



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

Wednesday, February 23, 2005

Issue No. 8

Ninth 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 mercredi 23 février 2005

Fascicule n° 8

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

*Ex officio members

(Quorum 4)

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

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

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

* Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 23, 2005
(13)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:35 p.m., this day, in room 9 of the Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

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:*Treasury Board Secretariat:*

Mr. Phil Charko, Assistant Secretary, Pension and Benefits Division.

Correctional Service Canada:

Dr. Françoise Bouchard, Director General, Health Services;

Dr. Michael Bettman, Acting Director General, Offender Programs and Reintegration.

Citizenship and Immigration Canada:

Dr. Sylvie Martin, Acting Director, Immigration Health Program Elaboration.

National Defence:

Brigadier-General Hilary F. Jaeger, Surgeon General;

Colonel D. R. Boddam.

Veterans Affairs Canada:

Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veteran Services Branch.

Phil Charko, Dr. Bouchard and Dr. Martin each made a statement. Together the witnesses answered questions.

Hilary F. Jaeger and Brian Ferguson each made a statement. Together the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 23 février 2005
(13)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 35 dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

Aussi 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.

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 :*Secrétariat du Conseil du Trésor :*

M. Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux.

Service correctionnel Canada :

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé;

M. Michael Bettman, directeur général intérimaire, Programmes pour délinquants et réinsertion sociale.

Citoyenneté et Immigration Canada :

Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration.

Défense nationale :

Le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale;

Le colonel D. R. Boddam.

Anciens Combattants Canada :

Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Direction des services aux anciens combattants.

Phil Charko, les Drs Bouchard et Martin font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

Hilary F. Jaeger et Brian Ferguson font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

It was agreed that the following budget application for legislation be approved for submission to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration:

Summary of Expenditures:

Professional and Other Services	\$ 6,000
Transportation and Communications	\$ 0
All Other Expenditures	\$ 2,000
Total	\$ 8,000

It was agreed that the committee proceed to hire the services of Ascentum Incorporated, for the purpose of elaborating an electronic survey and a Communications Plan for the committee's study on Mental Health and Mental Illness.

At 6:01 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

Il est entendu que la demande de budget qui suit pour les mesures législatives est approuvée pour être soumise au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration.

Sommaire des dépenses :

Services professionnels et autres	6 000 \$
Transports et communications	0 \$
Autres dépenses	2 000 \$
Total	8 000 \$

Il est entendu que le comité retienne les services de Ascentum Incorporated aux fins d'élaboration d'un sondage électronique et d'un plan de communication pour l'étude que fait le comité sur la santé mentale et la maladie mentale.

À 18 h 1, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, February 23, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 3:35 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are continuing our study on mental health and mental illness, and today we have two panels of government officials, the first panel being from Treasury Board, the Correctional Service and Citizenship and Immigration, and the second panel being from National Defence and Veterans Affairs. We will begin with short statements from each of you, and then we will ask you questions.

Mr. Phil Charko, Assistant Secretary, Pension and Benefits Division, Treasury Board Secretariat: I would like to begin by thanking the committee for inviting me to this session to provide comments on your study on mental health and mental illness and addiction. During this presentation, I will try to answer the committee's questions on the effectiveness of the federal government in accommodating individual employees with mental illness and addiction and what needs to be improved. I assure the committee members that this is an objective that I share with you.

I will start with a bit about our role as Treasury Board Secretariat. TBS oversees the government's financial, labour relations and administrative responsibilities. In a way, you could think of it as a general manager or employer of the federal public service. As such, we are responsible for the policies and programs that affect the mental health of employees. TBS shares those responsibilities with the new agency that was just recently created, the Public Service Human Resource Management Agency.

In my view, to be successful in the management of mental health issues in the federal public service, you need to focus on three domains: First, good human resource management; second, work place policies; third, how the government supports employees with mental illness and addiction problems.

Why is good human resource management important? If HR management is not properly organized and accountabilities are unclear, then the policies and programs that the employer puts in place will not be effective. Several years ago, the Auditor General pointed out that the way in which human resources are managed in the public service was not as effective as it could be. I am happy to say that the government has passed a new act, the Public Service Modernization Act, which is an ambitious agenda to foster excellence in people management. We are optimistic that

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 23 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 15 h 35 pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs, nous poursuivons notre étude de la santé mentale et de la maladie mentale et accueillons aujourd'hui deux groupes de fonctionnaires gouvernementaux. D'abord, le premier groupe sera composé des représentants du Secrétariat du Conseil du Trésor, du Service correctionnel du Canada et de Citoyenneté et Immigration Canada. Le deuxième groupe sera composé de représentants de la Défense nationale et des Anciens Combattants. Nous demanderons d'abord à chacun d'entre eux de faire une brève déclaration, après quoi nous pourrions leur poser des questions.

M. Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux, Secrétariat du Conseil du Trésor : Je remercie d'abord le comité de m'avoir invité à faire part de mes commentaires sur votre étude portant sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Je tenterai aujourd'hui de répondre aux questions du comité sur l'efficacité du gouvernement fédéral en tant qu'employeur, lorsqu'il répond aux besoins des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie et sur les améliorations à apporter. Il s'agit d'un objectif que nous partageons avec votre comité.

Je commencerai par vous parler brièvement du Secrétariat du Conseil du Trésor. Le Secrétariat du Conseil du Trésor surveille les responsabilités du gouvernement dans le domaine des finances, des relations de travail et de l'administration. À titre de gestionnaire général et d'employeur de la fonction publique fédérale, c'est lui qui établit les politiques et les programmes qui touchent la santé mentale de ses employés. Le Secrétariat du Conseil du Trésor partage ces responsabilités avec la nouvelle Agence récemment créée, l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada.

À mon sens, pour bien réussir la gestion des enjeux touchant la santé mentale dans la fonction publique fédérale, il faut considérer trois facteurs : d'abord, une saine gestion des ressources humaines; ensuite, de bonnes politiques d'aide en milieu de travail; et en troisième lieu, les programmes d'aide du gouvernement à l'égard des employés souffrant de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie.

Pourquoi la saine gestion des ressources humaines est-elle à ce point importante? Si la gestion des ressources humaines n'est pas bien organisée et que la hiérarchie de la reddition des comptes manque de clarté, les politiques et programmes de l'employeur ne seront pas efficaces. Il y a plusieurs années, le vérificateur général signalait que la gestion des ressources humaines dans la fonction publique laissait à désirer. Je suis heureux de vous dire que le projet ambitieux qu'est la Loi sur la modernisation de la fonction publique récemment adoptée par le gouvernement vise à favoriser

this new act will clarify responsibilities and, in particular, one of the key themes is to place more responsibility for HR management in the hands of deputy ministers and line managers. That will be critical for the management of mental illness in the public service.

It also includes requirements for more consultations with unions and measures to reduce conflict in the workplace. As well, it provides increased facilities or an emphasis on a common learning service. That will allow for better training of line managers in HR issues.

Although this modernization act was passed last year, you could ask how well are we doing with its implementation. I am happy to report that the Auditor General's report last week indicated that they felt this was a good foundation for managing HR reform. Deputy minister advisory committees have been created, and some of the institutional changes associated with the modernization act are being put in place. Although there is still a long way to go in terms of modernizing HR management in the public service, there are signs of cultural change. The fundamental challenge will be to ensure that deputy ministers and line managers take on ownership of HR issues, which will involve ownership of the mental health issues of their employees.

The second area of activity where success is required is appropriate employee assistance and workplace well-being policies. There are many programs in the federal government to address issues such as mental health and addiction problems and workplace well-being. We have a comprehensive set. They include things like flexible working arrangements, telework, job-sharing, mobility policies, child care. We have generous leave policies, anti-harassment, fitness, duty-to-accommodate policies, employment equity, pride and recognition, and policies with respect to the code on values and ethics.

Not only does the Treasury Board Secretariat and the Public Service Human Resources Management Agency, or PSHRMA, have these policies, we often have programs to assist in the implementation of policies. Therefore, we publish guidelines, best practices, and offer training to managers. To elaborate on how some of these policies can affect mental illness issues, for example the code of values and ethics, one of the areas deals with people values. If we have a workplace where individual differences are respected, we can do a lot to eliminate the stigma associated with mental illness, which is a problem in the public service. The

l'excellence dans la gestion des ressources humaines. Nous sommes sûrs que cette nouvelle loi précisera les responsabilités, puisque l'un de ses grands thèmes, c'est notamment de remettre entre les mains des sous-ministres et des gestionnaires hiérarchiques plus de responsabilités en matière de gestion des ressources humaines. À nos yeux, c'est un élément clé de la gestion de la maladie mentale dans la fonction publique.

La loi prévoit également une consultation accrue avec les syndicats ainsi que des mesures destinées à réduire les conflits en milieu de travail. La loi prévoit également la création d'un fournisseur de services d'apprentissage commun pour la fonction publique, ce qui devrait permettre de mieux former les gestionnaires hiérarchiques en matière de ressources humaines.

La Loi sur la modernisation a été adoptée l'année dernière, et vous vous demandez sans doute si sa mise en œuvre est couronnée de succès. Je suis heureux de signaler que, dans son rapport déposé la semaine dernière, la vérificatrice générale mentionnait que le gouvernement avait établi de bonnes bases en vue de la réforme de la gestion des ressources humaines. En effet, un comité consultatif de sous-ministres a été créé, et certains des changements institutionnels associés à la Loi sur la modernisation de la fonction publique sont actuellement en place. Même s'il y a encore beaucoup de chemin à faire pour moderniser la gestion des ressources humaines de la fonction publique, on peut d'ores et déjà parler de changement de culture. Le grand défi, ce sera de faire en sorte que les sous-ministres et les gestionnaires hiérarchiques s'approprient toutes les questions de ressources humaines, ce qui implique notamment s'approprier les questions de santé mentale de leurs employés.

Le deuxième facteur de réussite, ce sont des programmes d'aide appropriés aux employés et des politiques de mieux-être en milieu de travail. Il existe beaucoup de programmes au gouvernement fédéral destinés à résoudre les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et destinés à favoriser le mieux-être en milieu de travail. Nous avons toute une gamme d'activités qui inclue, notamment, le régime de travail souple, le télétravail, le partage des postes, les politiques de mobilité, ainsi que les soins aux enfants. Nos politiques sont généreuses, qu'il s'agisse de politiques de congé, de lutte contre le harcèlement, de programmes de conditionnement physique au travail, de politiques relatives à l'obligation de prendre des mesures d'adaptation, de l'équité en matière d'emploi, les programmes de fierté et de reconnaissance, et des politiques en ce qui concerne le code des valeurs et d'éthique.

Non seulement le Secrétariat du Conseil du Trésor et l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada ont des politiques en ce sens, mais ils ont également des programmes destinés à aider à la mise en œuvre des politiques. En effet, nous publions des lignes directrices, les pratiques exemplaires, et nous offrons de la formation aux gestionnaires. Pour illustrer la façon dont certaines de ces politiques touchent les questions de maladie mentale, je prendrai le code des valeurs et d'éthique dont l'une des parties traite de la dimension humaine. En effet, dans un milieu de travail respectueux les différences

Duxbury-Higgins study several years ago noted that the public service has one of the best sets of workplace well-being policies of all employers.

I would like to talk about the employee assistance program, which is mandatory in all government departments. It provides for short-term, confidential counselling. It is paid for by the department and allows for counselling of employees with all kinds of problems, not just mental health, without prejudice to job security or career. That is an important element in our suite of policies.

One can ask, how well are we doing? We have been offering regular public service surveys of all public servants. We had them in 1999 and 2000. In the 1999 survey of public servants, a number of problems were found, but since then, the second survey in 2002 indicated improvement in areas of, for example, employees being better recognized by supervisors, and a greater sense of team work in the public service than in the 1999 period. Those are elements which indicate a reduction in stress in the workplace.

The committee of deputy ministers made some recommendations in 2002 to encourage departments to address workload, imbalances in the workplace and other workplace management issues that had been identified. As an indicator of some progress, Statistics Canada was awarded a Healthy Workplace Award from the National Quality Institute, an award which is difficult to obtain.

The government is continuing to examine its policies in terms of mental health. Michael Wilson has been appointed special adviser to the Minister of Health to assess mental health issues in the public service, and his report is due at the end of the year. There are some indications that our suite of policies does make coherent sense.

If you have managers that are focused on HR issues and well trained, that is one success factor. If you have a suite of workplace policies that deal with leave and duty to accommodate employees with mental health problems, that is another success factor. The third deals with your insurance programs when, in fact, the employee finds himself in difficulty.

I would like to talk about the disability program, disability insurance, the health benefits and the pension plans. We have the largest group benefit plans in Canada. As the largest employer in Canada, these are large programs. We are probably the largest customer for most big insurance companies, such as Sun Life, Great West Life and Manulife.

In terms of the health plan, we have over 1 million people in the plan, about 500,000 plan members and another 500,000 dependents. It covers pensioners as well. In fact,

individuelles, il est souvent possible d'éliminer le stigmate social rattaché à la maladie mentale, qui est un problème dans la fonction publique. L'étude Duxbury-Higgins, il y a plusieurs années, reconnaissait que les politiques sur le mieux-être en milieu de travail dans la fonction publique fédérale comptaient parmi les meilleures.

Passons maintenant au programme d'aide aux employés, obligatoire dans tous les ministères. Le programme PAE offre du counselling confidentiel à court terme payé par le ministère, qui permet d'aider les employés aux prises avec toutes sortes de problèmes, et pas seulement des problèmes de santé mentale, sans que cela nuise à leur sécurité d'emploi ou à leur carrière. Le programme PAE est un élément important de notre trousse de politiques.

