, et j'ai eu du mal à obtenir des données partout au pays, comment se porte la santé mentale dans un contexte d'autorité de la santé dans notre pays? Je me rappelle en avoir discuté avec Glen Rutherford qui dirigeait le Centre de santé mentale de Saskatoon. Il m'a dit, il y a environ cinq ans : « J'ai le meilleur service de santé mentale des années 1950 que tu peux imaginer. » Je lui ai demandé : « Mais pourquoi? » Sa

time we came up with an innovative approach to move money and create community capacity in mental health, the money got scooped into physical health care."

You have a real dilemma. What you need to do is specify that each provincial government needs to have a mental health plan with fixed objectives, performance targets and a funding strategy. Whether it is within a health authority environment or a separate mental health authority environment, you would then have a track. Are we making progress? Is that menu of services in place, yes or no? Is there service quality, yes or no? How will we know this? You will know by both ongoing monitoring and funding research and evaluation. I do not think you can take a simple cookie-cutter approach.

Some would argue that mental health would get more air time if it were separated. Here in Ontario we are talking about probably \$1.5 billion to \$2 billion of annual expenditure. That is big enough to be a ministry.

When you are in British Columbia, it will be interesting to ask what their experience is with regard to having a ministry of state for mental health. Has it made a difference?

**Mr. Milak:** I would like to speak to that question from more of a rural Ontario standpoint.

I have just received the work from the LHINs that I will be situated in which runs from Lake Erie up into Owen Sound. It represents about a million people, only 350 of them are in the city of London, so the remaining population is less than 50 people per square kilometre.

When we are talking about resources across the continuum, whether it is primary health, mental health or even other community support services, I think that population base would be similar to that in many provinces in areas outside of the urban centres. Therefore, providing access, providing human resources and particularly specialty resources becomes an incredible challenge. With respect to family practitioners, it is an acute situation in those particular areas. Somebody being the gatekeeper to any of those services is particularly important.

It is also important that it be community-based. Obviously, there are unique situations. I agree with Steve that there has to be planning at multiple levels in order to be effective, but it does need to be integrated.

One of the programs that we provide is volunteer visiting. Quite simply, somebody will befriend an elderly person who is beginning to withdraw socially and, left unchecked, there will be health consequences and possibly early admission into a long-term care facility, unnecessarily. It is similar to the situation that the first panel discussed, that is, getting together once a month and dancing for a couple of hours. Mental health issues are the same. It is an integrated community. It is about living independently in your community for as long as possible, and that

réponse : « Parce que chaque fois que nous trouvons une approche innovatrice pour économiser de l'argent et créer des capacités communautaires en santé mentale, l'argent est aspiré par les soins de santé physique. »

C'est un vrai problème. Ce qu'il faut faire, c'est préciser ce dont chaque gouvernement provincial a besoin pour avoir un plan en santé mentale avec des objectifs fixes, des cibles de rendement et une stratégie de financement. Que l'on soit dans un contexte d'autorité de la santé ou un contexte où l'autorité de santé mentale est distincte, on aurait au moins un plan. Est-ce que nous faisons des progrès? Est-ce que ce menu de services est en place, oui ou non? Est-ce que le service est de qualité, oui ou non? Comment saurons-nous tout cela? On le saura en effectuant des contrôles suivis et en finançant la recherche et l'évaluation. Je ne crois pas qu'on puisse y aller simplement à la pièce.

Certains vous diront que la santé mentale ferait davantage parler d'elle si elle était séparée du reste. Ici en Ontario, on parle d'une dépense d'environ probablement 1,5 à 2 milliards de dollars. C'est assez d'argent pour en faire un ministère.

Quand vous serez en Colombie-Britannique, vous trouverez intéressant de leur demander quelle expérience ils ont vécue avec leur ministère d'État à la santé mentale. Ce ministère a-t-il changé des choses?

**Mr. Milak :** J'aimerais parler de cette question d'un point de vue plus proche de l'Ontario rurale.

Je viens d'apprendre que je serai situé dans le RLISS qui s'étend du lac Érié jusqu'à Owen Sound. Cela représente environ 1 million de personnes, dont seulement 350 sont dans la ville de London, si bien que le reste de la population fait moins de 50 personnes par kilomètre carré.

Quand on parle de ressources dans le continuum, qu'il s'agisse de santé primaire, de santé mentale ou même des autres services de soutien communautaire, je pense que la base démographique serait semblable à cela dans de nombreuses provinces dans les secteurs hors des centres urbains. Par conséquent, offrir un accès, offrir des ressources humaines et, en particulier, des ressources spécialisées devient incroyablement compliqué. Pour ce qui est des médecins de famille, c'est une situation grave dans ces régions. Il est particulièrement important que quelqu'un se fasse la porte d'accès à ces services.

Il est également important que ce service ait une base communautaire. De toute évidence, il y a des situations uniques. Je suis d'accord avec Steve pour dire qu'il faut planifier à des niveaux multiples afin d'être efficaces, mais il faut qu'il y ait intégration.

L'un de nos programmes est la visite de bénévoles. Tout simplement, vous vous liez d'amitié avec une personne âgée qui commence à se retirer socialement et qui, si elle est laissée à elle-même, risque de voir sa santé déteriorer et peut-être d'être admise plus tôt et inutilement dans une maison de soins de longue durée. Cela ressemble à la situation que mentionnait le premier groupe de témoins, c'est-à-dire se réunir une fois par mois et danser pendant quelques heures. Pour les problèmes de santé mentale, c'est la même chose. C'est une communauté intégrée. Il s'agit de

requires all of those inter-ministerial networks being created. If they are independent, they need to be joined at the hip. If they are put into a super ministry, then it needs to be very streamlined so that the bureaucracy does not consume the resources.

**Dr. Links:** My comments would echo Steve's. The point needs to be made that there has to be protected resources. Whether it is within or without, it has to be a package of resources that is protected from other initiatives. The point about having the evaluative outcomes is important, and that could certainly drive the field.

Just to reiterate, leadership is very important. When I was in a large university in the States they gave the example of the U.S. strategy. In this large university the mental health worker was the person who initiated primary prevention in suicide until the strategy came into place. Now that responsibility lies with the vice-president of student affairs. Leadership makes a difference.

**Senator Callbeck:** I just have one question which pertains to a point that Steve made in his brief regarding improving services for the mentally ill who are involved with the criminal justice system.

Bill C-10 is currently before the Senate. It proposes to amend the Criminal Code for those unfit to stand trial and those who are found not criminally responsible for criminal acts. I do not know whether you are familiar with the bill or not, but it gives some more tools to the Review Board to do their job, to the police, and it will allow changes to the way victim impact statements are treated. If you are familiar with this bill, I would like to have your comments.

**Mr. Lurie:** I am familiar with a number of bills. Colleagues from CAMH appeared before the Commons Justice Committee, and if that is the bill that the committee was studying, then I am somewhat familiar with it.

When you address the issue of involvement with the criminal justice system, I would say that, since the 1992 Criminal Code amendments, we have seen what some would call an expansion of the forensic system. That is interesting because Ontario has a document that says if unchecked, all the beds in our psychiatric hospitals would become forensic psychiatric beds in a period of five years.

Ironically, here in Toronto where the mental health program has about 220 people under its jurisdiction, that is, people who have committed a criminal offence, 50 per cent of the offences do not involve injury to a third party. Then I look at who is going through the criminal justice system here in Toronto. According to our court support data, we know that, every year, 2,300 people with mental health issues are involved in the criminal justice system. The offences range from a simple offence of, say, cause disturbance, all the way up to murder. They all do not end up in the forensic system but they all have a need for mental health care.

vivre indépendamment dans son milieu le plus longtemps possible, et cela nécessite la création de tous ces réseaux interministériels. Si ceux-ci sont indépendants, il faut les souder. S'ils sont regroupés dans un super ministère, il faut alors qu'ils soient très rationalisés de telle sorte que la bureaucratie ne consomme pas toutes les ressources.

**Le Dr Links :** Je suis d'accord avec Steve. Il faut comprendre qu'il doit y avoir des ressources protégées. Qu'on soit dans le système ou en dehors, il faut un ensemble de ressources qui restera à l'abri des autres initiatives. Ce qu'on a dit à propos des résultats d'évaluation est important, et cela pourrait certainement être le déclencheur.

Je le répète, le leadership est très important. Quand j'étais dans une grande université des États-Unis, on donnait l'exemple de la stratégie américaine. Dans cette grande université, le travailleur en santé mentale était la personne qui avait lancé la prévention primaire en matière de suicide avant même que la stratégie soit mise en place. Cette responsabilité appartient maintenant au vice-président aux affaires étudiantes. Le leadership fait toute la différence.

**Le sénateur Callbeck :** Je n'ai qu'une question qui rejoint ce que Steve a dit dans son exposé à propos de l'amélioration des services pour les malades mentaux qui se retrouvent dans le système de justice pénale.

Le projet de loi C-10 est actuellement étudié par le Sénat. Il propose de modifier le Code criminel pour les personnes inaptes à subir un procès et celles qui ne peuvent être jugées criminellement responsables pour des actes criminels. J'ignore si vous connaissez ce projet de loi, mais il donne des outils supplémentaires à la commission de révision, à la police pour faire son travail et il permettra de modifier la manière dont sont traitées les déclarations de victimes. J'aimerais que vous me disiez ce que vous pensez de ce projet de loi, si vous le connaissez.

**M. Lurie :** Je connais un certain nombre de projets de loi. Des collègues du CTSM ont comparu devant le Comité de la justice des Communes et si c'est le projet de loi que ce comité étudiait, je le connais un peu.

Dans le contexte de l'appareil de la justice pénale, je dirais que depuis les modifications apportées au Code criminel en 1992, il y a ce que certains appellent une extension du champ de l'appareil légal. C'est intéressant parce que selon un document publié par l'Ontario, si on n'y met pas bonne mesure, tous les lits de nos hôpitaux psychiatriques risquent de devenir d'ici cinq ans des lits de psychiatrie légale.

Le comble, c'est qu'ici à Toronto, où le programme de santé mentale regroupe environ 220 personnes, c'est-à-dire des personnes qui ont commis un délit criminel, 50 p. 100 des délits n'impliquent pas de lésions aux droits d'autrui. Prenons maintenant la situation dans le système de justice pénale ici à Toronto. Nos données nous apprennent que chaque année 2 300 personnes souffrant de problèmes mentaux passent par le système de justice pénale. Les délits vont du simple délit de, disons, troubles de l'ordre public jusqu'au meurtre. Ils ne se retrouvent pas tous dans le système légal, mais ils ont tous besoin de soins de santé mentale.

We did a study in this regard, and I can send it to if you would wish. We reviewed the court support services in the five courts here and determined that something like 40 per cent of all the clients moving through the system were having fitness assessments. Luckily, because of the court support program and on-site psychiatrists, those can be done in the cells as opposed to having to send people away for five to 30 days to 60 days to a psychiatric hospital.

We found that 70 per cent of the clients were coming back to court declared fit, not unfit. That tells you something. It tells you that the judges saw these mentally ill folks in front of them and did not know how to get them into care. Fitness was not an issue when it was assessed. I think the big challenge is access to psychiatric services and treatment. In fact, we have been stepping backwards in this province because the Ministry of the Attorney General is now saying that they will only fund assessments under the Criminal Code in the court support programs. That means that our agency has had to dip into our own pockets to fund general psychiatric assessments in a partnership arrangement we have with the Scarborough hospital so that clients going through the courts can get bail.

Some of this it is not a question of fitness. It is a question of access to mental health care. My colleague from CAMH, Dr. Howard Barbaree, who runs their law and mental health program, prepared a report for our Mental Health and Justice Committee some years ago, the in-custody report. That subcommittee identified that it should not matter where you are, you need decent access to mental health care. If you are in the correctional system and you need to see a psychiatrist, you should be able to see one.

In Toronto, 50 per cent of the beds in the special needs units in our jails are occupied by people with serious mental illness, and they are not set up to provide that kind of service. It is a huge issue. That is why one of my recommendations is that there is a role for the federal government to work with the provinces and territories on what models would make a difference. It is not just all about that small forensic population that has grown; it is about the thousands of people who get into trouble with the law and have a mental health problem and need some support.

**Senator Cochrane:** Steve, you mentioned that there is \$750,000 of funding from the federal government allocated towards finding employment for our recipients. To me, that is an awful small figure because, if you take \$750, you should consider what a savings that means to our hospitals, our health care, our drugs and everything else. That is peanuts. This is just to try to provide our people with employment or part-time employment.

Could Gordon shed some light on your new system of front-line coordination in London. I am sure it will be successful when it is continued on through to Toronto. Will you have somebody there to answer questions from immigrants? In Toronto we found

Nous avons fait une étude sur cette question et je peux vous la faire parvenir si vous le souhaitez. Les rapports des services de soutien des cinq tribunaux de Toronto nous apprennent que près de 40 p. 100 des clients font l'objet d'évaluations d'aptitude. Heureusement, grâce au programme de soutien des tribunaux et à la présence sur place de psychiatres, ces évaluations peuvent être faites dans les cellules sans avoir besoin d'envoyer les intéressés séjourner pendant cinq à 30 jours, voire 60 jours, dans un hôpital psychiatrique.

Nous avons constaté que 70 p. 100 des intéressés finissaient par être déclarés aptes et étaient renvoyés devant le tribunal. C'est significatif. Cela veut dire que présenter à des juges des gens soi-disant mentalement malade sans évaluation préalable ne pose pas de problème. Pour moi le gros problème c'est l'accès aux services psychiatriques et au traitement. En fait, la situation régresse dans notre province car, selon le ministère du Procureur général, désormais ne seront financées que les évaluations pour des faits relevant du Code criminel dans le cadre des programmes de soutien aux tribunaux. Cela signifie que notre agence a dû payer de sa poche les simples évaluations psychiatriques grâce à une entente de partenariat avec l'hôpital de Scarborough qui permet aux prévenus d'être libérés sous caution.

Ce n'est pas une simple question d'aptitude. C'est une question d'accès aux soins de santé mentale. Mon collègue du CTS, le Dr Howard Barbaree, qui est responsable du programme concernant la santé mentale et le droit, a préparé un rapport interne il y a quelques années pour notre Comité de la justice et de la santé mentale. Selon ce sous-comité, peu importe le système dans lequel se trouve le prévenu, il lui faut un accès décent aux soins de santé mentale. S'il est dans le circuit correctionnel et qu'il a besoin de voir un psychiatre, il devrait pouvoir en voir un.

À Toronto, 50 p. 100 des lits dans les unités de besoins spéciaux de nos prisons sont occupés par des gens qui souffrent de maladie mentale grave et elles ne peuvent assurer ce genre de service. C'est un énorme problème. C'est la raison pour laquelle j'estime que le fédéral a un rôle à jouer et je recommande qu'il examine avec les provinces et les territoires les modèles qui pourraient faire changer les choses. Pas pour pallier cette petite augmentation des cas qui relèvent de la médecine légale, mais pour les milliers qui ont des problèmes avec la loi causés par un problème de santé mentale et qui ont besoin d'aide.

**Le sénateur Cochrane :** Steve, vous avez dit que le gouvernement fédéral finançait la recherche d'emploi pour nos bénéficiaires à hauteur de 750 000 \$. À mon avis, c'est très peu, parce que si l'on prend 750 \$ il faut quand même tenir compte des économies que cela suppose pour nos hôpitaux, notre système de soins de la santé, nos médicaments et tout le reste. C'est une bagatelle. On essaie simplement de trouver de l'emploi ou de l'emploi à temps partiel pour nos gens.