Mais des progrès ont-il été réalisés? Nous sondons régulièrement nos fonctionnaires. Des sondages ont été menés en 1999 et en l'an 2000. Plusieurs problèmes ont été signalés lors du sondage de 1999, mais depuis, le deuxième sondage de 2002 signalait des améliorations dans plusieurs secteurs : Les employés sont mieux reconnus par leurs surveillants, et un sentiment accru de travail d'équipe dans la fonction publique se dégage par rapport à 1999. Voilà des éléments qui semblent traduire une diminution du stress en milieu de travail.

Le comité des sous-ministres a formulé des recommandations en 2002 pour encourager le ministère à se pencher sur les problèmes de charge de travail, de déséquilibre en milieu de travail et sur d'autres problèmes de gestion du milieu de travail qui avaient été signalés. Mais signe de progrès, Statistique Canada obtenait le prestigieux prix favorisant un milieu de travail sain, prix difficile à obtenir, décerné par l'Institut national de la qualité.

Le gouvernement continue à scruter ses propres politiques sur la santé mentale. Michael Wilson a d'ailleurs été nommé conseiller spécial auprès du ministre de la Santé en vue d'évaluer l'approche du gouvernement à l'égard de la santé mentale dans le milieu de travail; M. Wilson est censé déposer un rapport à la fin de l'année, et tout semble indiquer que notre éventail de politiques donne des résultats.

Autres facteurs de réussite? Des gestionnaires bien formés qui s'intéressent aux questions des ressources humaines. La gamme de politiques en milieu de travail portant sur les congés et l'obligation de prendre des mesures d'adaptation pour aider les employés aux prises avec des problèmes de santé mentale sont un autre gage de réussite. J'ai aussi parlé, comme troisième élément, des programmes d'assurance destinés à aider l'employé en difficulté.

J'aimerais maintenant aborder nos programmes d'invalidité, à savoir l'assurance-invalidité, les prestations de santé et les régimes de pension. À titre de plus grand employeur canadien, le gouvernement fédéral a des régimes d'avantages sociaux collectifs parmi les plus ambitieux. Nous sommes sans doute le client le plus important de la plupart des grandes compagnies d'assurance que sont la Sun Life, la Great West et Manuvie.

Notre régime de soins de santé couvre plus de un million de gens, c'est-à-dire que nous avons quelques 500 000 adhérents au régime et 500 000 personnes à charge. Ce régime s'adresse

45 per cent of people in our health plan are pensioners. Our department oversees the disability, life insurance and dental plans as well.

I would like to give a few statistics on mental disorders. With respect to the health plan, \$64 million was spent on prescribed drugs and \$10 million for psychologist services. With respect to our long-term disability program, in terms of our statistics, in 2003, 44 per cent of our new long-term disability cases were for depression and anxiety. That is a fairly high number. However, we have a fairly high rate of recovery and return to work. Approximately 70 per cent of people who go on LTD do come back to work.

To elaborate on the approach to coming back to work, we have a flexible approach whereby individuals can come back temporarily in a less demanding job, or can come back on reduced hours. If they are coming back on reduced hours, the DI benefit is continued to the point where they are back to their main income. With respect to pensions, if at the end of the day the individual is unable to come back, the Federal Public Service Pension Plan does offer a disability pension. The pension benefit, plus the DI, will guarantee 70 per cent of the income up to age 65.

We think we have good coverage on our basic insurance programs. I would say that we do not have a recent assessment of the effectiveness of these programs and we have initiated a renewal initiative where we will examine the effectiveness of these programs. We will ask ourselves: Do they meet all of the needs of the various stakeholders, and are they well integrated with policies in the departments? As part of that study, we will be looking at industry best practices and ensuring that we have the best that we can. We hope to learn more from some of the major insurance companies in terms of the management of these issues. As part of this review, we will be discussing these questions with the bargaining agents.

In terms of what the public service needs to do to improve and to lead by example, we need to continue with the cultural change in management of HR. We need to be innovative in addressing mental illness and addiction through our suite of policies and programs, and we need to more formally assess our disability management program.

Although many challenges remain, I have tried to give you a sense of where the federal government is going as the employer. I want to thank you for the opportunity to make these comments and wish the committee good luck.

Dr. Françoise Bouchard, Director General, Health Services, Correctional Service Canada: I spoke to the committee last May regarding the issues facing mentally disordered offenders. I want to express how pleased Correctional Service Canada

également à nos retraités, puisque 45 p. 100 de ceux qui sont couverts sont des retraités. Notre ministère s'occupe également des prestations d'invalidité, de l'assurance-vie ainsi que des régimes de soins dentaires.

Laissez-moi vous donner quelques chiffres qui touchent les maladies mentales. En vertu du régime de soins de santé, un montant de 65 millions de dollars a été dépensé pour les médicaments sur ordonnance et 10 millions de dollars pour des services de psychologie. En vertu de notre régime d'invalidité à long terme, en 2003, 44 p. 100 de nos cas d'invalidité à long terme représentaient des maladies liées à la dépression et à l'anxiété, ce qui est assez imposant. Toutefois, nous sommes heureux de signaler qu'environ 70 p. 100 de nos employés qui profitaient d'un régime d'assurance-invalidité à long terme se sont rétablis et sont retournés au travail.

Pour ce qui est du retour au travail, nous sommes assez souples : on peut revenir au travail en occupant temporairement un emploi moins exigeant, ou revenir à une semaine de travail aux heures réduites. Si on opte pour les heures réduites, l'assurance-invalidité est maintenue jusqu'au point du retour au niveau du revenu principal. Quant aux pensions, s'il se trouve que la personne est incapable de revenir au travail, c'est le régime de pension de la fonction publique des employés fédéraux qui verse alors une prestation d'invalidité. La prestation d'invalidité à laquelle s'ajoute l'assurance-invalidité garantiront à l'intéressé 70 p. 100 de son revenu jusqu'à l'âge de 65 ans.

Nous pensons que nos programmes d'assurance de base offrent une bonne couverture. Toutefois, comme nous n'avons pas évalué récemment l'efficacité des programmes, nous avons lancé une initiative en vue d'en évaluer la pertinence. Nous nous demandons d'abord s'ils répondent à tous les besoins des divers intéressés et s'ils sont bien intégrés aux politiques ministérielles. Dans le cadre de notre étude, nous regarderons également quelles sont les pratiques exemplaires dans l'industrie, pour faire en sorte que nous ayons nous-mêmes les meilleures qui soient. Nous espérons tirer des leçons de ce que font les grandes compagnies d'assurance en matière de gestion de ce type de problèmes. Nous allons également discuter de ces enjeux avec les agents de négociation.

Quant à savoir ce que la fonction publique doit faire pour améliorer la situation et pour donner l'exemple, je suis d'avis que nous devons continuer à favoriser le changement de culture dans la gestion des ressources humaines. Nous devons faire preuve d'innovation dans nos politiques et programmes touchant la santé mentale et la toxicomanie, et nous devons aussi évaluer de façon plus officielle notre programme de gestion des invalidités.

Il reste beaucoup de défis à relever, mais j'ai voulu vous donner une idée de l'orientation qu'a prise le gouvernement fédéral à titre d'employeur. Merci de m'avoir permis de vous adresser la parole, et bonne chance au comité.

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel Canada : Je me suis adressée au comité en mai dernier relativement aux problèmes auxquels étaient confrontés les délinquants atteints de troubles mentaux. Je veux

was to have the issues affecting inmates reflected in the committee's report.

I want to begin by discussing CSC's role with respect to the provision of mental health services to federal offenders. Correctional Service Canada is responsible for administering the sentences of two or more years imposed by the courts. We are responsible for approximately 12,000 incarcerated offenders and another 8,000 living in the community on some form of release. Eventually, almost all offenders return to the community. CSC has a direct role in the provision of mental health services to offenders. Our legislative mandate, the Corrections and Conditional Release Act, require that we provide every inmate with essential health care and reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community. We must remember that mental health needs extend beyond the sentence.

A high percentage of these offenders have mental health problems, and this is a growing challenge. Twelve per cent suffer from a serious mental disorder which requires immediate intervention. The percentage of offenders with the diagnosis of mental disorder on admission has risen 61 per cent in seven years, and during the same period the number of offenders on prescribed medication has increased by 80 per cent.

Your report refers to the issue of treatment for individuals with dual diagnosis, such as drug, substance abuse and mental health problems, and to the issue of suicide. This is relevant for CSC where almost half of those with substance abuse problems also have an additional disorder. The rate of suicide is also higher than in the general population. We would welcome a discussion on these issues that leads to a comprehensive, integrated framework which involves all criminal justice and community-based service providers. The mental health problems of federal offenders are numerous, complex and longstanding. How well we provide mental health interventions to offenders has a direct impact on the success of their release into the community and therefore, ultimately, the safety of the public.

Although CSC has some psychologists providing direct care to offenders in regular institutions, and five treatment centres for those with more serious mental health problems, we are faced with challenges in our attempts to provide mental health care. As a result, we recently completed a review of our mental health services. In order to develop a comprehensive continuum of mental health care, we have identified four key areas where strategic investment needs to occur and where we must focus our efforts.

préciser que Service correctionnel Canada était ravi que les questions touchant les détenus soient si bien représentées dans le rapport du comité.

Je désire d'abord discuter du rôle du SCC en matière de prestation de services de santé mentale aux délinquants sous responsabilité fédérale. Il revient au SCC d'administrer les peines de deux ans ou plus qui ont été imposées par les tribunaux. Par conséquent, nous sommes responsables d'environ 12 000 détenus et de 8 000 délinquants vivant dans la collectivité dans le cadre d'une mise en liberté, quelle qu'elle soit. Or, presque tous les délinquants retournent tôt ou tard dans la collectivité. Le SCC joue un rôle de premier plan dans la prestation des services de santé mentale aux délinquants. Selon notre mandat, qui est prévu dans la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, nous devons fournir à chacun des détenus des soins de santé essentiels et un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels qui contribueront à la réadaptation du détenu et à la réussite de sa réinsertion dans la collectivité. Et nous devons aussi nous souvenir que les besoins en matière de santé mentale continuent de se faire sentir une fois la peine terminée.

Un pourcentage élevé de délinquants sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, et c'est là une difficulté grandissante pour l'organisation. Douze pour cent sont atteints de troubles mentaux graves qui nécessitent une intervention immédiate. Le pourcentage des délinquants chez qui on a diagnostiqué un trouble mental au moment de leur admission a augmenté de 61 p. 100 en sept ans. De plus, au cours de cette même période, le nombre de délinquants qui prennent des médicaments sur ordonnance a augmenté de 80 p. 100.

Votre rapport traite du problème relatif au traitement des personnes ayant un diagnostic mixte, notamment des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, ainsi que du problème de suicide. Ce problème touche particulièrement le SCC, près de la moitié des délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie souffrant aussi d'un autre trouble. Le taux de suicide est également plus élevé au sein de la population carcérale qu'au sein du grand public. Nous souhaiterions qu'une discussion portant sur ces problèmes soit organisée de façon à ce que puissent être créé ensuite un cadre de travail complet et intégré qui mettrait à contribution tous les intervenants du système de justice pénale et les fournisseurs de services dans la collectivité. Les problèmes de santé mentale des délinquants sous responsabilité fédérale sont nombreux, complexes et durables. La façon dont nous intervenons auprès de ces délinquants a une incidence directe sur leur réinsertion sociale, et par conséquent, sur la sécurité du public.

Bien que le SCC dispose d'un certain nombre de psychologues qui offrent directement des soins aux délinquants dans les établissements ordinaires et dans cinq centres de traitement pour les délinquants atteints de troubles mentaux plus graves, nous nous heurtons à plusieurs obstacles. En conséquence, nous avons mené récemment une étude sur nos services de santé mentale. Afin d'offrir un éventail complet de soins de santé mentale, nous avons ciblé quatre secteurs clés sur lesquels nous devons nous attarder et qui nécessitent une stratégie d'investissement.

The first area is the need for a full mental health assessment of offenders at the time of their arrival. This will allow for the establishment of appropriate treatment plans, improved placement of offenders into the most appropriate facilities, and better data on offenders' needs to assist in future planning.

The second area is ensuring that our five regional treatment centres function at a consistent level with regard to their status as hospital facilities, accreditation, the number and types of staff, the admission criteria and the type of security required. This also includes identifying the clientele for which treatment interventions should be developed and made available: for example, those suffering from FASD problems and personality disorders diagnoses.

The third area addresses the provision of mental health services in our regular institutions, as well as the establishment of intermediate-care mental health units in some institutions. These units will provide a level of accommodation and services to those who do not necessarily need a hospital bed, but who need more structure and support.

The last area is the need for a community mental health strategy that will ensure continuity of care for these offenders when they are released. This would include the development and implementation of specialized services and supports to address employment, accommodation and mental health needs of offenders with a view to enhancing their chances for safe and successful release into the community.

We are now in the process of quantifying the additional resources needed to implement the system of care. Clearly, we cannot realize this plan without additional capacity being allocated to us. A population health approach will help in bringing together the stakeholders who have a role to play. In the case of offenders with mental health problems, this approach shall be taken as an integrated initiative involving all jurisdictions and communities. It is important to remember that existing community-based mental health resources will be more taxed if we do not take an overall integrated approach. We also need to link with the police, judiciary, provincial correctional and health partners to make this plan more effective.