Gordon pourrait-il nous éclairer sur votre nouveau système de coordination au niveau de la ligne de feu à London. Je suis sûre que ce sera aussi un succès lorsqu'on s'en servira à Toronto. Y aura-t-il quelqu'un là pour répondre aux questions des

out this morning that 55 per cent of the recipients are immigrants. That number appalls me. They are not taken care of. They do not have a voice.

Steve, you talked about your successful home project. The Dream Team made a wonderful presentation, and I supported them. They have a great organization. Are they part of your successful team in housing?

**Mr. Lurie:** Let me tell you a story about how The Dream Team became established. As you know, they are consumer and family leaders in our community, and we are really fortunate to have them. There was an organization called Boards for Mental Health — they may have mentioned this in their presentation to you — that had been meeting for years trying to bring all the housing and mental health providers together at the governance level. They would let the senior staff attend occasionally. The group was trying to figure out what it should be doing because it was running into problems with provincial funding that it could not seem to resolve. Of course, there were the NIMBY problems that they spoke to you about.

Linda Chamberlain was listening to this discussion and I made the mistake of saying, "I think we are struggling. Maybe we should try to think about what we might do, and only meet when we have an idea." Linda said, "What are you talking about?" She told her story in the room just as you heard it. That is when a number of us said, "My goodness. That is what you need. You need people who put a face on mental illness and who can show that there is hope at the other end. They can talk about the key ingredients — hope, a job and a friend. Raymond Chung spoke to you about those things, which are clearly an ingredient to a successful housing strategy. They are the product of supportive housing funding being available. They are a product of those 2,000 units that were brought on stream over the last 20 years, but we cannot wait for another 20 years for more units.

As to the immigrant issue, DART, the registry of addiction treatment that currently exists in London has access to an instant interpreter service. The front line can speak 70 or 80 languages. If people called in to say that they needed a mental health service, and they do not speak English, the operators can transit the caller to somebody who does speak the language of the caller. At that front end that is critical. Technology exists to do that.

For clarification, because this is a parliamentary committee, the \$750,000 I referred to was our agency's funding. Ours is only one agency in Toronto. It is a combination of federal HRDC money and ODSP money. I would imagine that, across the country, a lot more is being spent. However, I would make the comment that we have to reapply for this funding every single year. This is ridiculous. It is not as if people do not need a job next

immigrants? À Toronto, nous avons découvert ce matin que 55 p. 100 des bénéficiaires sont des immigrants. Ce chiffre m'affole. On ne prend pas soin d'eux. Ils n'ont pas de voix.

Steve, vous nous avez parlé du succès de votre projet sur le logement. La Dream Team a fait une excellente présentation et je les ai appuyés. C'est toute une organisation. Ces gens-là font-ils partie de votre équipe sur le logement?

**M. Lurie :** Je vais vous dire comment la Dream Team a été fondée. Comme vous le savez, ce sont des chefs de file au niveau de la consommation et de la famille dans notre communauté et nous sommes vraiment chanceux de pouvoir compter sur eux. Il y avait une organisation qui s'appelait Boards for Mental Health — ils vous en ont peut-être touché un mot lors de leur présentation — qui se réunissait depuis des années pour essayer de regrouper tous les fournisseurs de logements et de soins de santé mentale au niveau de la gouvernance. À l'occasion, on permettait aux cadres supérieurs de participer aux réunions. Ce groupe essayait de savoir ce qu'il fallait faire parce qu'il connaissait des problèmes au niveau du financement provincial, problèmes qui semblaient insolubles. Évidemment, il y avait ce phénomène du « pas dans ma cour » dont ils vous ont parlé.

Linda Chamberlain écoutait ce qui se disait et j'ai fait l'erreur de dire : « je crois que nous donnons des coups d'épée dans l'eau. Peut-être devrions-nous penser à ce que nous pourrions faire et ne nous rencontrer que lorsque nous aurons une idée ». Linda a dit : « De quoi parlez-vous? » Elle a raconté son histoire à l'assemblée exactement comme elle vient de le faire pour vous. C'est alors qu'un certain nombre d'entre nous ont dit : « Mon Dieu! Voilà ce qu'il vous faut. Vous avez besoin de gens pour donner un visage à la maladie mentale et qui pourront faire voir qu'il y a une lumière au bout du tunnel. Ils pourront nous parler des clés du problème : l'espoir, du travail et un ami. Raymond Chung vous a parlé de toutes ces choses qui, clairement, sont un des ingrédients du succès au niveau d'une stratégie du logement. Ces choses découlent de la disponibilité de fonds versés en appui au logement. C'est le résultat des 2 000 unités créées pendant les 20 dernières années, mais nous ne pouvons pas attendre encore 20 ans avant d'en avoir d'autres.

Quant à la question des immigrants, DART, le répertoire des traitements en matière de drogue et d'alcool qui existe à London, jouit d'un accès immédiat à des services d'interprétation. Les gens sur la ligne de feu s'expriment en 70 ou 80 langues. Si les gens appellent et demandent un service d'aide en santé mentale et qu'ils ne parlent pas anglais, les standardistes peuvent renvoyer l'appel à quelqu'un qui parle la langue du client. Sur la ligne de feu, c'est un facteur critique. On a la technologie qu'il faut pour le faire.

Par souci de précision, parce qu'il s'agit d'un comité parlementaire, le montant de 750 000 \$ dont j'ai parlé constitue le financement de notre agence. Ces fonds proviennent de DRHC et du POSPH. Je crois bien qu'il doit se dépenser pas mal plus d'argent à la grandeur du pays. Cependant, j'aimerais souligner que nous devons renouveler la demande pour ces fonds chaque année. C'est ridicule. Ce n'est pas comme si les gens n'avaient pas

year and the year after. Perhaps they could take a page from the provincial government and create a core funding program for employment supports.

**Senator Cochrane:** One of the girls was worried about that.

**The Chairman:** Thank you all for coming. Your presentations were excellent.

I would ask the members of the final panel to come forward, please.

We have in our final panel, three presenters, Dr. Paul Garfinkel, CEO of CAMH, who is today representing the Working Committee on Mental Health of the Ontario Hospital Association; Ms. Florence Budden, President Elect of the Schizophrenia Society; and Dr. Nick Kates, Chair of the Canadian Collaborative Mental Health Initiative.

Our staff, Nick, has spent considerable time with Scott Dudgeon, your executive director, so we are quite familiar with what you are doing.

Thank you all for coming. Please make your presentations and leave us lots of time for questions.

**Dr. Nick Kates, Chair, Canadian Collaborative Mental Health Initiative:** The CCMHI represents a consortium of 12 national organizations representing family physicians, psychiatrists, nurses, social workers, occupational therapists, psychologists, consumer groups, advocacy groups and family groups with a goal of integrating mental health and primary care sectors leading to better access and outcomes for Canadians with mental health problems. On behalf of the consortium, we very much appreciate the opportunity to be able to present to you today.

We believe that primary care is a most appropriate setting for the delivery of many of the mental health services that Canadians require, and it is something that they should expect from their primary care services, whether those services be illness prevention, early detection treatment, rehabilitation or recovery. The question is how do we bring this about?

Your report acknowledged the contribution that shared care, collaboration between psychiatrists and family physicians, has made over the last 10 years. Our initiative builds on that base, but it recognizes the importance of enlarging the collaboration to include a wide variety of mental health providers, consumers and family members in the partnerships, and we see as a major motivation for our initiative that effective collaboration will build linkages between different parts of the system and move us towards one of your primary goals which is every consumer having access to the full continuum of supports and services, delivered in a seamless fashion.

We think our report comes at a most opportune time. Primary care reform across the country is looking at a reorganization based around ultimate models of funding, the

besoin d'un emploi d'une année à l'autre. Peut-être pourraient-ils s'inspirer du gouvernement provincial et fournir un programme de financement de base pour les soutiens à l'emploi.

**Le sénateur Cochrane :** Une des filles s'inquiétait de cela.

**Le président :** Merci à tous d'être venus et merci pour vos excellentes présentations.

Je prie les membres du dernier groupe d'experts de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Il y a donc trois intervenants, le Dr Paul Garfinkel, le directeur du CTSM qui représente aujourd'hui le Comité de travail sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux de l'Ontario; Mme Florence Budden, présidente élue de la Société canadienne de schizophrénie; et le Dr Nick Kates, président de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.

Nick, notre personnel a passé pas mal de temps avec Scott Dudgeon, votre directeur exécutif, et nous avons une assez bonne idée de ce que vous faites.

Merci, madame et messieurs, d'être venus. Nous allons écouter vos présentations et nous aimerions avoir beaucoup de temps pour poser nos questions.

**Le Dr Nick Kates, président, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale :** L'ICCSM est un consortium de 12 organismes nationaux qui représentent les médecins de famille, psychiatres, infirmiers et infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues, groupes de consommateurs, groupes de revendication et groupes familiaux dont le but est l'intégration des soins de santé mentale et des soins de première ligne afin d'améliorer l'accès et les résultats pour les Canadiens qui ont des problèmes de santé mentale. Au nom de ce consortium, nous vous remercions de l'occasion que vous nous donnez de comparaître devant vous.

Nous croyons que le niveau des soins de première ligne est la meilleure façon de dispenser bon nombre des services en santé mentale dont ont besoin les Canadiens, qu'il s'agisse de soins préventifs, de détection précoce, de réadaptation ou de rétablissement. La question est de savoir comment nous y prendre pour en arriver là?

Dans votre rapport, vous reconnaissiez les résultats obtenus pendant les 10 dernières années grâce à la collaboration entre les psychiatres et les médecins de famille. Notre initiative se sert de cela comme base, mais on reconnaît l'importance d'élargir le cadre de collaboration afin d'y inclure une vaste gamme de fournisseurs de services de santé mentale, de consommateurs et de membres de la famille dans ces partenariats, et un important facteur de motivation au niveau de notre initiative c'est qu'une collaboration efficace servira à construire des liens entre les diverses parties du système, ce qui nous aidera à atteindre un de nos buts principaux qui est que chaque consommateur aura accès à la pleine panoplie de services et du soutien nécessaire, le tout livré de façon continue.

À notre avis, notre rapport tombe à point nommé. La réforme au niveau des soins de première ligne au pays envisage une réorganisation fondée sur des modèles regroupant le financement,

integration of specialized services, chronic disease management models, comprehensive care, and based upon teamwork and collaboration between partners. We see tremendous opportunities at this point in time for moving ahead with the integration of mental health in primary care.

We know from the evidence that there are a number of benefits to this kind of integration. The first is that it can increase access to mental health services for a large number of individuals who otherwise would not reach services. We know that 72 per cent of individuals with a mental health problem receive no mental health care over the course of a year, but 80 per cent of these individuals visit their family physicians.

We also know that a number of groups traditionally underutilize mental health services such as ethnocultural groups, the elderly, children, individuals with addiction problems, individuals who are homeless or socially disadvantaged, individuals living in rural communities, all of whom we have a much better opportunity to reach if we can bring our services to where the problems are rather than expecting these people to come to our services which may be neither culturally nor even clinically the most appropriate places.

We know that integrating services in primary care can address depression, anxiety which often accompany chronic medical problems, and we know that not treating these problems leads to increased health costs and poorer outcomes. We know that, if we can integrate mental health and primary care, the capacity of primary care to manage problems will be greatly expanded. Primary care providers are willing to take on a broader range of problems because they know support is available and, if mental health is included in primary care, then the mental health system increases its capacity because we will be able to reach a larger number of individuals.

We believe that these approaches have the opportunity to be much more responsive to the needs of consumers. We have heard from our program in Hamilton and from many other programs, that consumers like this model. It is more accessible. It is more culturally supportive, and it significantly reduces the stigma of being seen in a mental health system.

We also think this approach addresses some of the specific issues raised in your third report. First, it opens up opportunities for early detection. Many individuals will present at a very early stage in the development of a problem in primary care. If we can increase the skills of primary care providers to identify these problems at the earliest possible stage, and we have access, convenient access to mental health services to intervene and initiate treatment, we can see many long-term benefits. This is probably one of the most effective ways that early detection will happen.

l'intégration de services spécialisés, des modèles de gestion de maladies chroniques, de soins de santé intégrés, le tout fondé sur le travail en équipe et la collaboration entre partenaires. Nous voyons ici une occasion formidable pour promouvoir l'intégration de la santé mentale au niveau des soins de première ligne.

D'après nos constats, nous savons que ce genre d'intégration offre un certain nombre d'avantages. Tout d'abord, on augmente ainsi l'accès aux services de santé mentale pour un grand nombre de personnes qui, autrement, n'y auraient pas accès. Nous savons que 72 p. 100 des personnes souffrant d'un problème de santé mentale ne reçoivent pas de soins pendant au moins un an, mais que 80 p. 100 de ces personnes se rendent quand même chez leur médecin de famille.

Nous savons aussi qu'un certain nombre de groupes, traditionnellement, sous-utilisent les services de santé mentale : groupes ethnoculturels, les aînés, les enfants, les personnes souffrant de problèmes d'accoutumance, les sans-abri ou les défavorisés sur le plan social, ceux qui vivent en milieu rural. Nous aurons beaucoup plus de chances de joindre ces gens-là si nous pouvons offrir nos services là où se trouvent les problèmes plutôt que de nous attendre à ce que ces personnes se déplacent vers nous, chose qui, sur le plan clinique ou culturel, n'est peut-être pas la meilleure chose à faire.

Nous savons que l'intégration des services au niveau des services de première ligne peut permettre de déceler les problèmes de dépression ou d'anxiété qui vont souvent de pair avec les problèmes médicaux chroniques, et nous savons que si ces problèmes ne sont pas traités à temps, il en coûtera plus cher au réseau de la santé et les résultats seront moins bons. Nous savons que si nous pouvons intégrer santé mentale et soins de première ligne, les fournisseurs de ces soins seront beaucoup mieux en mesure de gérer ces problèmes. Les soignants de premier recours sont prêts à traiter d'une gamme de problèmes plus vaste s'ils savent que les services de soutien sont disponibles et si l'on inclut la santé mentale au niveau des soins de première ligne, alors le système de santé mentale verra augmenter sa capacité parce que nous pourrons rejoindre un plus grand nombre d'individus.

Nous croyons que ces façons de faire rendront de bien meilleurs services aux consommateurs. D'après les résultats de notre programme à Hamilton et d'autres programmes ailleurs, les consommateurs aiment ce modèle. Il est plus accessible. Culturellement, il est plus porteur et le stigmate de la participation au système de santé mentale s'en trouve sensiblement diminué.

Nous croyons aussi que cette approche tient compte de certaines des questions précises soulevées dans votre troisième rapport. Tout d'abord, il y a la détection précoce. Beaucoup d'individus se présentent aux soignants de première ligne à un stade précoce du problème dont ils souffrent. Si nous pouvons mieux former les soignants de première ligne afin qu'ils puissent identifier ces problèmes au stade précoce et que nous avons facilement accès aux services de santé mentale afin d'intervenir et de commencer le traitement, nous en tirerons beaucoup d'avantages à long terme. C'est probablement une des façons les plus efficaces d'encourager la détection précoce.

Second, we think it will allow existing resources to be used more efficiently. Mental health specialists are functioning increasingly but not exclusively as consultants, supporting primary care providers as well as offering a range of other services. It offers unique opportunities for monitoring the progress of individuals who have been treated in order to prevent relapse, or for secondary prevention, particularly in places where there are electronic health records where, at the push of a button, you can identify a group of people who may have a particular problem with, say, being on a particular medication or at risk for a particular event.

In Hamilton we have been able to adapt this model to the workplace. We are considering the same kind of collaboration as a way of working with one of Hamilton's largest employers to bring mental health services to workers.

You raised a number of specific questions in your report related to primary care. We would like to briefly respond to those questions. You asked: What needs to be done to improve mental health at the primary care level?

We would suggest that there needs to be a comprehensive strategy of which a number of the pieces are already underway through our initiative. We believe there needs to be an analysis of the strengths of successful programs, the barriers to integration and how to overcome these. We believe there needs to be the development of specific resources to assist people wanting to set up new programs. There needs to be a training strategy so that the next generation of providers coming into practice will be more comfortable working collaboratively and will understand the principles of collaboration. We see the need for establishing pilot projects which will demonstrate how these models work, and we see the importance of evaluation of all new projects, preferably developing common outcome measures that can be used across the country. We see the benefits of creating a charter that will commit all partners in our consortium to working collaboratively to integrate mental health services and primary care. This is something that we are moving ahead on as we talk. We see the need for new funding strategies, funding strategies that provide alternatives to fee for service, funding strategies that involve changes in billing tariffs to support indirect service, telephone consultation, and funding strategies that will create new funding to bring services into primary care.

Finally, we see the importance of considering ways in which we can incorporate primary health care into mental health services. Many individuals with serious mental illnesses receive very poor primary health care or do not have a family physician. There are few examples of programs where public health nurses, nurse practitioners and family physicians are working with mental health programs, and we believe that this would be an important direction to follow.

Deuxièmement, nous croyons que ce modèle permettra une utilisation plus efficace des ressources. Les spécialistes en santé mentale travaillent de plus en plus, mais pas exclusivement, à titre de consultants, accordant leur appui aux soignants de première ligne et offrant aussi une gamme d'autres services. Ce modèle permet de suivre les progrès de ces individus qui ont subi un traitement afin d'empêcher la rechute ou faciliter la prévention secondaire, surtout lorsqu'il existe des dossiers électroniques de santé qui, sur simple pression d'un bouton, permettent d'identifier un groupe de personnes qui pourraient avoir un problème précis, par exemple, à cause d'un médicament précis ou d'un événement spécifique.

À Hamilton, nous avons réussi à adapter ce modèle en milieu de travail. Nous étudions la possibilité d'offrir ce même genre de collaboration à un des plus gros employeurs de Hamilton afin de pouvoir offrir des services de santé mentale aux travailleurs.

Vous avez soulevé un certain nombre de questions précises dans votre rapport à propos des soins de première ligne. Nous y répondrons brièvement. Vous avez demandé : que faut-il faire pour améliorer la santé mentale au niveau des soins de première ligne?

À notre avis, il faut une stratégie globale dont un certain nombre d'éléments existent déjà grâce à notre initiative. Nous croyons qu'il faut analyser les forces des programmes qui ont connu du succès, les obstacles à l'intégration et comment les surmonter. Nous croyons qu'il faut développer des ressources précises pour aider ceux qui veulent mettre sur pied de nouveaux programmes. Il faut une stratégie de formation qui permettra à la prochaine génération de soignants de se sentir plus à l'aise pour travailler en collaboration et qui comprendront les principes de la collaboration. Il faut établir des projets pilotes qui nous montreront comment ces modèles fonctionnent et il est important d'évaluer tous les nouveaux projets, de préférence en adoptant des façons communes de mesurer les résultats qui pourront servir partout au pays. Il serait bon d'avoir une charte engageant tous les partenaires du consortium à travailler en collaboration afin d'intégrer les services de santé mentale et les soins de première ligne. Nous y travaillons déjà, d'ailleurs. Il faut de nouvelles stratégies de financement, des stratégies de financement qui offrent un choix autre que la rémunération à l'acte, des stratégies de financement qui signifient une modification au système de facturation pour pouvoir facturer les services indirects, les consultations téléphoniques, ainsi que des stratégies de financement qui créeront une augmentation de financement pour permettre l'intégration des services au niveau des services de première ligne.

Enfin, il est important d'étudier comment nous pouvons intégrer les services de première ligne dans les services de santé mentale. Beaucoup d'individus souffrant d'une grave maladie mentale disposent de très peu de services au niveau des soins de première ligne ou n'ont pas de médecin de famille. Il y a peu d'exemples de programmes où les infirmières de la santé publique, les infirmières praticiennes et les médecins de famille travaillent de concert au niveau de programmes de santé mentale et nous croyons que ce serait une piste de solution à suivre.

As I mentioned, the Canadian Collaborative Mental Health Initiative is moving ahead on a number of the issues that we have already identified. We would also like to address briefly a couple of the other questions you raised in your report.

You asked whether psychiatrists should be consultants or members of teams. We see psychiatrists and other mental health specialists as integral members of clinical teams in primary care, even though they may be in the practice for a limited time.

You asked about the kinds of specialized services that can be incorporated in primary care. We feel that a comprehensive range of services can be included. These would include early detection, health promotion and prevention, consultation, treatment, monitoring, and even some rehabilitation services, but we would stress the need to see mental health and primary care systems as complementary. One will not replace the other. What we need to look at in future research is which problems can be best handled in which sector, and which populations can best have their needs met where, and then make sure the flow between the systems allows people to move to where they need to be with a minimum number of impediments.

We also see the need for a broad range of mental health providers in primary care. We also see the benefits of pharmacists, dieticians, care navigators, peer support programs, as well as the greater involvement of consumers and family members. We believe in a model of client-centred care. We think that primary care is in a unique position to be able to do this. Our concept of client-centred care includes the development of collaborative care plans, seeing the consumer as an active partner in treatment, the development of peer support mechanisms, and involving consumers in all aspects of planning, delivering and evaluating mental health services in primary care.

There are a number of barriers. Attitudinal barriers may be the hardest to overcome. There are also time constraints and funding barriers, but we believe that solutions to all of these problems can be developed.

You ask about funding and the cost of these kinds of initiatives. Each project will develop according to the resources that it has available. If you have fewer resources, then you adjust the kinds of services that you are able to deliver, but you focus on those that you think are the most important. If you have larger resources, then you can deliver a broader range of services. There needs to be flexibility. However, our project and others have worked out specific formulas for the amount of nurse or social work time, the amount of dietician time, and the amount of psychiatrist time to develop effective models of collaborative care.

Comme je l'ai dit, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale va de l'avant au niveau de certaines des questions que nous avons déjà soulevées. Nous voulons aussi dire quelques mots à propos des autres questions que vous avez soulevées dans votre rapport.

Vous avez demandé si les psychiatres devraient être des consultants ou membres d'équipes. Pour nous, les psychiatres et autres spécialistes de la santé mentale font partie intégrante des équipes cliniques de soins primaires, même s'ils exercent pendant une période limitée.

Vous avez demandé quel genre de services spécialisés peuvent être incorporés aux soins primaires. Nous estimons qu'un éventail complet de services peut être inclus. Cela comprend la détection précoce, la prévention et la promotion de la santé, les consultations, le traitement, le suivi et même certains services de réadaptation, mais nous insistons sur le fait qu'il faut voir comme complémentaires les systèmes de santé mentale et de soins primaires. L'un ne remplacera pas l'autre. Dans les travaux de recherche futurs, il faut voir quels problèmes sont le mieux traités par chaque secteur et quelles populations peuvent être le mieux servies par qui, puis s'assurer que le mouvement entre les systèmes permet aux malades d'aller là où il le faut avec le moins d'obstacles possible.

Nous voyons aussi la nécessité d'un vaste éventail de fournisseurs de soins de santé mentale en soins primaires. Nous voyons aussi les avantages de pharmaciens, diététistes, navigateurs de soins, programmes de soutien par les pairs, ainsi qu'une plus grande participation du consommateur et des membres de sa famille. Nous croyons en un modèle de soins axés sur le client. Nous pensons que les soins primaires sont idéalement placés pour le faire. Notre concept de soins axés sur le client inclut la création de plans de soins en collaboration, le consommateur étant un partenaire actif du traitement, le développement de mécanismes de soutien par les pairs et la participation du consommateur à tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services de santé mentale en soins primaires.

Il y a un certain nombre d'obstacles. Les barrières psychologiques sont les plus difficiles à surmonter. Il y a aussi des contraintes de temps et des difficultés de financement mais nous croyons que les solutions à tous ces problèmes peuvent être trouvées.

Vous posez une question à propos du financement et du coût de ces initiatives. Un projet se construit en fonction des ressources mises à sa disposition. Si vous bénéficiez de peu de moyens, vous adaptez les services à ce que vous pouvez offrir mais vous vous concentrez sur ceux qui vous paraissent les plus importants. Si vous avez davantage de moyens, vous offrez une plus grande gamme de services. La flexibilité est de mise. Toutefois, notre projet et d'autres ont établi des formules précises qui établissent la quantité du temps de l'infirmière ou du travailleur social, du diététiste et du psychiatre, nécessaire à l'élaboration de modèles efficaces de soins collectifs.

Finally, we would address the question of how to sustain some of the gains that we have already made, because we feel we have already made substantial progress towards our goals.

One of our beliefs comes from a quotation by Einstein who said, "Insanity is doing things the same way we have always done them and expecting different results."

Part of our reason for existence is recognizing that our traditional models are not working as well as we would like and we really need, as part of the solution to the problems of the mental health system, to move in this direction. As I say, we have made substantial progress, but we are aware that our project ends in March of 2006.

One specific recommendation we would make would be for the establishment of a centre to promote collaborative mental health care between primary care and mental health services that could serve as an ongoing resource. It could manage websites, disseminate information, and work closely with governments at all levels because we believe, in addition to the training component, that uptake by provinces and territories of these ideas is the second important key element to long-term sustainability. We see it being as a national resource.

We are fortunate because there is a great deal of cohesiveness in this area. We have been able to develop a national strategy that could be, hopefully down the road, a plank with a much broader mental health strategy. We would like the opportunity to build on and expand this.

Once again, on behalf of all of us involved in the initiative, we would thank you not only for your time today, but for the enormous contribution you have made to the debate around where health services should be heading.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Kates.

Next we have Ms. Florence Budden, President-Elect of the Schizophrenia Society of Canada. With a name like that I would make the assumption that you are a Newfoundland.

**Ms. Florence Budden, President-Elect, Schizophrenia Society of Canada:** Right on, and very proud of it.

**The Chairman:** Even if I had not recognized the name, I would have recognized you as a Newfoundland from your remark. We have two Newfoundlanders on our committee, and I am pretty close, in the sense that both my parents are Newfoundlanders. You are among friends this morning. You may have gone down the road, as the movie said, but you are among friends. Please go ahead.

**Ms. Budden:** Good afternoon. As you may know, SSC is a national registered charity that works to alleviate the suffering caused by schizophrenia and related mental disorders. Using a federation model, we work with 10 provincial schizophrenia societies and over 100 community-based organizations to provide a better quality of life for ill individuals and their families.

Enfin, nous aimerais répondre à la question concernant la façon de conserver certains des acquis car nous estimons avoir déjà fait des progrès considérables dans l'atteinte de nos objectifs.

Une de nos convictions est tirée d'une citation d'Einstein qui a dit un jour : « La folie est de toujours se comporter de la même manière et de s'attendre à un résultat différent ».

Une des raisons de notre existence, c'est que nous savons que les modèles traditionnels ne sont pas aussi efficaces que nous le souhaiterions et qu'une des solutions aux problèmes du système de santé mentale est de progresser dans cette voie. Comme je dis, nous avons fait des progrès considérables mais nous savons que notre projet prend fin en mars 2006.

Une recommandation que nous faisons est de créer un centre de promotion de soins de santé mentale collectifs entre les soins primaires et les services de santé mentale, qui pourrait faire office de centre permanent de ressources. Il pourrait gérer des sites web, diffuser de l'information et travailler de près avec les pouvoirs publics de tous les paliers parce que nous croyons, en plus du volet formation, que l'acceptation par les provinces et les territoires de ces idées est le deuxième élément clé important à sa longévité. Ce pourrait être un centre national.

Nous avons de la chance parce qu'il y a beaucoup de cohésion dans ce secteur. Nous avons pu élaborer une stratégie nationale qui pourrait, un jour, nous l'espérons, être un élément d'une stratégie de santé mentale beaucoup plus vaste. Nous aimerais avoir la chance de tirer parti de cette réalisation et de l'étendre.

Encore une fois, au nom de tous les participants à l'initiative, nous vous remercions non seulement du temps que vous nous accordez aujourd'hui mais de l'énorme contribution que vous avez faite au débat sur l'avenir des services de santé.

**Le président :** Merci, docteur Kates.

Nous entendons maintenant Mme Florence Budden, présidente désignée de la Société canadienne de schizophrénie. Avec un nom comme le vôtre, j'imagine que vous êtes de Terre-Neuve.

**Mme Florence Budden, présidente désignée, Société canadienne de schizophrénie :** Tout à fait, et j'en suis très fière.

**Le président :** Même si je n'avais pas reconnu le nom, j'aurais su que vous êtes de Terre-Neuve à vous entendre. Il y a deux Terre-neuviens au comité et je le suis presque puisque mes deux parents sont de Terre-Neuve. Comme les héros du film *Going down the Road* vous avez peut-être roulé votre bosse, mais vous êtes ici entre amis. Je vous en prie.

**Mme Budden :** Bonjour. Comme vous le savez peut-être, la SCS est une œuvre de bienfaisance nationale enregistrée dont la mission est d'atténuer les souffrances causées par la schizophrénie et les troubles mentaux connexes. Sur le modèle d'une fédération, nous travaillons avec dix sociétés provinciales et plus de 100 associations communautaires dans le but d'assurer une qualité de vie meilleure aux malades et à leurs familles.

In addition to pursuing our own initiatives, SSC is a founding member of the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health and is an ardent supporter of CAMIMH's pursuit of a national mental health action plan.

Two important aspects of a national action plan would address the role of family caregivers and decriminalization of the mentally ill. These two most very important issues were addressed in your committee's *Issues and Options* report. Today I will give you SSC's perspective on the role of caregivers and decriminalizing individuals with mental illness.

In section 5.4 of *Issues and Options*, you pose questions relating to adequate access, to resources and caregiver preparedness. The simple answer to your question is, no, caregivers do not have enough access to resources for helping their loved ones nor are they sufficiently equipped to deal with their relatives' illness. It does not take a scientific report to understand how high unemployment rates, holes in treatment services, inadequate mental health acts, suicide rates, and the relationship of mental illness and crime significantly impacts family caregivers who are often the sole support for their ill loved ones.

Respite programs, educational materials and programs, such as SSC's Strengthening Families Together, public awareness campaigns and income supports are all tools that would better support families and recognize their role in the care of mentally ill individuals. These tools would help to ensure that families are mentally and financially equipped to support their ill loved ones and would help ensure that these individuals remain productive community members rather than inmates, patients and homeless.

These types of initiatives will also empower families through education and better position them to effectively participate in the formal mental health system. Facilitating the inclusion of family caregivers in programs such as COMPUS and Minister Tony Ianno's roundtable discussions will go a long way to ensuring the expert knowledge of caregivers is recognized and implemented systemically.

One final point is this: Resources and education will be useless to families unless medical professionals formally recognize the integral role they play as caregivers and laws allow professionals to share information. If a doctor treats a person, not just an illness, then the family can be included as a vital part of the treatment team, and this will help ensure a better outcome for the ill person.