CSC is one part of the puzzle in the area of management of offenders with mental health problems. Given that the number of mentally disordered offenders is relatively small, especially when it comes to community supports and services, partnerships with our provincial correctional and health partners will be critical.

While CSC deals with offenders once they have been sentenced, we believe that action needs to be taken to try to reduce the burden of criminalization of individuals with mental health problems by enhancing community-based services and supports.

Effectuer une évaluation exhaustive de la santé mentale des délinquants au moment de leur admission constitue le premier secteur ciblé. Cette évaluation permettra d'établir des plans de traitement appropriés, de placer les délinquants dans les établissements les plus adéquats et de recueillir des données plus précises sur les besoins des délinquants pour faciliter la planification.

Deuxièmement, il faut veiller à ce que nos cinq centres régionaux de traitement satisfassent aux exigences relatives à leur statut d'établissement hospitalier, à l'agrément, au nombre et au type d'employés, aux critères d'admission et au type de sécurité requis. Il faut également cibler la clientèle qui nécessite des traitements particuliers, notamment les délinquants souffrant de TSAF et de troubles de la personnalité.

Quant au troisième secteur, il s'agit de dispenser des services de santé mentale dans nos établissements ordinaires et de mettre sur pied des unités de santé mentale offrant des soins intermédiaires dans certains établissements. Ces unités hébergeraient les détenus qui n'ont pas nécessairement besoin d'être hospitalisés, mais qui requièrent un encadrement plus rigoureux et un soutien plus ferme.

En dernier lieu, il faut mettre en œuvre une stratégie de santé mentale dans la collectivité pour continuer à dispenser des soins aux délinquants une fois qu'ils retourneront dans la collectivité. En effet, il faut mettre sur pied des services spécialisés et des services de soutien pour répondre aux besoins des délinquants en matière d'emploi, de logement et de santé mentale pour faciliter leur réinsertion sociale sans risque.

À l'heure actuelle, nous calculons les ressources supplémentaires qui sont nécessaires à la mise en œuvre du système de soins. Il est évident que nous ne sommes pas en mesure de réaliser pleinement ce projet sans ressources supplémentaires. Une conception de la santé axée sur la population permettrait de réunir tous les intervenants qui ont un rôle à jouer. Dans le cas des délinquants atteints de troubles mentaux, cette approche devrait prendre la forme d'une initiative mettant à contribution toutes les administrations et les collectivités. Rappelons que les ressources en matière de santé mentale qui sont actuellement en place dans la collectivité risquent d'être encore plus éprouvées si nous n'adoptons une approche globale et intégrée. Nous devons également tisser des liens avec la police, les intervenants du système judiciaire et nos partenaires provinciaux dans le domaine correctionnel et de la santé pour accroître l'efficacité du projet.

Le SCC joue un rôle important en ce qui a trait à la gestion des délinquants souffrant de problèmes de santé mentale. Étant donné que le nombre de délinquants souffrant de troubles mentaux est relativement faible, les relations avec nos partenaires provinciaux dans le domaine correctionnel et de la santé sont essentielles, surtout en ce qui concerne le soutien et les services communautaires.

Bien que le SCC prenne en charge les délinquants une fois qu'ils ont été condamnés à une peine d'emprisonnement, nous sommes d'avis qu'il faut également prendre des mesures pour réduire les charges de criminalisation des personnes ayant des

Innovative approaches such as courts equipped to identify mental health issues and develop options to address these needs should be further explored. I want to point out that we need to work closer with First Nations, Metis and Inuit communities and service providers to address the mental health needs of Aboriginal offenders. This is a growing issue that we cannot ignore.

We welcome suggestions about a comprehensive and integrated framework for standards of service delivery for offenders with mental health problems. This will help to identify appropriate benchmarks for these services and will bring a health focus to the delivery of health services within a correctional setting.

In conclusion, we welcome a comprehensive and integrated approach to this issue.

[Translation]

Dr. Sylvie Martin, Acting Director, Immigration Health Program Elaboration, Citizenship and Immigration Canada: Honourable senators, it is a pleasure to be with you today to present to you the role of Citizenship and Immigration Canada with respect to mental health. Under its mandate, Citizenship and Immigration Canada is not a department that plays a major role in the delivery of mental health services. Under the Immigration and Refugee Protection Act and its regulations, the department admits temporary resident and immigrants who contribute to the economic and social growth of Canada, it provides resettlement, protection and a safe haven to refugees, it assists newcomers to adapt to Canadian society and eventually obtain citizenship, and it manages access to Canada in order to protect the security and health of Canadians as well as the integrity of Canadian laws.

If mental health is defined as each person's ability to experience, reflect and act in such a way as to obtain the greatest enjoyment from life and to cope with different challenges, it can be said that Citizenship and Immigration Canada is responsible for a number of initiatives that are either directly or indirectly linked to mental health.

Several of our programs are aimed at facilitating and improving the social, cultural and economic integration of newcomers, thus reducing the stress involved in settling in a new country for the benefit of such newcomers.

These different programs provide information relating to existing resources and facilitate the access to such services.

problèmes de santé mentale, notamment en améliorant le soutien et les services communautaires. Il faudrait donc explorer des idées novatrices comme la mise en place de tribunaux capables de déceler les problèmes de santé mentale et d'offrir des solutions pouvant répondre aux besoins des personnes qui présentent ces problèmes. Je tiens également à souligner que nous devons collaborer beaucoup plus étroitement avec les collectivités des Premières nations, des Métis et des Inuits, de même qu'avec leurs fournisseurs de services, afin d'être en mesure de répondre aux besoins des délinquants autochtones en matière de santé mentale. Il s'agit là d'une préoccupation qui revêt de plus en plus d'importance et dont il faut absolument s'occuper.

Nous accueillons les suggestions en vue d'un cadre de travail complet et intégré portant sur les normes de prestation de services aux délinquants atteints de troubles mentaux. Cette initiative permettra de cibler des points de repère adéquats pour ces services et de se concentrer sur la prestation de services de santé au sein d'un milieu correctionnel.

En conclusion, nous souhaitons adopter une approche complète et intégrée en ce qui concerne ce problème.

[Français]

Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration, Citoyenneté et Immigration Canada : Honorables sénateurs, c'est un plaisir d'être parmi vous aujourd'hui pour vous présenter le rôle de Citoyenneté et Immigration Canada quant à la santé mentale. De par son mandat, Citoyenneté et Immigration Canada n'est pas un ministère qui a un rôle majeur dans la prestation de services en santé mentale. Selon la Loi de l'Immigration et de la protection des réfugiés et sa réglementation, le ministère admet des immigrants et des résidents temporaires qui contribuent à la croissance du Canada sur le plan économique et social, réinstalle, protège et offre un asile aux réfugiés, aide les nouveaux arrivants à s'adapter à la société canadienne et, éventuellement, à acquérir la citoyenneté et gère l'accès au Canada, de manière à protéger la sécurité et la santé des Canadiens et des Canadiennes, ainsi que l'intégrité des lois canadiennes.

Si la santé mentale se définit par la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis, on peut dire que Citoyenneté et Immigration Canada est responsable de plusieurs initiatives, directement ou indirectement liées à la santé mentale.

Plusieurs de nos programmes visent à faciliter et à améliorer l'intégration sociale, culturelle, économique des nouveaux arrivants, diminuant ainsi le stress lié à l'établissement dans un nouveau pays, ceci dans l'intérêt et le bien-être de ses nouveaux arrivants.

Ces différents programmes visent à fournir de l'information concernant les ressources existantes et à faciliter l'accès à ces services.

Citizenship and Immigration Canada is also responsible for the federal interim health program providing essential and emergency medical services, including certain mental health services for specific groups, particularly people who are applying for refugee status and refugees.

Citizenship and Immigration Canada also funds various initiatives and research projects relating to mental health. I would like to present some of these to you in greater detail.

[English]

The Government offers Health Services to a specific population of immigrants, since the Order-in-Council of 1957. The current program, the Interim Federal Health Program, was launched in 1995 and it offers health services to migrants, currently refugee claimants, refugees, detainees in immigration detention centres and failed refugees still in Canada who are unable to pay for their health care services. It covers essential and emergency medical services, including mental health services such as consultation with physician, hospitalization and essential medication. The overall budget for this program was \$52 million in 2002-2003, with 97,000 users and 700,000 claims.

CIC provides also a range of integration and resettlement programs to newcomers in Canada. The Immigrant Settlement and Adaptation Program funds service provider organizations to deliver direct essential services to newcomers. These service provider organizations will assist the clients to access appropriate help, including health care services, and will refer newcomers to resources in the community. We also have the Host Program. CIC funds the recruitment training, matching and coordination of volunteers that will help newcomers with the adjustment to life in Canada that includes helping newcomers to deal with educational and health issues and to inform and facilitate access to available services. The Resettlement Assistance Program provides income support and a range of immediate services for government assisted refugee. In 2003 we had 7,500 government-assisted refugees landed in Canada, and from those about 400 to 500 had special needs, including mental health needs.

For those with special needs, in addition to income support, the department endeavours to find private sponsors who will provide emotional and moral support, including ensuring that the refugee has access to services required. Citizenship and Immigration Canada also funds the Canadian Centre for Victims of Torture and a program for newcomers who have experienced war, violence and post-traumatic stress. The centre provides some

Citoyenneté et Immigration Canada est aussi responsable du programme fédéral de santé intérimaire, couvrant les services médicaux essentiels et d'urgence, incluant certains services requis en santé mentale pour des groupes spécifiques, principalement les demandeurs de statut de réfugié et les réfugiés.

Citoyenneté et Immigration Canada finance aussi plusieurs initiatives et projets de recherche liés à la santé mentale. Permettez-moi de vous présenter quelques-uns de ces programmes un peu plus en détail.

[Traduction]

Depuis le décret de 1957, le gouvernement offre des services de santé à certains immigrants en particulier. Le programme actuellement en vigueur, le Programme fédéral de santé intérimaire, a été lancé en 1995; il assure des services de santé aux migrants, population qui englobe actuellement les demandeurs du statut de réfugié, les réfugiés, les détenus dans les centres de détention de l'immigration et les demandeurs déboutés encore présents au Canada qui sont incapables de payer les soins de santé dont ils ont besoin. Les soins visés comprennent les services médicaux essentiels et d'urgence, notamment les services de santé mentale, comme les visites chez le médecin, l'hospitalisation et les médicaments essentiels. Les sommes déboursées pour le programme se sont chiffrées à 52 millions de dollars en 2002-2003, tandis que le nombre d'utilisateurs s'élevait à 97 000 et le nombre de demandes à 700 000.

CIC offre également aux nouveaux arrivants au Canada toute une gamme de programmes d'intégration et d'établissement. Le programme d'établissement et d'adaptation des immigrants accorde des fonds aux fournisseurs de services pour la prestation de services directs essentiels aux nouveaux arrivants. Les fournisseurs de services aident notamment les clients à accéder aux services dont ils ont besoin, y compris aux soins de santé, et les dirigent vers les ressources offertes dans la collectivité. Il convient aussi de souligner l'existence du Programme d'accueil, en vertu duquel CIC finance le recrutement, la formation, l'appariement et la coordination des bénévoles qui sont appelés à aider les nouveaux arrivants à s'adapter à la vie au Canada, notamment à les aider à s'y retrouver en matière d'éducation et de santé et à leur faire connaître les services qui sont offerts et la façon dont ils doivent s'y prendre pour y avoir accès. Le Programme d'aide au rétablissement assure aux réfugiés parrainés par le gouvernement un certain soutien du revenu de même qu'un éventail de services immédiats. En 2003, le Canada a accueilli 750 000 réfugiés parrainés par le gouvernement, dont 400 ou 500 environ avaient des besoins spéciaux, notamment des besoins concernant la santé mentale.

Dans le cas des réfugiés ayant des besoins spéciaux, le ministère cherche également à leur trouver parmi la population des parrains qui peuvent les soutenir sur le plan affectif et moral, et qui veillent notamment à ce que les réfugiés aient accès aux services dont ils ont besoin. Citoyenneté et Immigration Canada finance aussi le Centre canadien pour Victimes de torture de même qu'un programme destiné aux nouveaux arrivants qui ont connu la

services and is a link between survivors and a network of professionals in the community, including lawyers, physicians, social workers and all the required services by these persons.

Citizenship and Immigration Canada is also involved in different projects and research related to mental health. It funds projects to complement or improve the delivery of settlement services. Some of these initiatives will address mental health issues, such as post-traumatic stress, alcoholism, anxiety, addiction, depression and drug addiction.

CIC, Citizenship and Immigration Canada, is one of the federal departments and agencies that support the Metropolis project launched in 1996. The goal is to improve policies for aging migration diversity in major cities through enhancing academic research capacity, plus research for critical issues and in developing ways to facilitate the use of research in decision making. Migration and mental health issues have been addressed through Metropolis.

[Translation]

Citizenship and Immigration Canada is involved in various partnership arrangements at different levels, namely federal, provincial, territorial and interdepartmental. For example, the task force on immigration settlement is a forum where multilateral issues relating to settlement and integration are identified and discussed.

Recently we also undertook a joint initiative with Citizenship and Immigration Canada and the Canada Public Health Agency on the health of immigrants. This initiative and the task force on the health of immigrants identified the present challenges in public health resulting from immigration to Canada. There was also discussion about the importance of cultural diversity and the management of health care, including mental health, and the importance and the need for training focusing on cultural diversity was emphasized in the context of health care, as well as the importance of including immigrants in health research.