In relation to decriminalization, in section 7.1 you ask how interjurisdictional collaboration can be enhanced in the delivery of mental health services for federal inmates. This is a key step in decriminalizing the mentally ill and ensuring persons with a mental illness receive treatment, not punishment.

Outre ses propres initiatives, la SCS est membre fondatrice de l'Alliance canadienne pour la maladie et la santé mentales et soutient vigoureusement son œuvre en faveur d'un plan d'action national pour la santé mentale.

Deux éléments importants d'un plan d'action national porteraient sur le rôle des soignants familiaux et sur la décriminalisation du malade mental. Ces deux questions cruciales ont été abordées dans le rapport du comité intitulé *Problèmes et options*. Je vous exposerai aujourd'hui le point de vue de la SCS sur le rôle des soignants et sur la décriminalisation des personnes atteintes de maladie mentale.

Au paragraphe 5.4 du document, vous demandez si les familles ont un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches. La réponse est non. Les soignants n'ont pas suffisamment accès aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches et sont insuffisamment préparés pour faire face à la maladie. On n'a pas besoin d'un rapport d'experts pour comprendre combien les taux élevés de chômage, les lacunes des services de traitement, l'insuffisance des lois sur la santé mentale, les taux de suicide et le rapport entre la santé mentale et la criminalité ont de grandes conséquences pour les soignants qui sont souvent les seuls à soutenir leurs proches malades.

Les programmes de relève, les programmes et les documents pédagogiques, comme celui de la SCS appelé Strengthening Families Together, les campagnes de sensibilisation et les mesures de soutien du revenu sont autant d'outils qui viendraient en aide aux familles et reconnaîtraient leur rôle dans le soin des malades mentaux. Ils contribueraient à ce que les familles disposent des moyens psychologiques et financiers pour soutenir leurs proches et faire en sorte qu'ils restent des membres productifs de la société au lieu de devenir des détenus, des internés ou des sans-abri.

Les initiatives de ce genre donneront également plus de pouvoir aux familles : mieux informées, elles seront plus en mesure d'être des agents actifs dans le système de santé mentale. Faciliter l'inclusion de soignants familiaux dans des programmes comme SCPUOM et aux discussions en table ronde du ministre Tony Ianno feront beaucoup pour qu'on reconnaîsse et mette en application de façon systémique les connaissances spécialisées des soignants.

Une dernière chose. Ces moyens et cette sensibilisation seront inutiles pour les familles si les professionnels de la santé ne reconnaissent pas officiellement le rôle essentiel qu'elles jouent comme soignantes et si les lois ne permettent pas aux professionnels de communiquer l'information. Si le médecin soigne une personne et, pas seulement une maladie, la famille peut donc être incluse dans l'équipe de traitement et son rôle actif favorisera des résultats meilleurs pour le malade.

En ce qui concerne la décriminalisation, au paragraphe 7.1, vous demandez ce que l'on peut faire pour améliorer les services de santé mentale dont ont besoin les détenus. Comment la collaboration peut-elle être améliorée entre les services? C'est une étape importante dans la décriminalisation du malade mental et pour s'assurer qu'ils reçoivent non pas un châtiment mais bien des traitements.

SSC has the following suggestions: Include an amendment in the Criminal Code that would regulate mental health courts as a means of diverting individuals with mental illness into a system that is better able to serve their needs. This interjurisdictional collaboration would need to occur as the Criminal Code is administered by provincial governments.

Whereas the court can order psychiatric treatment under the Criminal Code to restore a person to fitness to stand trial, there is no similar authority to order treatment for a person found not criminally responsible by mental disorder. We strongly recommend an amendment to the Criminal Code that would allow the Review Board to order treatment where an ill individual refuses the treatment necessary for his or her release.

Amendments like these would help address inequities that exist in provincial mental health acts and work to ensure that individuals receive the best possible treatment either in a hospital or a forensic system. It is important to note that legislative amendments should also include laws that encourage early treatment and treatment in the community when the illness precludes the person from accepting voluntary treatment and significant harm will occur if treatment is not provided.

SSC has captured these themes in a model mental health act paper, and we would be happy to share this information with the committee if you think it will be useful to your research.

In conclusion, I would thank you, Senator Kirby, and members of the committee for the opportunity to present to you today. The recognition and inclusion of family caregivers into the formal mental health system and improved interjurisdictional collaboration will go a long way to improving the lives of ill individuals and their families.

We would encourage you to also consult with our provincial societies as you travel across Canada. With such a range of issues outlined in your report and taking into account regional diversities, there will be variances in the priority of issues and preferred solutions. These consultations can provide you with a wonderful opportunity to gather all this information and truly make a difference in the lives of the mentally ill Canadians and their caregivers.

**The Chairman:** Thank you, Florence.

Would you please proceed now, Paul?

**Dr. Paul Garfinkel, Chair, Working Committee on Mental Health, Ontario Hospital Association:** I would begin by thanking you for inviting me back. As well, the OHA would commend you, senator, and your committee, for the outstanding work in your in-depth review of mental health issues in this country.

Voici les suggestions de la SCS : inclure un amendement au Code criminel qui créerait des tribunaux de santé mentale de manière à déjudiciariser les personnes atteintes de maladie mentale pour qu'elles soient traitées dans un système mieux apte à répondre à leurs besoins. Il faudrait ce genre de collaboration entre les diverses instances puisque le Code criminel est administré par les gouvernements provinciaux.

Le tribunal peut ordonner en vertu du Code criminel qu'une personne suive un traitement psychiatrique pour la rendre apte à subir son procès mais il n'existe pas de pouvoir correspondant d'ordonner le traitement de quelqu'un pour non-responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux. Nous recommandons vigoureusement qu'on apporte un amendement au Code criminel qui permettrait à la Commission de révision d'ordonner le traitement lorsque le malade refuse le traitement nécessaire à sa libération.

Des modifications comme celles-là corrigeraient les inégalités qui existent entre les diverses lois provinciales de santé mentale et feraient en sorte que les malades reçoivent le meilleur traitement qui soit dans un hôpital soit dans un système de psychiatrie légale. Il importe de signaler que les modifications législatives s'appliqueraient également aux lois qui encouragent le traitement précoce et le traitement de proximité lorsque la maladie empêche la personne d'accepter de plein gré d'être traitée et que des préjugés importants surviendront si le traitement n'est pas fourni.

La SCS a regroupé ces thèmes dans un modèle de loi de santé mentale que nous serons heureux de remettre au comité si vous l'estimez utile dans vos travaux.

Pour terminer, je vous remercie vous, sénateur Kirby, ainsi que les membres du comité, de l'occasion que vous nous avez donnée de comparaître devant vous aujourd'hui. La reconnaissance et l'inclusion des soignants familiaux dans le système de santé formelle et une meilleure collaboration intergouvernementale feront beaucoup pour améliorer la vie des malades et de leurs proches.

Nous vous encourageons également à consulter nos sociétés provinciales au cours de vos déplacements au Canada. Vu la diversité des questions abordées dans votre rapport et les particularités régionales, la priorité à accorder à chaque question et chaque solution pourra varier. Ces consultations vous donneront une occasion magnifique de rassembler cette information et de changer vraiment la vie des Canadiens atteints de maladies mentales et de leurs soignants.

**Le président :** Merci, Florence.

Voulez-vous continuer, Paul?

**Le Dr Paul Garfinkel, président, Comité de travail sur la santé mentale, Association des hôpitaux de l'Ontario :** Je commencerai d'abord par vous remercier de m'avoir invité à nouveau. L'AHO tient aussi à vous féliciter, sénateur, ainsi que les membres de votre comité, du travail exceptionnel que vous faites dans le cadre

We are at a cross-roads and you are shining a very important light on what could be some exciting changes.

When I visited last year, I highlighted four areas of critical need in terms of quality of care, access to care, continuity of care and accountability. It is clear to me that you heard comments on those issues clearly from everybody over and over again. I will not repeat them.

Behind that is the whole issue of stigma and the terrible manner in which we were all brought up to understand mental illness, and it is clear to me you understood this too, and the magnitude of the problem.

Last time, I talked about the importance of early intervention in terms not so differently from the model that Dr. Kates was just describing. I talked about the importance of health promotion, prevention and early intervention, and the need to invest in determinative health from a comprehensive point of view. These issues are as important as they were a year ago, but at this time I would like to focus on three other issues, and that is the national action plan, research and development, and data collection and information. I would stress that the others are not any less relevant, but I believe you have heard a lot about them. To me, an action plan is critical.

I understand your study has taken you to a consideration of the situation in New Zealand, for example, and you realize how impressively a plan can produce results country-wide. We believe this should come from the federal government, with a lot of collaboration. We have national organizations that are the appropriate partners in this, but we need national standards to be established for a whole range of activities including promotion, prevention, education and treatment.

The partnership should be federally funded and establish clear roles and responsibilities for the provincial, territorial and federal governments. We believe that the broad view of health — I think you have heard this articulated many times — including the determinants of health, employment, client support, housing, social support, are critical in any plan that is to be developed.

On my second point, research and development, I would say that we know more about the brain from the research we had done in last 10 years than we know from the previous 100 years. It is an exciting time in neuroscience. It is also an exciting time in psychological and psychosocial science in being able to properly tease apart variables that could be of relevance. At the same time, we know very little about the causes of mental illness. Understanding mechanisms will be hugely beneficial to treatments down the road.

de votre étude approfondie des questions de santé mentale au pays. Nous sommes à la croisée des chemins et vous jetez un éclairage très important sur ce qui pourra être des virages majeurs.

Quand je suis venu l'an dernier, j'ai mis l'accent sur quatre secteurs où les besoins sont critiques : la qualité des soins, l'accès aux soins, la continuité des soins et la reddition de comptes. Il est évident pour moi que vous avez entendu clairement des avis sur ces questions à maintes reprises de la bouche de tous les témoins. Je ne vais pas les répéter.

En toile de fond se trouve toute la problématique de la stigmatisation et la façon terrible dont nous avons été élevés face à la maladie mentale. Il est clair pour moi que cela vous l'avez compris aussi et que vous avez mesuré l'ampleur du problème.

La dernière fois, j'ai dit combien il importait d'intervenir tôt d'une manière qui n'est pas très différente du modèle que vient de décrire le Dr Kates. J'ai parlé de l'importance de la promotion de la santé, de la prévention et de l'intervention précoce ainsi que de la nécessité d'investir dans la santé déterminative d'un point de vue global. Ces questions sont aussi importantes qu'il y a un an mais aujourd'hui j'aimerais m'attarder sur trois autres questions, à savoir un plan d'action national, la R-D ainsi que la collecte de données et l'information. J'insiste sur le fait que les autres n'ont pas moins d'importance, mais je crois que vous en avez suffisamment entendu parler. Pour moi, ce qui est essentiel, c'est un plan d'action.

Je crois savoir que votre étude vous a amenés à étudier la situation en Nouvelle-Zélande, par exemple, et vous savez combien un plan peut produire des résultats à l'échelle de tout un pays. Nous pensons que ceci devrait venir du gouvernement fédéral, avec beaucoup de collaboration. Nous avons des associations nationales qui sont les partenaires tout désignés dans cette entreprise, mais nous avons besoin de normes nationales pour quantité d'activités comme la promotion, la prévention, la sensibilisation et le traitement.

Le partenariat devrait être financé par le gouvernement fédéral et établir clairement les rôles et les responsabilités des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. Nous considérons que la dimension générale de la santé — je crois que cela a été exprimé à plusieurs reprises — y compris les déterminants de la santé, l'emploi, le soutien des clients, le logement, l'aide sociale, sont des aspects d'une importance primordiale dans tout plan qui sera élaboré.

En ce qui concerne mon deuxième point, la R-D, je dirais que nous en savons plus à propos du cerveau grâce à la recherche que nous avons effectuée au cours des 10 dernières années que ce que nous avions appris au cours du siècle précédent. C'est une époque passionnante en neuroscience. C'est aussi une époque passionnante en ce qui concerne les sciences psychologiques et psychosociales puisque nous sommes en mesure de séparer correctement des variables qui pourraient être pertinentes. Parallèlement, nous en savons très peu sur les causes de la maladie mentale. Comprendre les mécanismes s'avérera extrêmement utile pour les traitements en bout de ligne.

We also have areas of treatment evaluation and health service delivery that are crying out for research. This has not been properly addressed anywhere in our country. We need to develop benchmarks to improve system performance. We need to strengthen accountability and encourage the development of new evidence-based approaches to treatment.

We also have an important knowledge translation function that has not been well addressed. At the center where I work, we have some outstanding basic neuroscientists and clinicians, and the interface between the two is a rare clinician scientist who has to be nurtured to be able to translate the basic new information.

We strongly agree with your assessment that Canada lacks a national information system. We need to measure the mental health status of Canadians. We need to evaluate policies and programs, and we need to share information better.

We strongly urge the development of a national information system, and we recommend that you review the evidence with regard to one type of assessment called the RAI, the Resident Assessment Instrument. This is a most useful, standardized comprehensive data collection system that helps you understand the individual client. It helps you understand your unit of care, and it helps you understand a system of care if you are planning one.

All Ontario hospitals will be implementing the RAI in October. We have collected data on thousands of people working up to this, so we have a lot of experience, a lot of knowledge in how it can be beneficial. We do think it could serve as a foundation for a national system. As my handout indicates, work on the RAI is being studied internationally; and there is a lot of experience in five or six other provinces.

I would just conclude by saying that your work to date has had a huge impact on energizing our community, and we thank you for that. As you have heard, over and over again, everywhere you go, we have serious problems. We are now an active therapeutic field. We can help people tremendously if we can put it together, and I think with the right national action plan, with the right research and with the right accountability, we can put it altogether. Thank you.

**Senator Cook:** I am looking at this issue through the lens of rural Canada, in particular. Where I live, services are not readily available and there is a shortage of human resources. Would you elaborate on the role of the nurse practitioner?

Il y a aussi le secteur de l'évaluation du traitement et de la prestation des services de santé où la recherche fait gravement défaut. Cette lacune n'a pas été comblée de façon adéquate où que ce soit au pays. Nous devons établir des points de référence qui nous permettront d'améliorer le rendement du système. Nous devons renforcer la responsabilisation et encourager le développement de nouvelles approches en matière de traitement fondées sur les preuves.

Il existe également une importante fonction d'application des connaissances sur laquelle on ne s'est pas penché adéquatement. Au centre où je travaille nous avons de remarquables neurologues et cliniciens, et le lien entre les deux réside dans le rare clinicien-rechercheur qu'il faut former pour pouvoir appliquer les nouveaux renseignements de base.

Nous sommes tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites que le Canada a besoin d'un système national d'information. Nous devons pouvoir évaluer la santé mentale des Canadiens. Nous devons pouvoir évaluer des programmes et des politiques et être en mesure de mieux partager l'information.

Nous encourageons fermement la mise sur pied d'un système national d'information, et nous recommandons que vous examiniez la preuve concernant un type d'évaluation appelé le RAI (Resident Assessment Instrument), c'est-à-dire l'instrument d'évaluation des pensionnaires. Il s'agit d'un système de collecte de données uniformisées et exhaustives des plus utiles qui vous permet de comprendre chaque client. Il vous permet de comprendre votre unité de soins et en quoi consiste un système de soins si vous en prévoyez un.