Citizenship and Immigration Canada is also responsible for various linguistic programs. These programs facilitate integration into Canadian society and adaptation at all levels.

Although the initiative is an interdepartmental one, we are also responsible for a website known as "Coming to Canada." This site provides a good deal of very useful information relating to the various community and government services available in Canada, including health and social services.

In view of our mandate, we are not a department that plays a major role in the provision of mental health care. However we are involved in research, in education and the promotion of mental health issues. We fund various initiatives relating to mental

guerre, la violence ou le stress post-traumatique. Le centre offre certains services et assure la liaison entre les survivants et un réseau de professionnels locaux, y compris des avocats, des médecins, des travailleurs sociaux et des représentants de toutes les autres professions offrant des services dont ces personnes auraient besoin.

Citoyenneté et Immigration Canada participe également à divers projets et travaux de recherche relatifs à la santé mentale. Le ministère finance des projets visant à compléter ou à améliorer la prestation de services d'établissement. Certains de ces projets visent des problèmes de santé mentale, comme le stress post-traumatique, l'alcoolisme, l'anxiété, la dépendance, la dépression et la toxicomanie.

Citoyenneté et Immigration Canada est l'un des ministères et organismes fédéraux qui appuient le projet Metropolis lancé en 1996. L'objet est d'améliorer les politiques publiques sur la gestion des migrations et la diversité culturelle dans les grandes villes en améliorant la capacité de recherche des universités, en concentrant la recherche sur les questions cruciales et en trouvant les moyens d'utiliser la recherche avec efficacité dans la prise de décisions. Les questions relatives aux migrations et à la santé mentale sont donc examinées dans le cadre du projet Metropolis.

[Français]

Citoyenneté et Immigration Canada offre différents partenariats à différents niveaux, soit fédéral, provincial, territorial et interministériels. Par exemple, le groupe de travail sur l'établissement à l'intégration est un forum au sein duquel on identifie et on discute des questions de nature multilatérale liées à l'établissement et à l'intégration.

Récemment, nous avons aussi eu une initiative conjointe entre Citoyenneté et Immigration Canada et l'Agence de santé publique du Canada sur la santé d'immigrants. Cette initiative et ce groupe de travail sur la santé d'immigrants a identifié les défis actuels en santé publique et en santé des populations, résultant de l'immigration au Canada. On a aussi discuté de l'importance de la diversité culturelle en gestion de soins de santé, incluant la santé mentale, et on a souligné l'importance et le besoin de formation axés sur la diversité culturelle, dans le contexte des soins de santé et aussi l'importance d'inclure les migrants dans les différentes recherches sur la santé.

Citoyenneté et Immigration Canada est aussi responsable de plusieurs programmes linguistiques. Ces programmes linguistiques facilitent l'intégration au niveau de la société canadienne et facilite l'adaptation à tous les niveaux.

On est aussi responsable, mais cette initiative est une initiative interministérielle, d'un site web qui s'intitule : « Se rendre au Canada ». Ce site fournit plusieurs informations très utiles sur les multiples services communautaires et gouvernementaux existant au Canada et incluant les services de santé et les services sociaux.

Étant donné notre mandat, nous ne sommes pas un ministère qui a un rôle majeur dans la prestation de services en santé mentale. Nous sommes toutefois impliqués en recherche, en éducation, en promotion des questions liées à la santé mentale.

health. By facilitating and improving the overall integration of newcomers to Canadian society, we make a contribution to the welfare of such newcomers and to their mental health.

Citizenship and Immigration Canada works in partnership with the provinces, territories and various shareholders and acknowledges the importance of continuing to collaborate with our partners, and of pursuing research and development to gather additional data supporting informed decision-making on immigration, integration and the health of newcomers in Canada.

[English]

The Chairman: I want to ask a couple of questions of the various members of the panel and then I will begin with my speaker's list. Let me begin in the order you actually spoke.

Mr. Charko, I was actually about to ask you for the data that turns out to be in your report, which is the LTD cost, the long-term disability cost and the percentage of people who come back to work. The 70 per cent, I believe, is relatively high compared to any other employer, which is terrific. Do you have, or have you attempted to get, comparable data, for example from the business round table on mental health and addiction, on the costs or the percentage of returnees to work?

Mr. Charko: We have not done that research, yet. That is part of the assessment of disability management on which we intend to embark.

The Chairman: What is your time frame to obtain the numbers?

Mr. Charko: For numbers like that, we could probably return to this committee in a few weeks with some information.

The Chairman: That would be terrific. As we have discovered in going across the country, the database on this area of public policy is abysmal. There has been little research done on it, even at the academic community level. That would be helpful.

I will turn now to the page where you talked about the need for culture change. You point out, correctly, that unless we achieve the culture change, progress will be slow in coming. Other countries have discovered that that takes quite a bit of time. Are you just starting down that road or are you some distance along it?

Mr. Charko: The Public Service Modernization Act is a major step forward.

The Chairman: In what year was that passed?

Mr. Charko: That was passed just last year. That step is in refocussing the attention of managers and recalibrating the accountability of deputy ministers and line managers for

Nous finançons diverses initiatives qui sont aussi liées à la santé mentale. En facilitant et en améliorant l'intégration globale des nouveaux arrivants dans la société canadienne, on contribue au bien-être global de ces nouveaux arrivants. On contribue à la santé mentale de ces nouveaux arrivants.

Citoyenneté et Immigration Canada est partenaire avec les provinces et les territoires et diverses parties intéressées et reconnaît l'importance de continuer cette collaboration avec nos partenaires, reconnaît l'importance de poursuivre la recherche et le développement de données supplémentaires appuyant nos prises de décision éclairée, décisions liées aux questions d'immigration, d'intégration et de santé des nouveaux arrivants.

[Traduction]

Le président : J'ai deux ou trois questions à poser au témoin, après quoi je suivrai ma liste d'intervenants. Permettez-moi de vous poser mes questions en suivant l'ordre dans lequel vous avez témoigné.

Monsieur Charko, j'allais vous demander des informations qui se trouvent en fait dans votre rapport, à savoir le coût de l'invalidité à long terme et le pourcentage de ceux qui retournent au travail. À mon avis, la proportion de 70 p. 100 est assez élevée comparativement à l'expérience de tous les autres employeurs, et c'est très bien. Avez-vous obtenu, ou avez-vous déjà cherché à obtenir, des données comparables, par exemple, de la table ronde du milieu des affaires sur la santé mentale et la dépendance, relativement au coût de l'invalidité à long terme ou au pourcentage de ceux qui retournent au travail?

M. Charko : Nous n'avons pas encore fait de recherche là-dessus. Cette question sera à l'ordre du jour de l'évaluation de la gestion de l'invalidité que nous avons l'intention d'entreprendre.

Le président : Dans combien de temps pensez-vous pouvoir obtenir les chiffres?

M. Charko : Pour ce genre de chiffres, nous pourrions sans doute faire parvenir des informations au comité d'ici quelques semaines.

Le président : Ce serait formidable. Comme nous avons pu le constater au cours de nos déplacements au Canada, la base de données relative à cet aspect de la politique gouvernementale est on ne peut plus lacunaire. Il y a eu très peu de recherches sur le sujet, même dans les milieux universitaires. Cela nous serait utile.

Passons maintenant à la page où vous parlez de la nécessité d'un changement de culture. Vous indiquez à juste titre que les progrès seront lents à moins que nous ne réussissions à opérer un changement de culture. D'autres pays ont constaté qu'il fallait pas mal de temps pour en arriver là. Est-ce là une démarche que vous venez tout juste d'entreprendre ou est-elle déjà bien amorcée?

M. Charko : La Loi sur la modernisation de la fonction publique est une étape importante dans cette voie.

Le président : En quelle année a-t-elle été adoptée?

M. Charko : Elle vient tout juste d'être adoptée l'an dernier. Elle constitue un progrès important en ce sens qu'elle appelle au recentrage de l'attention des gestionnaires et au rajustement de la

HR resources. We are in the early days of that cultural change. The Auditor General has said that we have a good foundation but there are many challenges yet to face in that area.

The Chairman: As an aside, it is our experience that there is much to be learned by talking. For example, you will find that both CIBC and Dofasco appear to have outstanding programs in this area. You might find it worthwhile to spend some time talking to those people and others to whom they might direct you. It seems to me that there is no sense in re-inventing the wheel.

Mr. Charko: The key is to educate not just managers to deal with these issues but line managers and other colleagues. Office colleagues can have an influence on this issue and can help to identify early problems.

Senator Cochrane: I have a supplementary question to your first question, Mr. Chairman.

Mr. Charko, I realize that you said \$74 million per year has been spent on this issue, and 44 per cent seek assistance for mental health issues or addiction problems. What number is 100 per cent?

Mr. Charko: That is the number of claims for long-term disability. I will check to see if I have that information. There were 8,824 long-term disability claims for the year 2003. The approval rate was about 84 per cent, and mental disorders represented 43.7 per cent of those claims.

Senator Cochrane: Did you say that 70 per cent of those came back to work?

Mr. Charko: Over a longer term, it was a 70 per cent return to work, but not necessarily of that group because long-term disability is just beginning.

Senator Cochrane: Could you give us the figure that 70 per cent represents? How many would come back to work? I would like to have a figure.

Mr. Charko: I would have to obtain that information for the committee.

The Chairman: I will ask either of the officials from Citizenship and Immigration a couple of questions. First, I have an observation. You said that the percentage of offenders with a diagnosis of mental disorder has risen 61 per cent in 7 years. It is interesting that, roughly seven or eight years ago, de-institutionalization began to accelerate. The observation that we made in our report was that the prisons have become the asylums of the 21st century. That is a pretty reasonably accurate description just on the basis of that trend data. You may comment on that.

responsabilité des sous-ministres et des cadres hiérarchiques pour les ressources humaines. Nous n'en sommes toujours qu'au stade préliminaire de ce changement culturel. La vérificatrice générale a dit que nous avons de bonnes bases, mais il reste encore beaucoup de défis à relever à ce chapitre.

Le président : Soit dit en passant, nous avons pu constater qu'on apprend beaucoup en parlant aux autres. Ainsi, CIBC et Dofasco semblent tous deux avoir des programmes tout à fait remarquables à cet égard. Vous trouveriez peut-être utile de vous entretenir avec ces gens-là et avec d'autres qu'ils pourraient vous recommander. Il me semble qu'il ne sert à rien de réinventer la roue.

M. Charko : L'important, c'est de sensibiliser, non pas seulement les dirigeants, mais les gestionnaires hiérarchiques et les autres collègues, à ces questions. Les collègues peuvent avoir une influence à cet égard et contribuer à cerner les problèmes dès qu'ils se manifestent.

Le sénateur Cochrane : J'ai une question complémentaire qui fait suite à votre première question, monsieur le président.

Monsieur Charko, je sais que vous avez dit que 74 millions de dollars par an ont été consacrés à cette question, et que 44 p. 100 des employés demandent de l'aide pour régler des problèmes de dépendance ou de santé mentale. À quoi correspond la proportion de 100 p. 100?

M. Charko : Il s'agit du nombre de demandes de prestations d'invalidité à long terme. Je vais vérifier pour voir si j'ai cette information. Le nombre de demandes de prestations d'invalidité à long terme était de 8 824 en 2003. Le taux d'approbation était d'environ 84 p. 100, et les troubles mentaux étaient un facteur dans 43,7 p. 100 de ces demandes.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous dit que 70 p. 100 des demandeurs sont retournés au travail?

M. Charko : À long terme, 70 p. 100 des gens sont retournés au travail, mais il ne s'agit pas nécessairement de personnes appartenant à ce groupe-là, parce que l'invalidité à long terme n'en est qu'à ses débuts.

Le sénateur Cochrane : Pourriez-vous nous indiquer ce que représente la proportion de 70 p. 100? Combien de personnes sont retournées au travail? J'aimerais avoir un chiffre précis.

M. Charko : Il faudrait que j'obtienne cette information pour le comité.

Le président : J'ai deux questions pour les représentants de Citoyenneté et Immigration. Vous avez dit que le pourcentage de délinquants diagnostiqués comme souffrant de troubles mentaux avait augmenté de 61 p. 100 en sept ans. Il est intéressant de souligner que c'est il y a environ sept ou huit ans que la désinstitutionalisation a commencé à prendre de l'ampleur. Nous avons fait remarquer dans notre rapport que les prisons sont devenues les hôpitaux psychiatriques du XXI^e siècle. Cette tendance dont vous faites état semble nous donner raison. Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez.

I understand the four points that you outlined in terms of your strategy, but knowing a fair bit about the meagre amount of resources available to deal with mental health issues in the correction service, I do not know how you will do that unless you can find other resources. I would be in favour of that but, as you said, the first need is a full mental health assessment of offenders at the time of their arrival. My guess is that you are not even close to having the resources required to do that.

You also talked about the need to provide services in your regular institutions, which I take to mean regular prisons. You said that you cannot fully realize this plan without additional capacity being allocated. Correct me if I am wrong, and I will stop here, but my guess is that you have about 10 per cent of the capacity, or I could be generous and give you 20 per cent for many reasons, such as salary scales and the lack of attention paid to mental health in the service for a long time. This is not a new problem, although the magnitude of it is new to you. I understand that you have a plan, but is there any hope of making progress on it? Is the answer that you are hoping people like us will make it such an issue that you receive extra resources?

Dr. Bouchard: I guess the answer is, a bit of both.

The Chairman: We are quite prepared to do that.