Tous les hôpitaux de l'Ontario mettront en œuvre le RAI en octobre. Nous avons recueilli des données sur des milliers de personnes en prévision de cette initiative et nous procérons par conséquent à beaucoup d'expériences et de connaissances sur les avantages que présente ce type d'évaluation. Nous pensons qu'il pourrait servir de base à un système national. Comme l'indique le document que je vous ai remis, cette initiative d'évaluation est étudiée partout dans le monde; et cinq ou six autres provinces ont beaucoup d'expérience à cet égard.

Je terminerai simplement en disant que votre travail jusqu'à présent a énormément contribué à énergiser notre milieu, et nous tenons à vous en remercier. Comme vous l'avez entendu à maintes reprises partout où vous êtes allé, nous avons de graves problèmes. Nous travaillons dans un domaine thérapeutique dynamique. Nous pouvons énormément aider les gens si nous arrivons à mettre ce système sur pied, et je crois que grâce à un plan national d'action approprié, grâce à la recherche appropriée et à une responsabilisation appropriée, nous y parviendrons. Je vous remercie.

**Le sénateur Cook :** J'examine cette question dans la perspective des régions rurales du Canada en particulier. Là où je vis, les services ne sont pas facilement disponibles et il y a une pénurie de ressources humaines. Pourriez-vous nous donner un peu plus de précision sur le rôle des infirmières praticiennes?

You talked about funding strategies, and about the need for research and pilot projects. Is this an area in which the federal government can play a role, given that health care is delivered in a provincial jurisdiction? Would new public health agencies be a part of that? I would like your opinions on those two issues.

**Dr. Kates:** With regard to rural or underserved areas, you might consider different models of collaboration. That is not the only solution, but it may be the most significant, particularly now when we have new technologies. For example, a psychiatrist can be available to back up a nurse practitioner or family physician in any part of the country. We can have models where mental health specialists can be linked with a group of providers by email or through a web-based program and exchange clinical information almost in the same way as is happening with Telehealth Ontario.

There is no question that we need to think differently about how we use the resources. Certainly, nurse practitioners are able to perform many functions with support and backup. I believe there is a project through Health Canada with the First Nations' branch looking at nurse practitioners who are providing specialized consultation to nursing stations in communities in each of Canada's provinces. They, in turn, have backup available.

We need to look at step models, that is, we examine how we can provide the maximum support to those in the front line, whether it be in person, whether it be through flying, whether it be through telecommunications, and that they know that they will have support and resources available and not be hung out to dry, if you like, that there is a sequential system that works its way through.

**Senator Cook:** We look for funding in the strangest possible places. I am always looking for a solution. Do you see your pilot projects under an umbrella called "research" and, if so, what role could the federal government play in your funding?

**Dr. Kates:** From our point of view, one of the critical teams is in the Primary Health Care Transition Fund which has not only supported programs like ours but it has also, for example, in Ontario, allowed for the development of about 120 projects which have a research evaluative component. When you put together what those projects consider, I think we have an almost unequal picture of the potential of a reformed primary health care system.

The answer to your question is, yes, definitely. There are a number of different components. One is research and evaluation. Another is considering how models of shared care can be adapted to meet the needs of different communities and different populations. The third is a kind of demonstration project that could come up with models that other people may be interested in starting. I would look to any of the resources that are available to fund those kinds of initiatives.

Vous avez parlé de stratégies de financement et du besoin de recherche et de projets pilotes. Est-ce un domaine où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle, compte tenu du fait que la santé relève de la compétence provinciale? Est-ce que de nouveaux organismes publics de la santé en feraient partie? J'aimerais connaître votre opinion sur ces deux questions.

**Le Dr Kates :** En ce qui concerne les régions rurales ou mal desservies, vous pourriez envisager différents modèles de collaboration. Ce n'est pas la seule solution, mais c'est sans doute la plus importante, surtout maintenant grâce aux nouvelles technologies. Par exemple, un psychiatre peut apporter son aide à une infirmière praticienne ou à un médecin de famille dans n'importe quelle région du pays. On peut prévoir des modèles où des spécialistes en santé mentale peuvent assurer la liaison avec un groupe de fournisseurs par courrier électronique ou par un programme dispensé sur le web et échanger des renseignements cliniques pratiquement de la même façon que cela se fait dans le cas Télésanté Ontario.

Il ne fait aucun doute qu'il nous faut réfléchir à nouveau à la façon dont nous utilisons les ressources. Certes, les infirmières peuvent s'acquitter de maintes fonctions avec soutien et aide. Je crois que Santé Canada a un projet à la Direction générale des Premières nations à propos des infirmières praticiennes qui offrent des consultations spécialisées aux postes de soins infirmiers épargnés dans chacune des provinces canadiennes. Ces infirmières, à leur tour, ont des auxiliaires.

Il nous faut voir quels modèles considérer, examiner comment nous pouvons offrir le maximum de soutien à ceux qui sont en première ligne, soit en personne, soit en prévoyant des évacuations par avion, ou encore par les systèmes de télécommunications, afin qu'ils sachent qu'ils seront aidés et disposeront de certaines ressources, qu'il existe un système cohérent.

**Le sénateur Cook :** On cherche des budgets pour les choses les plus étranges. Je suis toujours en quête d'une solution. Diriez-vous que vos projets pilotes se situeraient dans un contexte de « recherche » et, si oui, quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer en matière de financement?

**Le Dr Kates :** Pour nous, une des équipes critiques se trouve dans le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires qui n'a pas seulement soutenu des programmes tels que le nôtre mais qui a également, par exemple, en Ontario, permis la mise sur pied d'environ 120 projets qui comportent un élément d'évaluation de recherche. Si l'on considère tous ces projets ensemble, on en arrive à dresser un tableau presque inégal du potentiel d'un système réformé de soins de santé primaires.

La réponse à votre question est, oui, absolument. Il y a un certain nombre d'éléments différents. Il y a la recherche et l'évaluation. Il a aussi la nécessité de voir comment des modèles de soins partagés peuvent être adaptés pour satisfaire aux besoins de différentes localités et populations. Le troisième serait le genre de projet de démonstration que pourraient offrir des modèles qui pourraient être envisagés par d'autres. J'irais puiser à toutes les ressources possibles pour financer ce genre d'initiatives.

I believe that the federal government has a major role to play both in funding and as a kind of an engine to drive some of the provincial activity.

**Dr. Garfinkel:** With regard to funding, senator, you mentioned the new public health agency. As an example, the CDC in the United States allocates over 9 per cent of its funds to the mental health behavioural health area. We see a huge area of opportunity there.

With regard to the nurse practitioner question, I certainly agree with Nick, and I would push it even further. We provide the mental health services in Baffin Island and we have done a fair bit of work in Sri Lanka where there are few psychiatrists and, in fact, few doctors. The Sri Lankan mental health system is hugely dependent on community mental health care workers who are trained and knowledgeable. The same applies to Baffin Island. You require really good training and, as Dr. Kates emphasized, you need the backup, whether it is by Telehealth, by email or by direct contact. When they need it, these people need help immediately. They can do huge amount of work if they get that help.

**Ms. Budden:** As a nurse myself, I have had the opportunity to work with primary health care nurse practitioners in the mental health system. The advantages are obvious. These nurses have a knowledge of mental health as well as primary health care and they provide services.

For example, the Waterford Hospital in Newfoundland was a provincial psychiatric facility and they had three nurse practitioners who were primary health care nurse practitioners in the mental health system because they were having difficulty recruiting family physicians to their programs to provide mental health services, to provide the primary health care services. They funded education for three nurses who had a background in mental health and many years of experience, and now they provide those services on a short stay assessment unit, and on acute care units. They also provide some outpatient services to clients who would normally not have family physicians in the community. These services are very beneficial and essential. They work collaboratively with the family physicians and the psychiatrists. Although the road initially was difficult, it did work out well and I must it is because of the professionalism of three individuals. Senator Cook knows one of them very well.

I would like to see more of that in Newfoundland in a primary health care model and a mental health services plan. The hope is to bring nurse practitioners into the primary health care model to provide primary health care services, but particularly those who have a background in mental health.

Nurse practitioners have a great understanding of the role families play in the care of clients, so they would utilize families very well and include them as part of the treatment team. That is something that we want to see.

Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle majeur à jouer tant dans le financement que dans la force d'entraînement qu'il peut représenter pour l'activité des provinces.

**Le Dr Garfinkel :** En ce qui touche au financement, sénateur, vous avez mentionné la nouvelle agence de santé publique. Par exemple, le CDC aux États-Unis, affecte plus de 9 p. 100 de son budget à la santé mentale et au comportement. Cela représente énormément de possibilités.

Quant à la question sur les infirmières praticiennes, je suis tout à fait d'accord avec Nick et j'irais même plus loin. Nous assurons les services de santé mentale à l'île de Baffin et nous avons fait un certain nombre de choses au Sri Lanka où il y a peu de psychiatres et, d'ailleurs, peu de docteurs. Le système de santé mentale de ce pays dépend dans une mesure énorme des travailleurs locaux de la santé mentale qui ont la formation et les connaissances voulues. C'est la même chose à l'île de Baffin. Il faut une très bonne formation et, comme le disait le Dr Kates, des auxiliaires, qu'il s'agisse de télésanté, de courriels ou de contacts directs. Quand ces gens ont besoin d'aide, c'est immédiatement. Ils peuvent faire énormément de choses s'ils obtiennent cette aide.

**Mme Budden :** En tant qu'infirmière moi-même, j'ai eu la possibilité de travailler avec des infirmières praticiennes spécialisées dans les soins de santé primaires et la santé mentale. Les avantages sont évidents. Ces infirmières connaissent le domaine de la santé mentale aussi bien que celui des soins primaires et peuvent ainsi offrir ces services.

Par exemple, l'hôpital Waterford à Terre-Neuve était un hôpital psychiatrique provincial qui avait trois infirmières praticiennes qui étaient des spécialistes des soins de santé primaires dans le système de santé mentale parce que l'on avait des difficultés à recruter des médecins de famille pour participer à ces programmes et assurer les services de santé mentale, de même que les services de soins de santé primaires. On a financé les études de ces trois infirmières qui avaient des connaissances en santé mentale et beaucoup d'années d'expérience et qui offrent maintenant ces services à des postes d'évaluation de courte durée ainsi qu'à des postes de soins actifs. Elles assurent également certains services externes à des clients qui n'ont pas forcément de médecins de famille sur place. Ce sont des services très utiles et essentiels. Elles travaillent en collaboration avec les médecins de famille et les psychiatres. Bien que les débuts furent difficiles, cela s'est bien terminé et c'est certainement grâce au professionnalisme de ces trois personnes. Le sénateur Cook en connaît très bien une.

J'aimerais voir cela se développer à Terre-Neuve pour ce qui est des soins de santé primaires et des services de santé mentale. Ce que l'on espère, c'est amener les infirmières praticiennes à adopter le modèle des soins primaires pour offrir ces services, mais en insistant en particulier sur celles qui ont une connaissance de la santé mentale.

Les infirmières praticiennes comprennent très bien le rôle que jouent les familles dans le soin des clients si bien qu'elles utiliseraient très bien les familles et les incluraient dans l'équipe de traitement. C'est le genre de choses qu'il faut assurer.

We do have primary health care nurse practitioners throughout rural Newfoundland but, unfortunately, many of our recent graduates do not have jobs, and have had to go back to working as registered nurses until jobs become available. I think the federal government needs to move forward and push the strategy for nurse practitioners as a good alternative for primary health care services and a necessity in the communities, especially in the rural areas. Many of these nurses who work in rural areas want to stay in the rural areas. They have the background and the understanding that is needed to work in those communities. We should encourage the federal government to encourage the provincial governments to move the strategy forward.

When a class graduates in rural Newfoundland, since we have many rural communities, no nurse practitioner should be out of work. Jobs should be available.

The federal government definitely has a role in funding strategies. I also believe that the public health agency has a role but that they need to work collaboratively with other parts of government who provide services for individuals with mental illness and somehow find a way to integrate the funding together so that all aspects, housing, support, medical services and everything is funded appropriately. The federal government has to work collaboratively too ensure that they are funding things appropriately and not just a little bit here and there.

**Senator Pépin:** Dr. Kates, you said that many groups do not use the centres. Why is that? Is it because of difficulties of accessibility or a lack of personnel?

You spoke about minorities. Do they run into difficulties because of the language and the culture of a group? Could you elaborate on that?

**Dr. Kates:** As you mentioned, there are many reasons why there are problems with access to mental health services, some of them are barriers that we put up in terms of making it harder for people to reach our services. However, there are some other barriers.

For example, for ethnocultural groups, language and cultural sensitivity are major factors. I will deal with the primary care setting. When we talk about primary care settings, we are not just thinking of family physicians, we are including in that community health centres, home care, activities that take place in the person's home. Sometimes these people are in shelters for the homeless. In those kinds of settings, people may choose a family physician because the physician is familiar with the culture or the nurse in the office speaks your first language. It makes it much easier to be seen because there is someone there who is familiar with some of the context of your problems and who can serve as a guide to the mental health worker. The mental health worker is learning at the same time as he or she is helping. That is one of the nice things about collaboration — we are broadening our skills and our understanding as we go.

Nous avons des infirmières praticiennes pour les soins primaires dans toutes les régions rurales de Terre-Neuve mais, malheureusement, nombre de nos récentes diplômées n'ont pas d'emploi et on doit retourner travailler comme infirmières diplômées en attendant que des postes se libèrent. Je crois que le gouvernement fédéral devrait défendre cette stratégie d'infirmières praticiennes comme solution à la pénurie de médecins pour les soins primaires dans les petites localités, en particulier dans les régions rurales. Nombre de ces infirmières qui travaillent dans des régions rurales veulent y rester. Elles ont les connaissances et savent ce qui est nécessaire pour travailler dans ces localités. Nous devrions inviter le gouvernement fédéral à encourager les gouvernements provinciaux dans ce sens.

Quand des infirmières obtiennent leur diplôme dans un secteur rural de Terre-Neuve, étant donné que nous avons de nombreuses localités rurales, il ne devrait pas y avoir d'infirmières praticiennes sans travail. Elles devraient pouvoir trouver un poste.

Le gouvernement fédéral peut certainement jouer un rôle pour ce qui est du financement. Je crois d'autre part que l'Agence de santé publique a un rôle à jouer mais elle doit collaborer avec d'autres secteurs de l'administration qui assurent des services aux malades mentaux et qui, d'une façon ou d'une autre, réussissent à regrouper certains budgets pour que tous les aspects, logement, soutien, services médicaux, et cetera, soient financés convenablement. Le gouvernement fédéral doit collaborer afin de financer comme il faut les services et ne pas s'éparpiller trop.

**Le sénateur Pépin :** Docteur Kates, vous avez dit que beaucoup de groupes n'utilisent pas ces centres. Pourquoi? Est-ce parce qu'ils sont difficilement accessibles ou qu'il n'y a pas assez de personnel?

Vous avez parlé des minorités. Rencontrent-elles des difficultés d'ordre linguistique ou culturel? Pourriez-vous préciser votre pensée?

**Le Dr Kates :** Comme vous l'avez dit, il y a différentes raisons pour lesquelles les services de santé mentale sont difficilement accessibles. Dans certains cas, ce sont des obstacles que nous dressons nous-mêmes et qui font qu'il est plus difficile aux gens d'obtenir nos services. Il y en a toutefois d'autres.