Dr. Bouchard: I would say both. In developing our plans, we realized that we have some gaps. We also have to build on the existing capacity. To improve the intake assessment, we can do things within our own capacity. Already we have begun to explore that with our staff in the reception centres. We certainly realized that, at some point, we will reach the limit of our capacity.

Currently, the idea for the orientation intake is to improve what we are doing and add to it as much as we can. We cannot say how much more we can do right now in the field. There is some capacity to work internally but we know there are limits that have to be defined.

The Chairman: Can you give us any historical tracking data on the kinds of mental illness? Can you give us any numbers in terms of dollar cost to implement your four-point plan?

The next one I find really bizarre. In your presentation, you referred to the Corrections and Conditional Release Act. Section 86 of that act states:

Je comprends bien les quatre volets de la stratégie que vous nous avez décrite, mais étant assez bien renseigné sur les maigres ressources dont dispose le service correctionnel pour les problèmes de santé mentale, je ne sais pas comment vous allez pouvoir la mettre en œuvre à moins que vous puissiez trouver de nouvelles ressources. J'estime que vos ressources devraient être accrues mais, comme vous l'avez dit, la priorité doit aller à l'évaluation complète de la santé mentale des délinquants à leur arrivée. Or, vous êtes sans doute loin d'avoir les ressources nécessaires à cette fin.

Vous avez également parlé de la nécessité d'offrir des services dans vos établissements ordinaires soit, j'en conclu, les prisons destinées à la population générale. Vous avez indiqué que vous ne pourrez pas concrétiser tous les éléments de votre plan à moins de pouvoir compter sur une capacité accrue. Reprenez-moi si je me trompe, et ce sera là ma dernière question, mais je dirais que votre capacité n'est qu'à 10 p. 100, ou peut-être même 20 p. 100, soyons généreux, de ce qu'elle devrait être, et ce, pour diverses raisons, comme les échelles de rémunération et le peu d'attention que le service correctionnel a accordé à la santé mentale pendant longtemps. Il ne s'agit pas d'un nouveau problème, même si son ampleur est quelque chose de nouveau pour vous. Je sais bien que vous avez un plan, mais pouvons-nous nous attendre à ce que vous fassiez des progrès en vue de le mettre en œuvre? La solution serait-elle que vous espérez que des gens comme nous soulèvent un tollé et que vous ayez ainsi droit à des ressources supplémentaires?

Mme Bouchard : C'est un peu des deux, je suppose.

Le président : Nous sommes tout à fait prêts à intervenir en ce sens.

Mme Bouchard : Je dirais que c'est les deux. Quand nous avons élaboré nos plans, nous étions conscients que nous n'avions pas toutes les ressources voulues. Il faudra faire fond sur notre capacité existante. Pour améliorer l'évaluation initiale, il y a certaines choses que nous pouvons faire dans les limites de notre capacité actuelle. Nous avons déjà commencé à examiner avec le personnel des centres de réception les possibilités à cet égard. Nous étions certainement conscients du fait que, à un moment donné, nous atteindrions les limites de notre capacité.

Pour l'instant, ce que nous visons c'est d'améliorer ce que nous faisons au moment où le détenu arrive chez nous et à faire en plus tout ce que nous pouvons faire. Nous ne saurions dire dans quelle mesure nous pouvons faire plus sur le terrain. Il est certainement possible d'en faire plus à l'interne, mais nous savons qu'il y a des limites à cette capacité, qui doivent être définies.

Le président : Disposez-vous de données historiques sur les types de maladies mentales constatées chez les délinquants? Pouvez-vous nous donner une idée de ce qu'il en coûterait pour mettre en œuvre votre plan d'action en quatre volets?

Le point suivant me paraît vraiment bizarre. Dans votre exposé, vous avez parlé de la Loi sur le service correctionnel et la libération conditionnelle. L'article 86 de cette loi énonce que :

The Service shall provide every inmate with

(a) essential health care, and

(b) reasonable access to non-essential mental health care...

Could you define non-essential mental health care? It sounds a bit like an oxymoron.

Dr. Bouchard: I do not know if there is an official definition but I can try to find one.

The Chairman: Do not give me the official one; just give me a clue. Does anyone know what "non-essential mental health care" was meant to mean?

Senator Cook: I will offer an opinion: "affordable housing."

Dr. Bouchard: In the community, psychology services are not covered by health care all the time. We cover everything in the community plus additional psychology services. We have psychology services covered within our own services. That would be an example of what we might call "non-essential." In the community, psychological services are often available in the private sector and not in the public sector.

Dr. Michael Bettman, Acting Director General, Offender Programs and Reintegration, Correctional Service Canada: Non-essential health care adopts an illness model. Perhaps we are looking at ancillary counselling, personality disorder and other interventions that are not necessarily directly related to a mental illness.

The Chairman: That suggests to me that you are adopting a relatively narrow medical definition of mental illness.

Dr. Bettman: For the most part, when we talk about mental health issues, yes. We have to differentiate to a certain extent our population, not all of whom are mentally ill, but who certainly have troubles with the law, and anti-social personality behaviour. To a large extent, the efforts we make in mental health are directed to that area.

We also have correctional programs and rehabilitation efforts that are ongoing for our general population that is not mentally ill.

Senator Callbeck: Welcome, and thank you for your presentations.

First, I assume that public mental health programs are generally much better than those in the private sector. However, are there a lot of companies that provide better mental health services than the government?

Mr. Charko: Unfortunately, I cannot answer that question. We are just beginning our assessment of best practices in the private sector. There is much we can learn from other employers in terms of practices in this area.

Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive

(a) les soins de santé essentiels et,

(b) qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins...

Pourriez-vous nous expliquer ce que l'on entend, dans la version anglaise, par les soins de santé mentale non essentiels? Cela me semble être en quelque sorte un oxymoron.

Mme Bouchard : Je ne sais pas s'il en existe une définition officielle, mais je peux essayer de vous en trouver une.

Le président : Je ne veux pas la définition officielle, mais j'aimerais simplement que vous me donniez une idée de ce que l'on a voulu dire par des soins de santé mentale non essentiels.

Le sénateur Cook : À mon avis, cela pourrait comprendre par exemple, le logement abordable.

Mme Bouchard : Pour la population en général, les services de psychologue ne sont pas toujours couverts par l'assurance-santé. Nous offrons tout ce qui est offert à la population en général, plus les services de psychologue. Ces services sont compris dans les services que nous offrons. Ce serait là un exemple de soins que l'on pourrait qualifier de non essentiels. Les gens de la collectivité ont souvent accès aux services de psychologues du secteur privé et non du secteur public.

M. Michael Bettman, directeur général par intérim, Programmes pour délinquants et réinsertion sociale, Service correctionnel Canada : Les soins de santé non essentiels prennent pour point de départ la maladie. Il pourrait s'agir de counselling complémentaire ou d'autres types d'interventions, relatives par exemple à des troubles de la personnalité, qui ne seraient pas nécessairement liées directement à une maladie mentale.

Le président : Cela me donne l'impression que vous partez d'une définition médicale assez étroite de la maladie mentale.

M. Bettman : C'est effectivement le cas quand il s'agit de problèmes de santé mentale. Il nous faut faire une distinction dans une certaine mesure, car les personnes à qui nous avons affaire ne sont pas toutes des malades mentaux, mais elles ont certainement eu des démêlés avec la justice et manifestent des comportements antisociaux. Dans une large mesure, les efforts que nous faisons au chapitre de la santé mentale visent ce type de problème.

Nous avons aussi des programmes correctionnels et des programmes de réinsertion qui sont offerts de façon permanente à notre population générale qui ne souffre pas de maladie mentale.

Le sénateur Callbeck : Je vous souhaite la bienvenue, et je vous remercie de vos exposés.

Tout d'abord, je suppose que les programmes publics de santé mentale sont généralement bien meilleurs que ceux qui existent dans le privé. Mais y a-t-il beaucoup d'entreprises qui offrent de meilleurs services de santé mentale que le gouvernement?

M. Charko : Malheureusement, je ne peux pas répondre à cette question. Nous commençons à peine à évaluer les pratiques exemplaires dans le secteur privé. Nous avons beaucoup à apprendre des autres employeurs pour ce qui est de ce qui se fait dans le domaine.

Senator Callbeck: You mentioned a survey of public servants done in 2002 through which problems were identified. I think you said that the deputy ministers came up with a list of recommendations. Have those recommendations been carried out?

Mr. Charko: For the most part, there has been progress made. One of the recommendations dealt with issues like workload balancing. If you recall, in 1999 and earlier, after program review, there were workload imbalances. Work-life balance was difficult in departments, and I think that a number of those situations have been corrected with additional resources. As well, the attention that deputy ministers are now paying to human resources issues has significantly increased since that period as a result, in part, of those recommendations.

Senator Callbeck: You mentioned several things that you are planning to do with regard to Correctional Service Canada. You say that CSC has some psychologists providing direct care to offenders. How many do you currently have in the system and how many should you have in order to provide proper mental health treatment?

Dr. Bouchard: I can provide you with the exact number later, but we have about 250 psychologists working in the Correctional Service Canada. However, psychologists do not provide only mental health services. They also carry out risk assessment for correctional purposes. In fact, most of the activities of the psychologists within CSC are directed to the risk assessment part of the correctional agenda.

We are in the process of assessing our need for additional psychology resources. I cannot give you an estimate today.

Senator Callbeck: That review did not include numbers?

Dr. Bouchard: It did not conclude the amount of additional resources needed. The next step is assessing the amount of additional resources we need.

Senator Callbeck: Do you have psychologists on staff or do you hire them from outside?

Dr. Bouchard: In most regions, they are on staff. In some regions, we also have them on a contractual basis, mostly for the purpose of risk assessment.

Senator Callbeck: Is there a lack of psychiatric services? I ask that because I have heard that at the penitentiary in Springhill, which houses several hundred people, a psychiatrist attends only once a week.

Dr. Bouchard: We have had difficulties recruiting psychiatrists in New Brunswick. We have now been able to recruit a group of psychiatrists that is mainly located near our treatment centre in

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé d'un sondage qui avait été réalisé auprès des fonctionnaires en 2002 et qui avait permis de cerner certains problèmes. Je crois vous avoir entendu dire que les sous-ministres avaient dressé une liste de recommandations. Ces recommandations ont-elles été mises en œuvre?

M. Charko : De manière générale, des progrès ont été réalisés. Une des recommandations visait à régler les problèmes liés au déséquilibre attribuable à la charge de travail. Vous vous souvenez sans doute qu'en 1999 et avant, après l'examen des programmes, il existait des déséquilibres au niveau de la charge de travail. La conciliation travail-vie personnelle était difficile dans certains ministères, et je crois que, dans bon nombre de cas, la situation a été corrigée grâce à l'apport de ressources supplémentaires. En outre, les sous-ministres accordent maintenant beaucoup plus d'attention aux questions liées aux ressources humaines depuis cette période, et cela est dû en partie aux recommandations qui avaient été formulées.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé de plusieurs choses que vous aviez l'intention de faire en ce qui concerne le Service correctionnel du Canada. Vous dites que le SCC a des psychologues qui s'occupent directement des contrevenants. Combien en avez-vous actuellement et combien devriez-vous en avoir pour dispenser des soins de santé mentale adéquats?

Mme Bouchard : Je pourrai vous fournir le chiffre exact plus tard, mais disons qu'il y a environ 150 psychologues qui travaillent pour le Service correctionnel du Canada. Cependant, il ne faut pas oublier que les psychologues ne fournissent pas uniquement des services de santé mentale. Ils effectuent également une évaluation des risques pour les autorités correctionnelles. En fait, l'essentiel des activités des psychologues de SCC ont trait à l'évaluation des risques.

Nous évaluons actuellement nos besoins en ressources de psychologie supplémentaires. Je ne peux pas vous donner une estimation aujourd'hui.

Le sénateur Callbeck : L'examen n'incluait pas de chiffres?

Mme Bouchard : Il ne spécifiait pas le montant des ressources supplémentaires nécessaires. Ce sera notre prochaine étape.

Le sénateur Callbeck : Les psychologues sont-ils des employés de SCC ou faites-vous appel à des psychologues de l'extérieur?

Mme Bouchard : Dans la plupart des régions, ce sont des employés. Dans certaines régions, nous faisons également appel à des contractuels, essentiellement pour l'évaluation de risques.

Le sénateur Callbeck : Les services psychiatriques font-ils défaut? Je vous pose la question parce que j'ai entendu dire qu'au pénitencier de Springhill, où sont détenues plusieurs centaines de personnes, le psychiatre ne vient qu'une fois par semaine.

Mme Bouchard : Nous avons du mal à recruter des psychiatres au Nouveau-Brunswick. Nous sommes toutefois parvenus à recruter un groupe de psychiatres qui se trouvent

Dorchester. Under our plan, we want to expand the ambulatory role of the psychiatrists to the institution.

That brings me to an issue that we did not raise, that is, telemedicine. One of the issues is bringing psychiatric services to the institution where the inmates are, because they do not always need to be transferred to a treatment centre for care. However, the relationship between the treatment centre and the institution has to be reinforced in terms of support and consulting services.

Senator Callbeck: To return to your review, you have completed the review of the mental health services and you have identified areas. In what time frame will you have a plan completed?

Dr. Bouchard: We hope to complete it by this summer, or the fall at the latest.

Senator Callbeck: The last area you mentioned is the need for a community mental health strategy that will ensure continuity of care for offenders when they are released. What happens now when they are released? What services are they getting?