Par exemple, pour les groupes ethnoculturels, les questions linguistiques et culturelles sont des facteurs importants. Je parlerai des soins primaires. Lorsque nous parlons de soins primaires, il ne s'agit pas simplement de généralistes, il y a aussi les centres de santé communautaires, les soins à domicile, les activités qui se déroulent chez les gens. Quelques fois, ces gens se trouvent dans des refuges pour sans-abri. Dans un tel contexte, ils peuvent choisir un médecin parce que celui-ci connaît leur culture ou une infirmière qui parle leur première langue. Cela facilite beaucoup les choses parce qu'il y a quelqu'un qui connaît un peu le contexte de l'intéressé et qui peut le guider vers quelqu'un qui s'occupe de santé mentale. Cette personne apprend en même temps qu'elle aide. C'est une des choses intéressantes à propos de la collaboration. Nous élargissons nos compétences et notre compréhension des problèmes.

Other groups face different problems, for example, teenagers. Even getting them into family physician offices is a problem. However, they are more likely to visit their family physician's office and have a problem picked up if the family physician says, "Would you mind speaking to the counsellor who is in the office because they may be able to help with that problem?" The teenager is much more likely to follow through in that instance than if the family physician were to say, "I want to refer you to a mental health clinic. You will probably have to wait six months before you are seen, but I think it will be very helpful." I think some of those barriers can be overcome again by bringing services to where the individual or where the problem is.

As Paul mentioned, stigma is a major factor — stigma in accepting that you may have a problem, stigma in what you might imagine people will think, even though it is not the reality if you contact a mental health service. Again, it is much more comfortable to be seen in primary care.

**Senator Pépin:** How is your organization structured? Do you have people coming to you from different communities, such as the multicultural community? Do your workers identify themselves so that your organization could tell a consumer that you have people from that person's community working in your office? I ask this question because many people feel that they do not have accessibility.

**Dr. Kates:** I think both models have a place. If there are places where there is a natural gathering point for individuals, then that would be a logical place to bring services, for example, in Ontario some of the community settlement organizations. Again, what we are looking at is how we can integrate services into those settings and provide treatment onsite.

In smaller practices there are many individuals who have connected with a family physician either because they feel comfortable because that family physician is from their own culture, or because there is a group of people to whom they can relate, and in those situations, wherever possible, we would consider trying to find counsellors, psychiatrists who are familiar with both the culture and the language, who can provide those services in the individual's environment. Our experience has been that most of those services can be provided as effectively as in mental health services. Not every problem, but many problems can be dealt with, and a larger number of people can be seen. They see a large number of people who would never reach mental health services.

Another population for consideration is the homeless. A project in Toronto looked at working with family physicians who are going into shelters supported by a psychiatrist to see individuals who may not want to see a psychiatrist, but are willing to see a family physician. The psychiatrist serves as a consultant to the family physician. This is, again, a way of

D'autres groupes se heurtent à des problèmes différents, comme les adolescents. Il peut même être difficile de les faire venir voir un médecin généraliste. Toutefois, il y a plus de chances qu'ils viendront voir un médecin et que celui-ci diagnostiquera leur problème si ce médecin dit : « Est-ce que vous voulez bien parler au conseiller qui se trouve au bureau parce qu'il pourra peut-être vous aider? » Il y a beaucoup plus de chances que l'adolescent le fasse que si le médecin déclare : « J'aimerais vous envoyer dans une clinique de santé mentale. Vous devrez probablement attendre six mois avant que quelqu'un ne vous voit mais je crois que ce sera très utile. » Je pense que certains de ces obstacles peuvent être éliminés si l'on amène les services là où se trouvent les gens ou le problème.

Comme Paul l'a mentionné, le stigmate est un facteur majeur à surmonter pour admettre qu'on puisse avoir un problème et parce qu'on craint ce que les gens vont penser, même si ça ne correspond pas du tout à la réalité de ce qu'on vit dans les services de santé mentale. Encore une fois, il est beaucoup plus facile de consulter quelqu'un qui fournit des soins de première ligne.

**Le sénateur Pépin :** Comment votre organisation est-elle structurée? Avez-vous des représentants de différentes collectivités, comme les collectivités multiculturelles? Est-ce que vos travailleurs s'identifient pour que votre organisation puisse dire à un client que vous avez des gens de sa collectivité qui travaillent dans votre bureau? Je pose cette question parce que bien des personnes sentent qu'elles n'ont pas accès à ces services.

**Le Dr Kates :** Je pense que les deux modèles ont leur place. S'il y a des endroits qui sont des points de rassemblement naturel pour certaines personnes, ce serait logique d'y offrir des services comme dans les organisations d'établissement communautaire de l'Ontario. Encore une fois, nous essayons de déterminer comment nous pouvons fournir nos services dans de tels cadres et dispenser des traitements sur place.

De nombreuses personnes s'adressent à leur médecin de famille qui a une petite pratique et qui appartient à leur propre culture parce qu'elles se sentent plus à l'aise avec lui ou elle ou parce qu'il y a un groupe de personnes qui lui ressemblent et, dans de tels cas, lorsque c'est possible, nous essayons de trouver des conseillers, des psychiatres qui connaissent à la fois la culture et la langue et qui peuvent fournir à cette personne des services dans son propre milieu. D'après notre expérience, la plupart de ces services peuvent être fournis dans ce cadre aussi efficacement que dans des services de santé mentale. De nombreux problèmes, mais pas tous, peuvent être traités et on peut ainsi voir un plus grand nombre de personnes. On rejoint ainsi un plus grand nombre de personnes qui n'auraient jamais eu accès aux services de santé mentale.

Il y a un autre groupe qu'il ne faut pas oublier, les sans-abri. Dans le cadre d'un projet à Toronto, des médecins de famille, accompagnés d'un psychiatre, se rendent dans des refuges voir des personnes qui ne voudraient peut-être pas voir un psychiatre mais qui sont prêts à consulter un médecin de famille. Le psychiatre conseille le médecin de famille. Encore une fois, c'est un moyen de

providing mental health services appropriate to the culture of the individual rather than either forcing them into our model or forcing our model on to the individual.

**Senator Callbeck:** Florence, in your paper you mentioned the importance of the Review Board being able to order treatment for people found not criminally responsible for an act, and you go on to talk about a model mental health act paper. Was that paper prepared as a response to the House of Commons committee on the amendment to the Criminal Code regarding this issue?

**Ms. Budden:** No. I chair the National Advocacy Committee. Part of our strategic plan is decriminalization of the mentally ill. We were very fortunate to have as our president, John Gray, an expert on mental health acts, because of the differences in every province. Many provinces now have mental health acts that are under review. I come from a province where the Mental Health Act dates back to 1971. We are still waiting for new mental health legislation.

This paper provides information to individuals, families and groups who want to work with government to pursue a mental health act that best meets the needs of individuals with mental illness. We developed a model mental health act paper — we can certainly give you a copy of it — in which we looked at matters like the definition of mental disorder and involuntary admission criteria, procedures for involuntary examination and admission, authorization of treatment and consent, taking into account community treatment orders and considering the rights of the individual. By that I mean the patient's freedoms, rights and freedom of thought rights.

We also took into account the refusal of treatment by someone who is not mentally competent to make that decision and the fact that that can result in more harm to the individual. Starson is an example of this. We considered assisted community treatment, and rights and protections.

This was based on a book called *Canadian Mental Health Law and Policy* by John Gray, Margaret Shone and P. Liddle that was published in 2000. We developed this because every province had different mental health acts. Our provincial societies were asking us for support as their provinces developed these new acts, and we felt that certain components needed to be in all of the provincial acts, so we developed this paper based on that.

**Senator Callbeck:** I raise the matter of the Review Board being able to order treatment because that issue is dealt with in Bill C-10 which is now before the Senate and will soon be referred to a committee.

**Ms. Budden:** Yes. The Schizophrenia Society of Canada made a presentation to the Justice Committee on Bill C-10. This was one of the issues we raised at that time as well.

fournir des services de soins de santé adaptés à la culture de la personne plutôt que d'essayer de la forcer à s'adapter à notre modèle.

**Le sénateur Callbeck :** Florence, dans votre mémoire, vous mentionnez qu'il est important que la commission d'examen puisse ordonner des traitements pour les personnes ayant fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle, puis vous parlez d'un document sur une loi modèle en matière de santé mentale. Est-ce que vous voulez parler du document préparé en réponse au comité de la Chambre des communes qui a examiné un amendement au Code criminel visant ces personnes?

**Mme Budden :** Non, je préside le Comité national de défense des droits. Notre plan stratégique vise en partie la décriminalisation des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Nous avons eu l'extrême chance d'avoir comme président John Gray, un expert en matière de législation sur la santé mentale, car il y a des différences dans chaque province. De nombreuses provinces sont maintenant en train d'examiner leurs lois en matière de santé mentale. Je viens d'une province dont la loi date de 1971. Nous attendons toujours une nouvelle loi.

Ce document fournit de l'information sur les personnes, les familles et les groupes qui veulent travailler de concert avec le gouvernement à l'élaboration d'une loi sur la santé mentale qui réponde vraiment aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale. Nous avons préparé un document sur une loi modèle — dont nous pouvons certainement vous remettre un exemplaire — dans lequel nous examinons des questions comme la définition d'un trouble mental, les critères d'admission involontaire, les procédures d'examen et d'admission involontaires, l'autorisation relative au traitement et au consentement, tenant compte des ordonnances de traitement communautaire et les droits de la personne. Par cela, je veux dire les droits et libertés des patients et notamment ses droits de libre pensée.

Nous avons également tenu compte du refus de traitement par une personne qui n'a pas la compétence mentale nécessaire pour prendre une telle décision et le fait que cela peut lui causer plus de tort. Starson en est un exemple. Nous avons examiné les traitements communautaires assistés, les droits et les protections.

Nous nous sommes inspirés d'un livre intitulé *Canadian Mental Health Law and Policy*, de John Gray, Margaret Shone et P. Liddle, publié en 2000. Nous avons préparé ce document parce que chaque province a sa propre loi en matière de santé mentale. Nos sociétés provinciales ont demandé notre aide lorsque leur province préparait une nouvelle loi et nous pensions que certaines dispositions devaient se retrouver dans toutes les lois provinciales; c'est pourquoi nous avons préparé ce document.

**Le sénateur Callbeck :** J'ai soulevé la question de la commission d'examen qui peut ordonner le traitement puisqu'il y a une disposition à cet effet dans le projet de loi C-10 dont le Sénat est maintenant saisi et qui sera bientôt renvoyé à un comité.

**Mme Budden :** Oui. La Société canadienne de schizophrénie a comparu devant le Comité de la justice lorsque celui-ci étudiait le projet de loi C-10. C'est une des questions que nous avons soulevée à cette occasion.

**Senator Callbeck:** Do you remember what other issues you raised?

**Ms. Budden:** I did not attend the committee meeting, but I can certainly give you a copy of the presentation so that you can see what issues were raised. The issues were similar to those I mentioned here as they relate to decriminalization. We suggested that the Review Board could order treatment when an ill individual refuses treatment which is necessary. In some provinces, Ontario for example, they can be ordered to stay in hospital, but they cannot be treated. In Newfoundland it is different. We can treat. Under involuntary admission, we can provide treatment.

We must consider, however, the rights of the individual. Our outlook is that we should not force treatment but, instead, work with the individual so that he or she will accept treatment. However, we can administer treatment under our act. In that respect, it is quite different.

**Senator Cook:** My background is education, so a lot of children have gone through my hands, and some of them have landed here in Ontario. Now, since they have come here, I understand that a few of them have been diagnosed as schizophrenic.

Is there a symptom that educators can look for to recognize this illness so that, if there is a problem, teachers could be aware of it and children could be guided towards treatment?

**Ms. Budden:** The Schizophrenia Society of Canada has a reaching out, educational program for junior high and high school students about schizophrenia, and it is also a complete program for teachers. It gives them all the information they need about schizophrenia. It helps educate the teachers and the students. Teachers will often notice changes in their students but sometimes, because of large class sizes, symptoms might be missed. Peers are more likely to notice changes. Their friend may suddenly become withdrawn, makes bizarre statements and start to do bizarre things. Peers understand that these things may be a symptom of mental illness and they will talk to a teacher or a counsellor and encourage the individual to get help.

We are trying to destigmatize mental illness in the school system and, to that end, we have this program. I know from Newfoundland's perspective we have managed to get it on the curriculum as a recommended program for study. It is also on the curriculum of some other provinces. We need to educate the teachers and we need to educate the students. Some of the symptoms that an individual may exhibit in early diagnosis may appear to be teenage changes because a lot of teenagers become withdrawn and they may do things differently. This program will help people recognize certain symptoms. We are not ringing alarm bells with regard to all teenagers, we are just making the

**Le sénateur Callbeck :** Vous souvenez-vous des autres questions que vous avez soulevées?

**Mme Budden :** Je n'étais pas présente à la réunion, mais je peux certainement vous remettre une copie du mémoire pour que vous puissiez voir quelles questions ont été soulevées. Elles étaient semblables à celle que j'ai mentionnée ici en ce qui concerne la décriminalisation. Nous avons proposé que la Commission d'examen puisse ordonner un traitement lorsqu'une personne malade refuse un traitement dont elle a besoin. Dans certaines provinces, comme l'Ontario, ces personnes peuvent être hospitalisées de force mais on ne peut pas leur imposer un traitement. Au Nouveau-Brunswick, c'est différent. Là, on peut les traiter. Dans un cas d'admission involontaire, nous pouvons fournir le traitement.

Nous ne devons jamais oublier cependant les droits de la personne. À notre avis, il ne faudrait pas imposer un traitement mais plutôt travailler avec la personne afin qu'il ou elle accepte le traitement. Toutefois, notre loi nous autorise à administrer le traitement. À cet égard, c'est très différent.

**Le sénateur Cook :** J'ai fait carrière dans l'éducation, il y a donc de nombreux enfants qui me sont passés entre les mains et certains d'entre eux ont abouti ici en Ontario. J'ai appris qu'après leur arrivée ici on a diagnostiqué quelques cas de schizophrénie parmi mes anciens élèves.

Y a-t-il un symptôme que les éducateurs devraient apprendre à reconnaître pour dépister cette maladie afin que les enfants qui ont un problème puissent être orientés vers les services de traitement?

**Mme Budden :** La Société canadienne de schizophrénie a mis sur pied un programme d'information au sujet de la schizophrénie à l'intention des élèves des niveaux intermédiaire et secondaire et aussi un programme complet à l'intention des enseignants. Ces programmes leur fournissent toute l'information dont ils ont besoin au sujet de la schizophrénie. Il aide à informer les enseignants et les élèves. Les enseignants remarquent souvent des changements chez leurs étudiants mais parfois, en raison du grand nombre d'élèves par classe, les symptômes passent inaperçus. Les pairs sont plus susceptibles de remarquer des changements. Les amis peuvent remarquer que quelqu'un devient soudainement réservé, qu'il fait des commentaires bizarres ou qu'il commence à faire des choses bizarres. Les pairs comprennent que ces comportements peuvent être un symptôme de maladie mentale et ils en parleront à l'enseignant ou à un conseiller et encourageront leur ami à obtenir de l'aide.

Nous essayons d'effacer le stigmate de la maladie mentale dans le système scolaire et c'est pourquoi nous avons mis en œuvre ce programme. Je sais qu'à Terre-Neuve nous avons obtenu qu'il soit inscrit au programme d'études comme cours recommandé. Il figure également au programme d'études d'autres provinces. Nous devons informer les enseignants et nous devons informer les élèves. Certains des symptômes qui se manifestent au début peuvent être pris pour des changements dus à l'adolescence parce que beaucoup d'adolescents deviennent réservés à cet âge et commencent à agir différemment. Ce programme aide les gens à reconnaître certains symptômes. Nous ne sonnons pas l'alarme

information available. We are telling people where they can go to find this information, and telling them what services are available to them if they need help. That type of information is very important.

**Dr. Kates:** I believe this also applies to primary care. Family physicians are in a unique position to be able to recognize, when they see a 15-year-old or a 16-year-old kid, that there is something different about a certain kid. They may not be able to put their finger on it. The patient may not be exhibiting psychotic or even pre-psychotic symptoms but the physician may be aware of change.

Families that are in contact with their family physician may express concern about one of their members. Primary care will not to rush to a diagnosis of a psychotic illness, depression or anxiety, but the physician is in a position to keep an eye on a kid and make sure that, from time to time, he or she comes into the office so he can monitor any changes. When you have collaboration, the family physician can then get a confirmatory opinion from someone else.

We know from the literature that, if family physicians have supports available, they are much more likely to detect and diagnose a problem. If they do not know what to do with it or there are no resources available, they are more likely to let it pass or wait and see what happens down the road. There is a lot of literature around addiction problems. With that kind of partnership, the family physician or primary care provider has a longitudinal understanding of the individual.

This also applies to the school system. It is important to have someone who is in a position to notice that something is going on. That person may not be sure what to do, but we do not have to wait until a kid is sick enough to require mental health service.

One small anecdote, I was asked by a family doctor to see a five-year-old girl in his office who I thought had obsessive compulsive disorder, and I discussed it with the family physician. He told me that he had not realized that young people could get OCD. The next time I was in his office, there were three other children under the age of eight all of whom he had concerns about. He could not put his finger on what it was and two of those did actually have some symptoms of OCD. In a partnership we can bring in community resources.

**Dr. Garfinkel:** Your question is a good one. We know that, the earlier you recognize schizophrenia and treat it, the better the outcome. However, we need to be in a world where not only one place can recognize it. It may be the family. It may be the school. It may be the workplace. It may be the primary care physician but we should all be alert to what is unusual.

pour tous les adolescents, nous faisons simplement en sorte que l'information soit disponible. Nous disons aux gens où ils peuvent trouver l'information et quels services sont disponibles s'ils ont besoin d'aide. Ce genre d'information est très important.

**Le Dr Kates :** Je crois que cela s'applique également aux soins primaires. Les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour reconnaître qu'il y a quelque chose de différent chez un jeune de 15 ou 16 ans. Ils ne pourront peut-être pas dire au juste ce dont il s'agit. Le patient n'a peut-être pas de symptômes psychotiques ou prépsychotiques mais le médecin peut néanmoins remarquer un changement.

Les familles qui sont en contact avec leur médecin de famille peuvent exprimer certaines préoccupations concernant l'un de leurs membres. Les médecins de soins primaires ne feront pas à la hâte un diagnostic de psychose, de dépression ou d'angoisse, mais le médecin est bien placé pour surveiller un jeune et s'assurer que de temps à autre il ou elle vienne à son bureau afin que l'on puisse surveiller tous les changements qui se manifestent. Lorsque la collaboration existe, le médecin de famille peut obtenir l'opinion d'un autre médecin pour confirmer la sienne.

La littérature médicale nous apprend que si les médecins de famille ont les appuis nécessaires, ils sont beaucoup plus susceptibles de détecter un problème et de faire un diagnostic. S'ils ne savent pas quoi faire à ce moment-là ou s'il n'y a pas de ressources disponibles ils sont plus susceptibles de laisser passer ou d'attendre pour voir ce qui se produira plus tard. Il existe beaucoup de littérature médicale sur les problèmes de toxicomanie. Avec ce genre de partenariat, les médecins de famille ou autres professionnels de la santé qui prodiguent les soins primaires peuvent avoir une vue longitudinale de ce patient.

Cela s'applique également au système scolaire. Il est important d'avoir quelqu'un qui est bien placé pour s'apercevoir s'il se passe quelque chose. Cette personne ne saura peut-être pas quoi faire, mais nous ne devrions pas attendre qu'un enfant soit assez malade pour avoir besoin de services de santé mentale.

Si vous me permettez une petite anecdote, un médecin de famille m'a demandé de voir une petite fille de cinq ans dans son bureau, qui d'après moi souffrait d'un trouble obsessivo-compulsif. J'en ai ensuite discuté avec le médecin de famille. Il m'a dit qu'il ne se rendait pas compte que les jeunes pouvaient souffrir de tels troubles. La prochaine fois que je suis allé à son bureau, il y avait trois autres enfants de moins de huit ans dont il s'inquiétait. Il ne pouvait pas voir exactement ce qui n'allait pas mais deux de ces enfants-là avaient effectivement des symptômes de troubles obsessivo-compulsif. Dans un partenariat, il est possible de faire intervenir des ressources communautaires.

**Le Dr Garfinkel :** Vous avez soulevé une bonne question. Nous savons que plus le diagnostic et le traitement de la schizophrénie se fait tôt, plus le résultat sera positif. Toutefois, il faut qu'il y ait plus d'un endroit où les symptômes peuvent être reconnus. C'est peut-être la famille. C'est peut-être l'école. C'est peut-être le milieu de travail. C'est peut-être le médecin de famille mais nous devons tous être en mesure de reconnaître les comportements inusités.

I would also mention that we do not know how to prevent schizophrenia, but we have done some high-risk studies. If you have one or two parents with schizophrenia, you have a very high risk of developing it. We are running some intensive preventative programs for these people, but we do not know if we can prevent schizophrenia.

**Senator Keon:** Dr. Kates, I am sorry I missed your presentation, but I understand that you have done a good job of looking at the integration of health professionals. Have you put the same effort into the integration of health resources in the community, in other words, looking at not only primary care as it relates to mental health, but also at community care, emergency services, social services and so forth? Have you addressed issue? If you have, and you have spoken to it, I apologize for asking the question.

**Dr. Kates:** I did not mention it specifically. The key is that collaborative models are built on certain principles, personal contacts, respect and care that are truly client centred, with an emphasis on recovery and optimizing the potential of the individuals, and trying to break down structural or attitudinal barriers. Rather than taking a model and trying to make it work somewhere else, if you apply the principles, there are many examples of where collaboration can take place. One aspect would be the integration of medical specialists into primary care. For example, there is consideration of a program for the treatment of congestive cardiac failure, that is, cardiologists, respirologists and pediatricians working as part of the primary care team.

You mentioned community resources. Some of the Western provinces have gone a lot further in linking or integrating primary care with mental health with community programs. In our vision of what primary care could look like, it would include not only the traditional providers of care, but also, perhaps, someone from the EI office or Workers Compensation who would come in once a month to help individuals who are having difficulty completing forms. It may include someone who works in one of the community self-help groups who brings a program into the primary care setting. It may be a family member who again can be supported to develop a program in the primary care setting.

All the other interfaces you mentioned, such as emergency, with primary care or mental health, all present unique problems. However, there are a lot of common elements based around the kind of things I mentioning before. We have to consider how we can sit down together and look at this as a common problem rather than your problem or my problem and of put aside the past come up with new solutions. That is how the kind of

Je rajouterais que nous ne savons pas comment prévenir la schizophrénie, mais on a fait certaines études sur les risques élevés. Si vous avez un ou deux parents qui souffrent de schizophrénie, vous courez un risque très élevé de contracter vous-même cette maladie. Nous administrons actuellement des programmes de prévention intensive à ces gens-là, mais nous ne savons pas si nous pouvons prévenir la schizophrénie.

**Le sénateur Keon :** Docteur Kates, je regrette d'avoir manqué votre exposé, mais je crois comprendre que vous avez fait un excellent travail dans le domaine de l'intégration des professionnels de la santé. Avez-vous déployé les mêmes efforts pour ce qui est de l'intégration des ressources de santé dans la communauté, ou en d'autres mots, examiné non seulement les soins primaires en ce qui a trait à la santé mentale, mais aussi les soins communautaires, les services d'urgence, les services sociaux, et cetera? Vous êtes-vous penché sur cette question? Dans l'affirmative, et si vous en avez parlé, excusez-moi de vous poser cette question.

**Le Dr Kates :** Je n'en ai pas parlé de façon précise. La clé réside dans le fait que les modèles collaboratifs sont fondés sur certains principes, les contacts personnels, le respect et les soins qui sont véritablement axés sur le client, axés sur la guérison et la réalisation du plein potentiel de ces personnes, ainsi que l'élimination des obstacles structurels et comportementaux. Plutôt que de prendre un modèle et d'essayer de le faire fonctionner ailleurs, si vous appliquez les principes, il y a beaucoup d'exemples où la collaboration peut avoir lieu. Un de ces aspects serait l'intégration des spécialistes dans les soins primaires. Par exemple, on songe à un programme pour le traitement de l'insuffisance cardiaque congestive qui comprendrait des cardiologues, des respirologues et des pédiatres qui participeraient au travail d'une équipe de soins primaires.

Vous avez parlé de ressources communautaires. Certaines des provinces de l'Ouest sont allées beaucoup plus loin dans leurs efforts pour intégrer les soins de première ligne avec la santé mentale et les programmes communautaires. Selon notre conception des soins de première ligne, en plus des fournisseurs de soins de santé traditionnels, peut-être qu'il devrait y avoir quelqu'un du bureau de l'assurance-emploi ou d'indemnisation des travailleurs qui viendrait une fois par mois aider ceux qui ont du mal à remplir leur formulaire. Peut-être pourrait-on faire participer quelqu'un qui travaille à l'un des centres d'entraide communautaire; une telle personne pourrait mettre sur pied un programme en milieu de soins de première ligne. On pourrait faire participer également quelqu'un de la famille qui pourrait être appuyé dans l'élaboration d'un programme en milieu de soins de première ligne.

Toutes les autres interfaces dont vous avez parlé, dont les urgences, les soins de première ligne et la santé mentale, présentent des problèmes uniques en leur genre. Toutefois, il y a beaucoup d'éléments en commun auxquels j'ai déjà fait référence tout à l'heure. Il faudrait trouver un moyen d'envisager ensemble la question comme un problème commun plutôt que le problème d'une personne ou d'une autre. Il faudrait mettre de côté le passé

projects that we have been involved with and the kind of solutions to the problems you are talking about can evolve.

**Senator Keon:** Ms. Budden, everybody I think is tremendously supportive of the expanded role of the nurse. In my own professional life, I have had extensive experience with clinical nurse specialists, nurse clinicians and so forth who did a wonderful job.

The main problem confronting you, is that you have a huge wave of retirements coming and your output is far below the 12,000 that we in the Senate committee recommended. How are you going to deal with that? Will you try to recruit nurses abroad?

**Ms. Budden:** I am not here representing the Schizophrenia Society, not the nurses association, but I can personally speak to your question. We need better recruitment and retention strategies. As an educator, I believe that we need to find ways to encourage our young people to stay in Canada. Some leave for financial reasons, but some leave for educational reasons. I think we have to show them the value we put on them, and we must find a way to reduce the stress that nurses face in the health care system. Those are complex issues. I do not know if the Canadian Nurses Association would be happy with me giving my opinion on that officially, but, personally I think we do need to improve our recruitment and retention strategies and we need to find a way to keep our young nurses. In Newfoundland, I teach a class of over 100 nurses, and I would say that we will lose 50 to 60 per cent of them to other places in Canada and to the U.S. because they provide better practices. These students want to go on. Life-long learning is important to nurses, and those other locations provide those opportunities to them. It is unfortunate for Newfoundland.

**Dr. Garfinkel:** I want to emphasize how inconsistent we have been about nursing policy and recruitment over 30 years. There is a wave where we want more nurses and, as soon as there are cutbacks, we cut back nurses. My understanding is that, in Ontario next year, there will probably be a loss of about 750 nursing positions. In our circumstances, many nurses decide that they would like to try another profession, perhaps real estate or business. They do not want the headache of investing their time for two years or so and losing their jobs again.

**Senator Keon:** Ever since President Kennedy started closing asylums in America, there has been a phenomenon of decanting hospital resources into communities. That is continuing, but Ontario has a long way to go. About 20 per cent of hospital

et trouver de nouvelles solutions. Nous avons participé à des projets qui ont présenté certains problèmes par le passé; c'est donc la meilleure façon d'en arriver à des solutions.

**Le sénateur Keon :** Madame Budden, je pense que tout le monde appuie de plein cœur le rôle élargi des infirmiers et des infirmières. Dans ma vie professionnelle, j'ai eu l'occasion de rencontrer énormément d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières cliniciennes entre autres qui ont toutes fait un excellent travail.

Mais le problème principal auquel vous faites face, c'est qu'il y aura bientôt un très grand nombre de départs à la retraite et votre rendement est bien en deçà des 12 000 infirmiers qu'avait recommandés le comité sénatorial. Comment comptez-vous faire face à ce problème? Avez-vous l'intention de recruter des infirmiers à l'étranger?

**Mme Budden :** Je ne représente pas la Société canadienne de schizophrénie, ni l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, je suis ici à titre personnel et c'est ainsi que je répondrai à votre question. Nous avons besoin de meilleures stratégies de recrutement et de maintien en poste. À titre de pédagogue, je crois que nous avons besoin de trouver des façons d'encourager nos jeunes à demeurer au Canada. Certains quittent pour des raisons financières, d'autres pour une question d'éducation. Il faudrait leur montrer la valeur que nous leur attribuons et trouver un moyen de réduire le stress auquel les infirmiers font face dans le système de santé. Ce sont des questions complexes. Je ne sais pas si l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada aimerait que je donne mon opinion officielle là-dessus, mais, personnellement je crois que nous avons besoin d'améliorer nos stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif. Nous devons trouver une stratégie pour garder nos jeunes infirmières. À Terre-Neuve, j'enseigne à une classe de plus de 100 infirmiers et infirmières. Je crois qu'on en perd entre 50 et 60 p. 100 parce qu'ils s'en vont dans d'autres régions du Canada et aux États-Unis en raison des meilleures pratiques médicales qu'ils offrent. Ces étudiants veulent poursuivre leurs études. Pour eux, l'éducation permanente est importante et ces autres régions leur offrent ces occasions. C'est malheureux pour Terre-Neuve.

**Le Dr Garfinkel :** J'aimerais souligner à quel point notre politique en matière d'infirmiers et de recrutement est incohérente depuis 30 ans. À un moment donné, nous voulons plus d'infirmiers, mais aussitôt qu'il y a des compressions, nous réduisons l'effectif. D'après ce que j'ai cru comprendre, l'année prochaine en Ontario il y aura probablement une réduction d'à peu près 750 postes d'infirmier. Dans de telles circonstances, beaucoup d'infirmiers décident de se recycler, peut-être en agents immobiliers ou en gens d'affaires. Ils ne veulent pas se casser la tête et perdre leur temps pendant deux ans si ce n'est que pour de nouveau perdre leur emploi.

**Le sénateur Keon :** Dès que le président Kennedy a commencé à fermer les hospices aux États-Unis, il y a une tendance qui se dessine selon laquelle les ressources des hôpitaux sont de plus en plus investies dans les collectivités. C'est une tendance qui

resources, in the opinion of the senior bureaucrats here in Ontario, have to come out of the hospital system and go into the community. How will you cope with that in the hospital system?

**Dr. Garfinkel:** This is a question we struggle with every single day. The mental health system has to be strong in four areas: The first, as you have heard from Nick, is the area of primary care, and I believe significant strides have been made in that area in the last decade. The second is in the community. The third is in acute care, general hospital. The fourth is in the mental health system.