Dr. Bouchard: In the case of people who have an identified mental health diagnosis and are under treatment and in need of follow-up with a psychiatrist, it is our responsibility to try to assure continuity of service and to find a psychiatrist, clinic or hospital that will see the offender upon release and ensure that he or she will have access to that service. We are engaging services in the community release plans.

However, the offender may decide not to go to appointments or to the clinic to which he is referred. It is not always easy to find appropriate service in the community for each offender. It also depends upon where they are released. When they are released to residency in one of our community centres, we provide services there until they are completely outside of the institutional settings.

Senator Callbeck: There is much work to be done in that area.

Bill C-10 is currently before the Senate. It would give more powers to the police and the review board.

Dr. Bouchard: I am not familiar enough to comment on it.

Dr. Bettman: I am vaguely familiar with it.

[Translation]

Senator Pépin: I heard you refer to treatments for inmates. We were told that, oftentimes, when there is a shortage of hospital beds, inmates wait in prison because they cannot be transferred. We held a series of hearings in Toronto. As the committee chair said, prisons have become this century's mental institutions. At

essentiellement près de notre centre de traitement à Dorchester. Dans le cadre de notre plan, nous voulons accentuer la mobilité des psychiatres au sein de l'institution.

Ceci m'amène à une question qui n'a pas été soulevée : la télémédecine. Il s'agit notamment d'amener des services psychiatriques à l'institution où se trouvent les détenus, car il est parfois inutile de les transférer à un centre de traitement pour les soigner. Il convient néanmoins de renforcer des rapports entre le centre de traitement et l'institution, sur le plan du soutien et des services de consultation.

Le sénateur Callbeck : Pour revenir à votre examen des services de santé mentale, vous l'avez mené à bien et vous avez identifié certains domaines. Quand comptez-vous avoir fini d'élaborer un plan?

Mme Bouchard : Nous espérons finir cet été ou cet automne, au plus tard.

Le sénateur Callbeck : Le dernier domaine que vous avez mentionné est le besoin d'une stratégie de santé mentale à l'échelle de la collectivité qui permette une continuité des soins aux contrevenants quand ils sont libérés. Que se passe-t-il actuellement, lorsqu'ils sont libérés? Quels services obtiennent-ils?

Mme Bouchard : Si un contrevenant a fait l'objet d'un diagnostic, si on a décelé un problème de santé mentale, s'il suit un traitement et s'il a besoin d'un suivi par un psychiatre, nous sommes tenus d'essayer d'assurer une continuité du service, en trouvant un psychiatre, une clinique ou un hôpital qui suivront le contrevenant à sa mise en liberté, et nous devons nous assurer qu'il y a accès. Dans le cadre des plans de mise en liberté dans la collectivité, nous retenons des services.

Toutefois, il est possible que le contrevenant choisisse de ne pas aller au rendez-vous ou à la clinique qu'on lui a recommandée. De plus, il n'est pas toujours facile de trouver un service approprié dans la collectivité pour un contrevenant donné. Cela dépend aussi de l'endroit où ils sont mis en liberté. Quand un contrevenant relâché est mis en résidence dans un de nos centres communautaires, nous lui fournissons des services en cet endroit là, jusqu'à ce qu'il soit complètement sorti du système correctionnel.

Le sénateur Callbeck : Il y a beaucoup à faire dans ce domaine.

Le Sénat étudie actuellement le projet de loi C-10, qui accorderait plus de pouvoir aux policiers et à la commission d'examen.

Mme Bouchard : Je ne connais pas assez bien le projet de loi pour dire quoi que ce soit.

M. Bettman : Moi je le connais vaguement.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je vous entendais parler des traitements donnés aux détenus. On nous disait que lorsqu'il manque des lits dans les hôpitaux, bien souvent les détenus sont en attente dans les prisons parce qu'on ne peut pas les transférer. On a eu une série d'audiences à Toronto. Comme le président du comité l'a dit,

this point, we were told that at this time, if you had to transfer a seriously ill inmate, you would choose to keep him, and often, he would be kept in complete isolation.

I am sorry I missed your presentation, I was in another committee. We were told that such inmates were kept in isolation and often did not receive adequate treatment. I wonder what type of training is offered?

Is there special training for offenders? There seem to be more and more of them. What is the relationship between your services, federal correction services, and provincial mental health stakeholders?

Dr. Bouchard: With respect to access to treatment beds for inmates in crisis, in our federal system, there are five treatment centres in each region, and we have our own hospitals. Access is often available through our treatment centres. Obviously, sometimes, it can happen that a person is kept in isolation because he or she is vulnerable when faced with the general population and waiting to be transferred to one of our treatment centres. I do not know if this situation applies to provincial correction systems, but when it comes to access to community hospital beds, as far as we are concerned, that is not always the first place we would send someone for mental health care.

Senator Pépin: I do not think we were referring to provincial services. I know you have health care centres in Quebec.

Given the significant number of offenders with mental health problems, do you believe that your centres are full, do you have enough beds or availability to meet the needs?

Dr. Bouchard: One of the findings that came out of our assessment of treatment centres is that there did not seem to be a need to massively increase the number of beds but rather to reassign them to better meet the needs of inmates, especially when it comes to mental health. This is currently being done to redirect the use of beds in our treatment centres. That was one of the findings to come out of our assessment.

Based on the data within correction services, we could not conclude that we needed to increase the number of intensive care hospital beds for mental health problems. That does not mean that it will never happen. Based on the data we had, we needed to make better use of the beds.

The other finding was that yes, there has been an increase in the number of inmates and people with mental health problems coming through our systems, but very often, these people can be accommodated by special units within our regular institution centres: they either need more structure or support, but not necessarily more intensive care, or they may need to be protected from the general population and may need more structured services than the general population.

les prisons sont devenues les asiles du siècle. On nous disait que lorsque vous devez transférer un détenu gravement malade, à ce moment, vous le gardiez, et bien souvent on nous a dit que vous les isoliez complètement.

Je regrette d'avoir manqué vos présentations, j'étais à un autre comité. On a dit qu'ils étaient en isolation et bien souvent, ils n'ont pas de traitement adéquat. Je me demande quelle est la formation donnée?

Est-ce qu'il y a une formation spéciale pour les délinquants? Il semble y en avoir de plus en plus. Quelle est la relation entre vos services, le service correctionnel fédéral et les intervenants de la santé mentale dans les provinces?

Mme Bouchard : Pour l'accès à des lits de traitement pour un détenu en crise, dans notre système fédéral, nous avons les cinq centres de traitement dans chaque région nous avons nos propres hôpitaux, notre propre hôpital. L'accès est souvent disponible dans nos centres de traitement. Il est certain que quelques fois, il peut arriver que la personne soit isolée parce qu'elle est vulnérable par rapport à la population générale et en attente d'être transférée dans nos centres de traitement. Je ne sais pas si la situation s'applique dans les systèmes provinciaux correctionnels, mais en termes d'accès à des lits d'hôpitaux communautaires, pour nous, ce n'est pas toujours l'endroit direct où on va aller pour des soins de santé mentale.

Le sénateur Pépin : Je ne crois pas qu'on faisait référence aux services provinciaux. Je sais que vous avez des centres de santé au Québec.

Vu qu'il y a un nombre si important de délinquants qui ont des problèmes mentaux, vous pensez que ces centres sont complets ou vous avez suffisamment de lits ou de disponibilités pour les accueillir.

Mme Bouchard : Une de nos conclusions dans notre révision des centres de traitement, c'est que l'on ne voyait pas qu'on avait besoin d'augmenter le nombre de lits intensivement mais qu'on avait besoin de mieux les réorienter vers les besoins des détenus et leurs besoins en termes de santé mentale. C'est le processus actuellement de réorientation qu'on fait d'utilisation de nos lits dans les centres de traitement. Cela a été une de nos conclusions de notre révision.

On ne pouvait pas conclure, basé sur nos données à l'intérieur des services correctionnels, que nous avions besoin d'augmenter le nombre de lits intensifs d'hôpital pour les problèmes de santé mentale. Cela ne veut pas dire que nous ne le ferons pas éventuellement. Sur la base des données qu'on avait, on avait besoin de mieux les orienter.

Notre autre conclusion est que oui, on a une augmentation de détenus avec des problèmes de santé mentale qui passent dans notre système, mais très souvent, ces gens peuvent être accommodés si on a des unités spéciales dans nos institutions régulières; soit ils ont besoin de plus de structures ou de supports, mais pas nécessairement de soins plus intensifs, ou soit ils ont besoin d'être protégés de la population régulière et ont besoin de services plus structurés que la population régulière.

We also based ourselves on the experiences of other jurisdictions; if you look at the United States, they may have a more serious problem than us in that, according to their reports, 80 per cent of inmates with mental health problems could be accommodated by units such as those that exist in regular institutions. It is on this basis that we have chosen to assess the need to have such units within our regular institutions. We do not believe intensive care beds need to be in every unit. We need to reassign some of these beds so that some of them can be made available in regular institutions, but within a supervised and more structured unit.

We do not have training programs designed specifically for our health care workers who work with offenders with mental health problems. Our psychologists are employed on the basis of their prior qualifications and on the results of our recruitment and analysis process which allows us to determine their capacity to provide clinical mental health services.

[English]

The Chairman: Someone suggested to us previously that the initial assessment was frequently being done using a computerized test rather than a face-to-face meeting with a psychologist; is that correct?

Dr. Bouchard: That is for the lifestyle, and I think Dr. Bettman can comment on that. When we talk about health needs assessment, it is an interview with a nurse. The case program manager can refer to a psychologist for further assessment based on the first interview when the inmate comes in.

Dr. Bettman: We have to recognize that not all federal offenders are mentally ill. Dr. Bouchard mentioned that we have an increase in serious mental illness, but it does not necessarily equate with every single federal offender.

The computerized assessment refers to our assessment for substance abuse. It is a method which is currently in revision and is specifically only for substance abuse. It relates to a much larger, comprehensive intake assessment. There, through a set of self-report questions, we determine the exact pattern, the level of intensity, the need of every single offender, and then we determine what kind of substance abuse programs they require. It is not specifically for mentally disordered offenders.

We do have methods of delivering this assessment battery in multiple ways. For example, one way is auditory. It is read out through the computer, and that is for those offenders who have literacy difficulties. It is, frankly, a state-of-the-art method of determining the intensity required, the intensity of abuse, the

On s'est basé aussi sur l'expérience de d'autres rapports, si on réfère au États-Unis, ils ont peut-être un problème plus sévère que nous dans cette situation, où leurs conclusions étaient que 80 p. 100 des détenus ayant des problèmes de santé mentale pourraient être accommodés avec une forme d'unités comme cela dans les institutions régulières. C'est sur cette base qu'on s'oriente pour estimer le besoin d'avoir de telles unités dans nos institutions régulières. On ne croit pas qu'ils ont tous besoin d'être dans un lit de soins intensifs de traitement. On a besoin de mieux orienter l'utilisation de ces lits, ce qui permettrait que certains de ces lits pourraient être libérés pour aller dans une institution régulière mais dans une unité supervisée et mieux structurée.

Nous n'avons pas de programme de formation spécifique pour nos professionnels de la santé qui travaillent avec des détenus en santé mentale. Les psychologues que nous engageons le sont selon des qualifications qui leur sont données dans la communauté et sur notre processus de recrutement, d'analyse de leur compétence lorsqu'on les recrute, pour pouvoir travailler et fournir des services cliniques dans le sens de services de santé mentale.

[Traduction]

Le président : On nous a déjà laissé entendre que la première évaluation était souvent faite à l'aide d'un test informatisé plutôt qu'au cours d'une rencontre avec un psychologue, est-ce exact?

Mme Bouchard : Pour ce qui est du mode de vie, et je pense que le Dr Bettman peut en parler. Pour ce qui est de l'évaluation des besoins de santé, elle se fait au cours d'une entrevue avec une infirmière. Le gestionnaire du programme de consultation peut demander une nouvelle évaluation par un psychologue comme suite à la première entrevue effectuée à l'arrivée du détenu.

M. Bettman : Il faut admettre que tous les délinquants des pénitenciers fédéraux ne sont pas atteints d'une maladie mentale. La Dre Bouchard a mentionné que nous constatons une hausse de la maladie mentale grave, mais ce n'est pas nécessairement le cas de tous les détenus sous responsabilité fédérale.

L'évaluation informatisée nous permet de dépister l'abus d'alcool ou d'autres drogues. C'est une méthode qui est actuellement en cours de révision et qui vise spécifiquement l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Il s'agit d'une évaluation beaucoup plus vaste et complète de l'absorption. Ainsi, par un ensemble de questions, nous déterminons la tendance exacte, le niveau d'intensité, les besoins de chaque délinquant, puis nous déterminons de quel type de programmes de désintoxication ils ont besoin. Cette méthode n'est pas spécialement conçue pour les délinquants souffrant de troubles mentaux.

Nous avons des méthodes pour administrer cette série de tests de multiples façons. Par exemple, nous avons la méthode auditive. L'ordinateur en fait lecture, à l'intention des délinquants qui ont du mal à lire. Il s'agit vraiment d'une méthode très perfectionnée pour déterminer l'intensité requise, l'intensité de l'intoxication,

intensity of use, the kind of lifestyle associated with substance abuse, directly linked to the kinds of programs and interventions we deliver for substance abuse.

[*Translation*]

Senator Gill: I shall primarily be asking questions on the First Nations. Do you differentiate between the Inuit, the Métis, Status Indians and the First Nations?