On the last three, we have significant problems. We have problems in integration. What we have learned from our past, not from the United States, is that you can close a mental hospital and put none of the resource into care. We closed the Lakeshore Hospital in 1971 and turned patients into street people because the money was scooped for other phenomena.

I believe the level of community care is outstanding. We should normalize care for people as much as possible and admit people to hospital only when required for safety or security reasons. However, community care is not cheap care. Community care requires specialized resources with knowledgeable people who provide care and treatment.

We have a treatment program for psychosis involving 100 people with schizophrenia. Our team goes out to the homes in Toronto and keeps these people at home, very successfully. It is an excellent treatment program. It involves 100 people who, for sure, would have been in hospital. However, it is expensive. You need a doctor. You need a nurse. You need a social worker. You need a whole team.

I believe for the first time, the hospital system and physicians in the last five or seven years have been looking more broadly at the determinants of health and what it means to have an illness and to have a decent quality of life. Physicians and hospitals no longer say to their patients, "You're out of my care. I've treated the psychosis for the last month. It's now somebody else's turn. Here's a subway token. Good-bye." That no longer happens as it did before. People are interested, but the connector at the other side is rarely there.

**Ms. Budden:** I believe family members need more support in the community because they are often the sole supporters of an individual with mental illness. Not only should we include it in health human resources and other human resources, but we also need to find the supports to assist the families in the community. It will take a burden off the health care system if we support the families. We know from research that individuals who have

persiste, mais l'Ontario a encore beaucoup de chemin à parcourir. Selon les hauts fonctionnaires ici en Ontario, environ 20 p. 100 des ressources des hôpitaux ont été transférés du régime hospitalier aux collectivités. Comment le régime hospitalier peut-il faire face à cela?

**Le Dr Garfinkel :** C'est un problème avec lequel on doit composer quotidiennement. Le système de santé mentale doit reposer sur quatre piliers solides : premièrement, comme Nick l'a dit, il y a le secteur des soins primaires, et je crois que nous avons réalisé des progrès importants dans ce secteur depuis 10 ans. Deuxièmement, il y a la collectivité. Troisièmement, le secteur des soins de courte durée, c'est-à-dire l'hôpital général. Et quatrièmement, le système de santé mentale.

Les trois derniers piliers du système ont des problèmes énormes. Il y en a un problème en ce qui concerne l'intégration. Ce que nous avons appris du passé, et là je ne vous parle pas des États-Unis, c'est qu'on peut fermer un hôpital psychiatrique sans réinvestir les ressources dans d'autres soins. On a fermé l'hôpital Lakeshore en 1971 et les patients sont devenus des clochards parce qu'on a consacré l'argent à d'autres fins.

Je crois que le niveau de soins de santé communautaire est formidable. Dans la mesure du possible, nous devrions normaliser les soins de santé, et l'admission à l'hôpital devrait se limiter aux cas où cela est nécessaire pour des fins de sûreté et de sécurité. Cependant, les soins de santé communautaires sont coûteux et exigent des ressources spécialisées ainsi qu'un personnel qualifié capables de dispenser les soins et le traitement.

Nous avons un programme de traitement des troubles psychotiques qui nous permet de procurer des soins à une centaine de personnes affligées de schizophrénie. Notre équipe fait des visites à domicile à Toronto, ce qui permet à ces gens de rester chez eux sans problème. C'est un programme de traitement excellent qui compte une centaine de patients qui, autrement, auraient été hospitalisés. Mais c'est un programme coûteux. Il faut un médecin, une infirmière, un travailleur social, toute une équipe.

Depuis les cinq ou sept dernières années, je crois que le système hospitalier et les médecins examinent, pour la première fois je crois, les facteurs déterminants de la santé dans son sens plus large et ce que cela comporte lorsque quelqu'un est affligé d'une maladie et ce qu'implique une bonne qualité de vie. Les médecins et les hôpitaux ne disent plus aux patients : « Vous n'êtes plus sous ma responsabilité. Je vous ai traité pour des troubles psychotiques depuis un mois et maintenant il incombe à quelqu'un d'autre de faire quelque chose. Voici un jeton de métro et au revoir. » Cela n'arrive plus comme dans le passé. On s'intéresse au sort des patients mais souvent il est difficile de trouver quelqu'un pour faire le suivi.

**Mme Budden :** Je crois que la collectivité doit offrir une plus grande aide aux membres des familles parce que ces gens sont souvent les seuls à venir en aide à une personne atteinte de maladie mentale. Cette aide doit comprendre des ressources humaines en matière de santé ainsi que d'autres ressources humaines mais également des formes de soutien pour aider les familles au sein de la collectivité. Plus on aidera les familles plus

family support are more likely to have a better prognosis, a better recovery and, therefore, they would not be hospitalized as much. We need to support our families in the community as part of the treatment team and not as a body outside the treatment team.

**Dr. Kates:** I think the concept of “hospital or community” is an anachronistic one. It belongs to an era of 50 years ago when people did live either in the community or the hospital. We have to view hospitals as community facilities; and hospitals have to see themselves as part of the community and they must make services more mobile, not limited to the walls of a facility. A hospital must be able to exist within a community, even though some of the services are delivered in non-traditional locations.

A simple example is hospital specialists, not just physicians, being able and willing to spend part of their time working in community settings as part of their hospital responsibility. We have to think about that division completely differently.

**Dr. Garfinkel:** To go back to your original question, we need transition funding to do this properly. You don not just close a hospital and say that you will build supportive housing over the next eight years. That will cause the same problem we had in the 1970s.

**The Chairman:** First, Dr. Kates, about 45 years ago New Brunswick got around this problem by coming up with a wonderful idea which they called the “extramural hospital.” This was in the old days when the federal government paid 50 per cent of hospital costs. They effectively redefined “hospital” to include the homes of individuals who had been discharged from hospital because they wanted to provide home care. Maritimers are terrifically creative at figuring out to get around situations. It seems to me that the challenge will not be for policy-makers to think of the hospital as the community, it will be for the people in the hospital to think of themselves as part of the community. That raises one question in my mind.

In your report you mention the need to encourage GPs to move into the shared care model. This is just borne out of frustration. At some point will we be prepared to stop encouraging and to actually require? I have to tell you that, when I look at the OHA data in particular, I note the lack of progress at moving into shared care models and the huge resistance on the part of a significant number of the GP population to do this. However, I am cognizant of the fact that they are paid out of public funds and that the reality is that it is

on réduira le fardeau sur le système de soins de santé. Nos recherches nous apprennent que les malades qui ont le soutien de la famille ont le plus de chances d'avoir un meilleur pronostic, une meilleure récupération et, par conséquent, ils passeraient moins de temps en milieu hospitalier. Nous devrions concevoir les familles dans la collectivité comme faisant partie intégrante de l'équipe de traitement, et non pas comme une entité à l'extérieur de cette équipe.

**Le Dr Kates :** À mon avis, ce concept de soins offerts en milieu hôpital par rapport au milieu communautaire est désuet. Ce terme remonte à 50 ans où les gens vivaient soit au sein de la collectivité ou à l'hôpital. Il faut considérer les hôpitaux comme des installations de la collectivité; et les hôpitaux doivent se considérer comme faisant partie intégrante de la collectivité en offrant des services plus mobiles, qui ne se limitent pas aux murs d'un établissement. L'hôpital doit pouvoir exister au sein d'une collectivité, même si parfois la prestation des services n'a pas lieu aux endroits traditionnels.

Un exemple simple, ce sont les spécialistes hospitaliers, et non pas seulement les médecins, qui, dans le cadre de leurs responsabilités hospitalières, sont prêts à consacrer une partie de leur journée de travail en milieu communautaire. Il faut envisager ce partage de responsabilités d'une façon complètement différente.

**Le Dr Garfinkel :** Pour revenir à votre question initiale, il nous faut du financement de transition pour procéder comme il faut. Il ne faut pas fermer un hôpital en disant qu'on va construire des logements avec services de soutien au cours des huit prochaines années. Nous allons nous retrouver avec le même problème que l'on a connu dans les années 70.

**Le président :** D'abord, monsieur Kates, il y a environ 45 ans, le Nouveau-Brunswick a contourné ce problème en créant quelque chose de génial : la notion « d'hôpital extra-mural ». C'était à l'époque où le gouvernement fédéral assumait 50 p. 100 des frais d'hôpital. En effet, la province a redéfini la notion « d'hôpital » pour y inclure les maisons des individus qui avaient quitté l'hôpital, parce que la province voulait fournir les soins à domicile. Les habitants des provinces maritimes ont beaucoup d'imagination lorsqu'il s'agit de contourner une situation. Il me semble que le défi ne consistera pas à encourager les décideurs de voir l'hôpital comme faisant partie intégrante de la communauté, il s'agira aux gens dans les hôpitaux de se voir comme des membres de la communauté. Cela soulève une question dans mon esprit.

Dans votre rapport, vous dites qu'il faut encourager les omnipraticiens à adopter ce modèle de soins partagés. Une certaine frustration existe. Serons-nous prêts, à un moment donné, à ne plus encourager mais plutôt à exiger? Je dois vous dire que lorsque j'examine les données de l'AHO en particulier, je note le manque de progrès en ce qui concerne l'adoption d'un modèle de soins partagés et une grande résistance de la part d'un bon nombre d'omnipraticiens à le faire. Cependant, je sais que leurs salaires sont payés à même les fonds publics et qu'en réalité,

both inefficient and ineffective, relatively speaking. At what point do those of us in government stop being nice and make this a requirement?

**Dr. Kates:** I am reminded of the comment of Yogi Berra, the Yankee manager, when asked what the secret of managing a baseball team was, and he said. "It's to keep those who hate you away from those who are undecided."

We need a two-part strategy. The first stage would be to work with those who have not yet made up their minds, and then to develop models that work and be able to demonstrate that this is an effective way of delivering care and that people who work in these models believe that this is a rewarding way of delivering care.

**The Chairman:** All of which I believe. I believe that, in a sense, real progress is being frustrated. As my wife would tell you, I do not have a lot of patience for that kind of thing. It does seem that at some point government will have to get substantially more assertive than it has been to date.

**Dr. Garfinkel:** We have made huge progress in education and having people appreciate what treatment will be useful and is required, but the funding mechanisms work entirely against it. I believe that primary care reform is our number one issue in Canada, and not just for the benefit of the mental health system. It is for all of us.

**The Chairman:** Senator Keon has been saying that.

**Dr. Garfinkel:** I will be long gone by the time we have primary care reform, so I would support a tougher stance.

**The Chairman:** We will take you up on your invitation to explain to us your information system which, as you described it, applies only to people in psychiatric beds. However, the reality is the vast majority of people receiving mental health care are not in those beds, they are in the community. You say that you will try to develop a similar type of database for those people.

**Dr. Garfinkel:** We have this system, and we are experimenting with it in a number of communities in Ontario. We have a modified version that can be used by the physician in his or her office. If the physician makes an inquiry, he will get information about his patient's needs, including housing and a whole range of items. It is not just mental health information. It is a very exciting model and I would be happy to spend some time explaining it to you.

**The Chairman:** We would like to understand that.

I would thank all of you for appearing before our committee today. We appreciate you taking the time to be here.

The committee adjourned.

cette situation est somme toute inefficace. À partir de quand allons-nous cesser d'être gentils et d'en faire une exigence?

**Le Dr Kates :** Cela me rappelle un commentaire de Yogi Berra, le gérant des Yankees, lorsqu'on lui a demandé le secret pour bien gérer une équipe de baseball, et il a dit qu'il s'agissait de garder les personnes qui vous détestent loin de celles qui sont indécises.

Nous avons besoin d'une stratégie à deux volets. Il faut commencer par travailler avec ceux qui n'ont pas encore pris de décision, et ensuite élaborer des modèles qui fonctionnent pour montrer que cette méthode de prestation de soins est efficace et que les personnes qui se servent de ces modèles croient que cette méthode de prestation de soins est valable.

**Le président :** Ce que nous croyons tous. Je crois que dans un sens, certains essaient d'empêcher le véritable progrès. Comme ma femme vous le dirait, je n'ai pas guère de patience pour ce genre de choses. Il me semble qu'à un moment donné, le gouvernement devra s'affirmer beaucoup plus qu'il ne le fait à l'heure actuelle.

**Le Dr Garfinkel :** Nous avons fait énormément de progrès en matière d'éducation et en faisant valoir quels traitements sont utiles et nécessaires, mais les mécanismes de financement vont en inverse. Je crois que la réforme du système de soins primaires est la question la plus importante au Canada, non pas exclusivement dans l'intérêt du système de santé mentale, mais dans notre intérêt à tous.

**Le président :** C'est ce que dit le sénateur Keon depuis un certain temps.

**Le Dr Garfinkel :** Je ne serai plus là depuis longtemps lorsqu'une réforme des soins primaires verra le jour, donc je suis en faveur d'une approche plus musclée.

**Le président :** Nous allons accepter votre invitation à nous expliquer votre système d'information qui, selon votre description, s'applique exclusivement aux personnes dans les unités psychiatriques. Cependant, en réalité, la vaste majorité des gens qui reçoivent des soins de santé mentale ne sont pas dans ces unités; elles sont au sein de la collectivité. Vous dites que vous allez essayer d'élaborer une base de données similaire pour ces personnes.

**Le Dr Garfinkel :** Nous avons ce système que nous mettons à l'essai dans un certain nombre de collectivités en Ontario. Il existe une version modifiée dont un médecin peut se servir dans son cabinet. Si le médecin fait une demande, il obtiendra les renseignements à propos des besoins de son patient, y compris le logement et toute une série d'autres choses. Il ne s'agit pas juste de renseignements portant sur la santé mentale. C'est un modèle très prometteur et j'aimerais avoir le temps de vous l'expliquer.

**Le président :** Nous aimerions le comprendre.

Je vous remercie tous d'avoir comparu devant notre comité aujourd'hui. Nous vous savons gré du temps que vous nous avez consacré.

La séance est levée.



*Schizophrenia Society of Canada:*

Florence Budden, President-Elect.

*Canadian Collaborative Mental Health Initiative:*

Dr. Nick Kates, Chair.

*Société canadienne de schizophrénie :*

Florence Budden, présidente désignée.

*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale :*

Le Dr Nick Kates, président.



Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid  
Lettermail

Poste-payé  
Poste-lettre

1782711  
OTTAWA

*If undelivered, return COVER ONLY to:*

Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

*Hong Fook Mental Health Association:*

Raymond Chung, Executive Director.

*Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre:*

Martha Ocampo, Co-director.

*As an individual:*

Raymond Cheng.

*Canadian Mental Health Association (Toronto Branch):*

Steve Lurie, Executive Director.

*Victorian Order of Nurses (VON):*

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

*Canadian Association for Suicide Prevention:*

Dr. Paul Links, President, Professor of Psychiatry, University of Toronto.

*Ontario Hospital Association:*

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Working Committee on Mental Health.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

*Hong Fook Mental Health Association :*

Raymond Chung, directeur exécutif.

*Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre :*

Martha Ocampo, codirectrice.

*À titre personnel :*

Raymond Cheng.

*Association canadienne pour la santé mentale (bureau de Toronto) :*

Steve Lurie, directeur exécutif.

*Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) :*

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

*Association canadienne pour la prévention du suicide :*

Le Dr Paul Links, président, professeur de psychiatrie, Université de Toronto.

*Association des hôpitaux de l'Ontario :*

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

*(Suite à la page précédente)*