[*English*]

Dr. Bettman: In our legislation, we do not. We have approached, through our programming, special Aboriginal programs, and within that we have a margin of adapting those programs. Those programs are designed in the area of substance abuse, in the area of violence in practically all our domains, including sex offenders, to specific populations. We do have unique programs for unique populations. For Inuit, we have a substance abuse program specifically designed for Inuit offenders. With respect to Metis, we do not have many Metis in our system, but the programs we have developed are able to be geared towards the Metis population.

[*Translation*]

Senator Gill: The Inuit, the Métis and Indians are different peoples. They live in different regions. The Inuit live further north in the arctic region; the Métis tend towards urban or semi-urban environments; and Indians live on the reserves.

A few years ago, when Indians and Inuit came under the auspices of the Department of Citizenship and Immigration, I would have addressed my questions to Ms. Martin; however, times have changed.

I would like to know whether there are adaptation programs for Indians and Inuit similar to those offered to the immigrants; perhaps there are adaptation programs or programs for those facing difficulty in adjusting to life in an urban setting. Do you have a specific means of supporting those who appear to display signs of mental health problems, but are, in fact, often simply experiencing adaptation or social problems arising from the fact that they come from a different background? How do you handle this? It must be very complicated.

[*English*]

Dr. Bettman: It is a complex issue, on many levels. If you are looking at specific cultural treatments, and you are adding the dimension of urban versus rural, it becomes more complicated. That is why we embarked on, not so much recreating but building from the ground up, many of our programs for Aboriginal populations specifically — designed by Aboriginal people, often delivered by Aboriginal people for the overrepresented Aboriginal population in our federal system. Whether or not those deal with the issues of rural versus urban,

l'intensité de la consommation, le style de vie correspondant à l'intoxication, et tout cela est directement lié aux types de programmes et d'interventions que nous assurons en cas d'alcoolisme et de toxicomanie.

[*Français*]

Le sénateur Gill : Mes questions vont surtout porter sur les Premières nations. Faites-vous la distinction entre les Inuits, les Métis et les Indiens statués ou les gens des Premières nations?

[*Traduction*]

M. Bettman : Dans notre législation, non. Nous avons envisagé, dans notre programmation, des programmes spéciaux pour Autochtones, et nous avons là une marge d'adaptation de ces programmes. Ces derniers sont conçus eu égard à l'alcoolisme et à la toxicomanie, eu égard à la violence dans presque tous les domaines dont nous nous occupons, notamment les agressions sexuelles, et tiennent compte de populations spécifiques. Nous avons des programmes uniquement pour des populations précises. Pour ce qui est des Inuits, nous avons un programme sur l'alcoolisme et la toxicomanie spécialement conçu pour les contrevenants inuits. Quand aux Métis, il n'y en a pas beaucoup dans notre système, mais les programmes que nous avons conçus peuvent être ciblés pour tenir compte de la population métisse.

[*Français*]

Le sénateur Gill : Il y a différentes populations, des Inuits, des Métis et des Indiens. Ils habitent des régions différentes, les Inuits plus au nord dans les régions arctiques, les Métis plus dans des milieux urbains ou semi-urbains et les Indiens dans les réserves indiennes.

Il y a quelques années, j'aurais posé mes questions à Mme Martin, parce que les Indiens et les Inuits étaient gérés par Citoyenneté et Immigration Canada. Aujourd'hui, c'est différent.

J'aimerais savoir s'il y a différents programmes d'adaptation comme pour les immigrants, il y a peut-être des programmes d'adaptation ou des difficultés d'adaptation au milieu urbain. Avez-vous un traitement ou des traitements particuliers pour ceux qui semblent manifester des troubles mentaux mais qui sont souvent des troubles d'adaptation ou sociaux, parce que les Indiens viennent de milieux différents? Comment fonctionnez-vous? Ce doit être assez compliqué quand même.

[*Traduction*]

M. Bettman : C'est une question complexe, de bien des façons. Si l'on pense à des traitements culturels spécifiques, et si l'on tient compte du monde rural par rapport au monde urbain, c'est encore plus compliqué. C'est pourquoi nous avons entrepris, non pas tant de recréer mais de construire à partir de la base, un bon nombre de nos programmes pour les populations autochtones précisément — des programmes conçus par les peuples autochtones, souvent administrés par des membres des collectivités autochtones pour la population autochtone qui est

they are more sensitive to those issues than perhaps most of our other correctional programs — and even mental health programs. It is definitely a complex issue.

[*Translation*]

Senator Gill: Do you have any statistics comparing the general population to the present population, as well as comparing the number of Indians and non-Indians receiving treatment?

Dr. Bettman: Yes, but I do not have them with me.

Senator Gill: Would we be able to have access to these statistics?

Dr. Bettman: Yes, that would not be a problem.

Senator Gill: I would be very interested in seeing them, as it would allow me to make some comparisons.

[*English*]

The Chairman: That would be helpful to us, because one has the perception, at least in urban Western Canada, that the percentage of offenders who are Aboriginal are substantially higher than the percentage in the population as a whole. To the extent that you have any documentation on that issue, that would be great.

Dr. Bouchard: In our report that was provided to you when we came in May, we have some data on the Aboriginal population within Correctional Services of Canada, so we can update that. To the extent that our programs can provide some data, we will.

Dr. Bettman: Offhand, I can tell you, clearly, that Aboriginal people represent 3 per cent of the population but 17 per cent of our offender population. In the Prairie region, that number is approaching 65 per cent. It is a very large —

The Chairman: Sorry, 65 per cent?

Dr. Bettman: Sorry, 40 to 50 per cent, for under 3 per cent of the population; but I do not know the actual percentages in the West.

Senator Gill: That is why I was asking. When you talk about Aboriginal offenders, I would like to know where they are coming from — urban, up North — and it will explain to us certain —

The Chairman: That is terrific.

Senator Gill: I know that there are a lot of Aboriginal people in jail in the West.

surreprésentée dans notre système fédéral. Pour ce qui est de savoir si elle tient compte de ces différences entre le monde rural par rapport au monde urbain, ils sont plus sensibles à ces questions que le sont peut-être la plupart de nos autres programmes du service correctionnel — et même que les programmes de santé mentale. C'est certainement une question complexe.

[*Français*]

Le sénateur Gill : Avez-vous des statistiques, par rapport à la population en général, sur la population carcérale, et sur les Indiens qui reçoivent des soins, de façon à comparer avec les non-Indiens?

M. Bettman : Oui, mais je ne les ai pas ici.

Le sénateur Gill : Est-ce qu'on pourrait avoir ces statistiques?

M. Bettman : Oui, ce serait très facile.

Le sénateur Gill : Cela m'intéresserait beaucoup, pour pouvoir faire des comparaisons.

[*Traduction*]

Le président : Cela nous serait utile, parce qu'on a l'impression du moins dans les zones urbaines de l'ouest du Canada, que le pourcentage de délinquants autochtones est nettement supérieur à celui de l'ensemble de la population. Si vous aviez de l'information sur cette question, ce serait bien.

Mme Bouchard : Dans notre rapport qui vous a été remis quand nous sommes venus comparaître en mai, nous présentions des données sur la population autochtone qui relève des services correctionnels du Canada, et nous pouvons les mettre à jour. Dans la mesure où nos programmes nous permettent de fournir des données, nous les fournissons.

M. Bettman : Spontanément, je peux vous dire, bien sûr, que la population autochtone représente 3 p. 100 de l'ensemble de la population et 17 p. 100 de notre population délinquante. Dans la région des Prairies, ce pourcentage frise les 65 p. 100. C'est très élevé ...

Le président : Pardon, 65 p. 100?

M. Bettman : Veuillez m'excuser, de 40 à 50 p. 100, pour moins de 3 p. 100 de la population; mais je ne connais pas les pourcentages exacts dans l'Ouest.

Le sénateur Gill : C'est pourquoi je posais la question. Quand vous parlez de délinquants autochtones, j'aimerais savoir d'où ils viennent — de régions urbaines, du Grand Nord — et nous saurons ainsi certainement...

Le président : Très bien.

Le sénateur Gill : Je sais qu'il y a beaucoup d'Autochtones en prison dans l'Ouest.

Dr. Bettman: We can provide the enrolments in Aboriginal programs. Whether or not we can give you rural versus metropolitan, because people change in terms of where they have lived, that might be a little difficult to provide, but we will try to do that for you.

Senator Cochrane: My question is first directed at Mr. Charko. I would like to continue on that line on which the chairman started at the beginning. How much funding is in the public service health care plan? The second part of that is how much is spent on administration?

Mr. Charko: With the health care plan, basically the total value of the plan — and this is reimbursement of claims — is about \$500 million a year. In terms of administration, what I would talk about is the administration fees we pay Sun Life — the health care plan is administered by Sun Life — and I believe we are probably spending, although I would have to confirm this, around \$15 to \$20 million a year for that administration.

Senator Cochrane: Are there other administration costs? There must be.

Mr. Charko: I do not think so. I think that would be the bulk of them.

Senator Cochrane: Of that spending, \$74 million goes to mental illness and addiction, is that right?

Mr. Charko: Yes.

Senator Cochrane: Of that \$74 million, how much is spent on administration?

Mr. Charko: For example, to explain the first number — the \$64 million — that is essentially reimbursement of drugs. The classification is “central nervous system agents,” and it is basically the reimbursement of the drug claims. In terms of the psychologists, the other figure, the \$10 million, was for psychological counselling services. That is reimbursement of the psychologists’ claims, or psychologists’ services.

The administration of those claims is a very small portion of that \$15 to \$20 million that I talked about earlier. What happens is that it is a reimbursement system, so that as the employee is prescribed by his doctor, say, anti-depressants, for example, he will go to the pharmacy, he will pay the claim, and then we will send that claim in to Sun Life and they will reimburse. Similarly, if he is referred to a psychologist, the psychologist will deliver the service, the employee will pay the psychologist and we will reimburse.

Senator Cochrane: Could each one of you provide the committee with one example of a typical case of a client with a mental illness or substance abuse disorder, and how each one of you would address that concern?

Dr. Bouchard: Do you mean the pathway this offender can go through when he comes into our system?

M. Bettman : Nous pouvons vous fournir de l’information sur le nombre d’inscriptions aux programmes pour Autochtones. Pour ce qui est de savoir si nous pouvons vous fournir des comparaisons entre la situation en milieu rural par rapport au milieu urbain, en raison de la mobilité des gens, cela pourrait être un peu difficile, mais nous allons tâcher de le faire pour vous.

Le sénateur Cochrane : Ma question s’adresse d’abord à M. Charko. J’aimerais que nous reparlions de ce qu’a dit le président au début. De quel financement dispose-t-on pour le régime de soins de santé de la fonction publique? Deuxièmement, quelle part est consacrée à l’administration?

M. Charko : Pour ce qui est du régime de soins de santé, la valeur totale du régime — c’est-à-dire le remboursement des demandes — c’est environ 500 millions de dollars par an. Pour ce qui est de l’administration, je parlerais des frais d’administration que nous payons à Sun Life — le régime de soins de santé est administré par la Sun Life — et je crois que nous dépensons probablement, sous réserve de confirmation, de 15 à 20 millions de dollars par an pour ces services d’administration.

Le sénateur Cochrane : Y a-t-il d’autres frais d’administration? Il doit y en avoir.

M. Charko : Je ne le pense pas. Je crois que c’est l’essentiel des frais d’administration.

Le sénateur Cochrane : Sur ce montant, 74 millions de dollars sont affectés aux soins concernant la maladie mentale et la toxicomanie, n’est-ce pas?

M. Charko : Oui.

Le sénateur Cochrane : Sur ces 74 millions de dollars, combien sont dépensés pour l’administration?

M. Charko : Par exemple, pour ce qui est du premier montant — les 64 millions de dollars — il s’agit essentiellement du remboursement de médicaments. C’est la catégorie des agents du système nerveux central, et il s’agit essentiellement du remboursement des médicaments. Pour ce qui est des psychologues, l’autre montant, les 10 millions de dollars, concerne des services de consultation psychologique. Il s’agit du remboursement de demandes de services psychologiques.

L’administration de ces demandes ne représente qu’une toute petite portion du montant de 15 à 20 millions de dollars dont je viens de parler. Ce qui se passe, c’est qu’il s’agit d’un système de remboursement, si bien que quand un employé se voit prescrire des antidépresseurs, par exemple, par son médecin, il va à la pharmacie, il achète et paie les médicaments, puis il envoie une demande de remboursement à la Sun Life qui le rembourse ensuite. De la même manière, si on lui conseille d’aller voir un psychologue, l’employé consulte le psychologue, lui verse des honoraires et nous le remboursions ensuite.

Le sénateur Cochrane : Chacun d’entre vous pourrait-il fournir au comité un exemple d’un cas type de client qui a une maladie mentale, ou qui a un problème d’alcoolisme ou de toxicomanie, et nous dire comment chacun d’entre vous s’y prendrait?

Mme Bouchard : Voulez-vous dire le cheminement que peut suivre ce délinquant quand il entre dans notre système?

Senator Cochrane: Yes, either with a mental illness or with an addiction problem.

Dr. Bouchard: Or both. I will leave Dr. Bettman to go with the substance abuse and I will deal with the other.

Usually, most offenders come to us through the provincial system. Often, offenders have resided in the provincial system before they come to us — most of them, in fact. They will come in with a medical file already, with some information regarding their treatment, diagnosis and the medication they are on at that time.

In most of our regions we have reception centres, except in the Prairies. The reception centre is an institution or centre that is dedicated to receive offenders who are newly arrived into our system, and where they will stay for approximately one to three months for a full assessment and a decision on their placement in an appropriate institution.

Senator Cochrane: This is what they call somebody on the front line.

Dr. Bouchard: It is the front-line reception centre where people are channelled through.

In the Prairies, this is located in six institutions, because we also have a women's institution there. Because of the distance and the geography, it is not one centre for the Prairie region.

I will start at a reception centre where the person comes in. It is standard that every offender, within 24 hours of his arrival, will be seen by a nurse to renew his medication and prescription, if there is a need for maintaining his treatment. Full assessment of his health status by the nurse will occur within the first 14 days.

If he is already identified as having a mental health problem — in other words, he has been diagnosed and is under medication — the nurse might decide to refer him to the institutional physician for a review of his medication and his needs. If there is any report of his behaviour problems while he comes to us, he might need a further assessment by a psychologist, depending on how he behaves in the institution at the time.

There is also a suicide risk assessment that is done, a standard screening risk assessment for suicide when they come in. If there is any problem, in terms of being potentially suicidal, he or she can be put under observation for a period of time by the team, and be reassessed accordingly — his level of risk of suicide reassessed.

For the first three months, the offenders will reside in that reception centre. They will be receiving their regular treatment. If, for example, the person develops significant health problems during that time, he would be seen; and it could be decided that he might need to be admitted into our treatment centre in that region. We also have psychiatrists who come in to the reception centre. Usually, they are also attached to the treatment centre. They can see him and decide if he should be admitted to the treatment centre, because we cannot stabilize him in the centre

Le sénateur Cochrane : Oui, quand il vous arrive soit avec une maladie mentale soit avec un problème d'intoxication.

Mme Bouchard : Ou les deux. Je vais laisser M. Bettman vous citer le cas d'un délinquant souffrant d'intoxication, et je parlerai de l'autre cas.

Habituellement, la plupart des délinquants nous arrivent par l'entremise du système provincial. Souvent, les délinquants ont résidé dans le système provincial avant de nous arriver — la plupart d'entre eux, en fait. À leur arrivée ils ont déjà un dossier médical qui renferme de l'information concernant leur traitement, leur diagnostic et les médicaments qu'ils prennent à ce moment-là.

Dans la plupart des régions, nous avons des centres d'accueil, sauf dans les Prairies. Le centre d'accueil est une institution ou un centre qui est conçu pour accueillir les délinquants qui arrivent dans notre système, et où ils restent de un à trois mois dans l'attente d'une pleine évaluation et d'une décision concernant leur hébergement dans une institution appropriée.

Le sénateur Cochrane : C'est ce qu'on appelle le personnel de première ligne.

Mme Bouchard : C'est le centre de réception de première ligne où les personnes sont acheminées.

Dans les Prairies, cela se trouve dans six institutions, car il y a également une institution pour les femmes. En raison de la distance et de la géographie, il n'y a pas juste un centre pour la région des Prairies.

Je vais commencer par le centre de réception où les personnes arrivent. Il est normal que chaque délinquant soit vu par une infirmière, afin de renouveler ses médicaments et ses ordonnances, s'il faut poursuivre son traitement, dans un délai de 24 heures suivant son arrivée. L'infirmière fera une évaluation approfondie de son état de santé dans les 14 premiers jours.

Si on a déjà déterminé qu'il souffre de problème de santé mentale — en d'autres mots, s'il a fait l'objet d'un diagnostic et s'il prend des médicaments — l'infirmière ou l'infirmier, décidera peut-être de l'envoyer voir le médecin de l'institution pour faire évaluer ses médicaments et ses besoins. Si nous avons un rapport sur ses problèmes de comportement, il faudra peut-être qu'il soit également évalué par un psychologue, si c'est jugé nécessaire en raison de son comportement dans l'institution.

On fait également une évaluation du risque de suicide lorsqu'ils arrivent, ce qui est un dépistage normal. S'il y a un problème, c'est-à-dire s'il est peut-être suicidaire, l'équipe le place sous observation pour un certain temps et on réévalue son niveau de risque de suicide.

Pendant les trois premiers mois, les détenus restent dans ce centre de réception. Ils reçoivent leur traitement normal. Si, par exemple, un détenu manifeste d'importants problèmes de santé pendant ce séjour, on l'examine et, au besoin, on peut l'admettre dans notre centre de traitement de la région. Nous avons également des psychiatres qui viennent au centre de réception. D'habitude, ils sont également rattachés au centre de traitement. Ils peuvent voir le détenu et décider s'il doit être admis au centre de traitement, car nous ne pouvons pas le stabiliser au centre où il

where he is residing right now, which is like an institution. If he has a diagnosis of schizophrenia, he might be transferred to our treatment facility on an emergency basis, where he would be admitted and provided a bed, and our team will provide care in that area. It is a 24-hour institution in terms of care. They will stabilize him, perhaps change his medication, and the further assessment will decide, once he is stabilized, if he can be transferred to a regular institution.

We do not view our treatment centres as centres where the offender will spend his whole sentence. Once he is stabilized, he will be assigned to a regular institution. He might end up in a maximum, medium or minimum security institution; that is a correctional assessment. Within those institutions there are also health care teams that will follow this person. The challenge, depending on the length of the sentence, is to prepare him for release. While we say we administer sentences of two years and over, the majority will be released within three or four years. I think the average time stay within our prisons is that. We have to start planning the potential release of this offender.

We have what we call our CCC's community centre, which are also CSC institutions but are usually located more in the community setting. He could be referred there as part of his release plan, where they go out of the CCC for interventions and back at night to the CCC.

We have some services for those CCCs but they are not very much developed. The challenge for an offender who has a mental health diagnosis is that he can easily become destabilized and might come back to our regular institution or treatment centre, like someone with schizophrenia who does not follow his medication and keep his appointments

Senator Cochrane: Do you have many of them coming back?

Dr. Bouchard: I cannot give data on that, but it can occur.

Dr. Bettman: Would you like to hear about the addicted offender? I will try to make it short. We are dealing with offenders who are doing two or more years, and because many have already spent time in provincial institutions, we do not have a requirement to do detoxification for the offenders. It is usually done while they are waiting for a trial in provincial court. It is rare that we have a detoxification component.

I will take over from the reception centres where we do a comprehensive assessment on the criminogenic, the underlying factors that cause criminality, not just for the index offence for which the offender has been convicted, but for his entire life. You find that close to 80 per cent of our offenders have had problems with substance abuse. It should not be a big shock to discover that.

It does not stop there. Our assessments are very much designed to determine what intensity of treatment the offender will require in order to mitigate those factors. Substance abuse is connected to reoffending as well.

réside à l'heure actuelle, qui est comme une institution. S'il s'agit d'un détenu atteint de schizophrénie, il pourrait être transféré d'urgence à notre installation de traitement où on pourra lui fournir un lit et où notre équipe pourra continuer à lui fournir des soins. C'est une institution où on dispense des soins 24 heures par jour. Là, on le stabilisera, peut-être qu'on changera ses médicaments, et une fois stabilisé, on fait une nouvelle évaluation pour déterminer s'il peut être transféré dans une institution normale.

Nous ne considérons pas nos centres de traitement comme des endroits où les détenus passeront la totalité de leur peine. Une fois stabilisé, le détenu est affecté à une institution normale. Il peut se retrouver dans un établissement à sécurité maximale, moyenne ou minimale, en fonction de l'évaluation du service correctionnel. Dans ces institutions, il y a également des équipes de soins de santé qui suivent les détenus. Le défi, selon la durée de la peine, est de préparer le détenu en vue de sa libération. Nous disons que nous administrons les peines de deux ans et plus, mais la majorité des détenus sont libérés après trois ou quatre ans. Je pense que c'est la durée moyenne de détention dans nos institutions. Nous devons commencer à planifier la libération éventuelle du détenu.

Nous avons des centres correctionnels communautaires, des CCC, qui relèvent également du SCC mais qui sont en général situés dans la communauté. Dans le cadre de son plan de libération, le détenu participe à des interventions à l'extérieur du CCC mais il y retourne pour la nuit.

Nous offrons des services dans ces CCC mais ils sont assez rudimentaires. Le défi pour un détenu qui souffre de troubles mentaux est qu'il peut facilement être destabilisé et devoir revenir à l'institution normale ou au centre de traitement. Ce serait le cas par exemple, de quelqu'un qui souffre de schizophrénie et qui ne prend pas ses médicaments ou qui ne va pas à ses rendez-vous.

Le sénateur Cochrane : Sont-ils nombreux à vous revenir?

Mme Bouchard : Cela se produit, mais je ne peux vous donner plus d'information.

M. Bettman : Vous aimeriez en savoir plus sur les délinquants toxicomanes? Je vais tenter d'être bref. Il s'agit de délinquants qui purgent une peine de deux ans ou plus et, parce que bon nombre d'entre eux ont déjà été dans un établissement provincial, nous ne sommes pas tenus de leur offrir une cure de désintoxication. Cela se fait habituellement pendant qu'ils attendent leur procès en cour provinciale. La cure de désintoxication fait rarement partie de notre programme.

Quand le détenu arrive au centre de réception, nous faisons une évaluation exhaustive des facteurs criminogènes sous-jacents qui s'appliquent non seulement à l'infraction à l'origine de la peine mais à toute la vie du détenu. Nous constatons que près de 80 p. 100 des délinquants ont eu des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, ce qui ne devrait étonner personne.

Cela ne s'arrête pas là. Nos évaluations sont conçues de façon à déterminer l'intensité du traitement qui permettra de réduire l'influence de ces facteurs. La toxicomanie est liée à la récidive aussi.

For those offenders with serious substance abuse problems and who pose serious risk, we have programs in place in almost all of our institutions, at all security levels, to address those particular problems. We have a national substance abuse program in our maximum, medium and minimum security institutions, with maintenance afterwards. These are programs focussed on harm reduction strategies for the offender to reduce and prevent further substance abuse. These programs are followed up by maintenance throughout the offender's sentence, both in the institution and in the community, once they are released.

Frankly, we are proud of our substance abuse programs, which have an international reputation. We have representatives of countries from all over Europe visiting us to observe our correctional program model, including Sweden, Scotland, and a list of other countries. We have an international accreditation for our substance abuse program, so we invite international, recognized experts in the area of substance abuse to comment on and to accredit the substance abuse programs that we have in place, including the maintenance programs.

We have a very rigorous standard for each site to ensure that they are following quite methodically the guidelines and the qualities necessary that we have prescribed for the programs.

Senator Cochrane: How many sites?

Dr. Bettman: We have 166 sites, actually 300 in all, for the delivery of substance abuse programs.

Senator Cook: I will begin with Mr. Charko. Your numbers are mind-boggling: In 2004, the federal government was the fourth largest payer of drug benefits. Do you have a breakdown of those drug benefits? Could a single federal agency be responsible for all federal clients? If so, could the provision of mental health services and addiction treatment be a first step towards a centrally-managed system? To all of you who are in this complex system, where for me the individual is of the utmost importance, where are the gaps in your system? How do you link with other providers, that is, federally and provincially? How can we help you arrive at the point where we are offering to that person the very best care that the system can offer?

Last but not least, we hear the word "stigma." We hear it over and over again. The people whom you have as clients have a double stigma: the stigma of mental illness and the stigma of incarceration. How do we move the person who finds himself there through the system, back into society, so that they can live a life that is fulfilling?

Mr. Charko: I will comment on the drug benefits. To give you a sense for our drug plan in the health care plan, 20 per cent of drugs are cardiovascular, 14 per cent are central nervous system-type drugs. That is the second largest group of drugs, followed by hormone synthetic substitutes at 6 per cent and therapeutic agents at 6 per cent. Central nervous system agent drugs are a key part of our health care plan. I will not comment

Pour les délinquants qui connaissent de graves problèmes de toxicomanie et qui représentent un risque sérieux, il y a des programmes dans presque tous nos établissements, à tous les niveaux de sécurité. Nous avons un programme de réduction de la toxicomanie dans nos établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale qui comprend le suivi. Ce sont des programmes centrés sur la réduction des méfaits visant à réduire et à prévenir la toxicomanie. On assure ensuite le suivi pendant toute la peine que purge le délinquant, autant au sein de l'établissement que dans la collectivité, après sa libération.

Nous sommes fiers de notre programme de réduction de la toxicomanie qui jouit d'une réputation à l'échelle mondiale. Des représentants de pays de toute l'Europe, notamment de la Suède et de l'Écosse, viennent assister au fonctionnement de notre programme correctionnel. Notre programme de réduction de la toxicomanie a été homologué par une organisation internationale; nous invitons donc des experts reconnus à l'échelle internationale à évaluer et à homologuer nos programmes, y compris le suivi.

Chaque centre doit respecter des normes rigoureuses et suivre de façon méthodique les lignes directrices et les normes de qualité de nos programmes.

Le sénateur Cochrane : Combien de centres y a-t-il?

M. Bettman : Il y a 166 centres, en fait, 300 au total qui dispensent nos programmes de réduction de la toxicomanie.

Le sénateur Cook : Ma première question s'adresse à M. Charko. Vos chiffres sont époustouffants : en 2004, le gouvernement fédéral était au quatrième rang au chapitre des prestations pharmaceutiques. Avez-vous une ventilation de ces chiffres? Est-ce qu'un organisme fédéral est responsable de tous les clients fédéraux? Si tel est le cas, est-ce que la prestation de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie ne constituerait pas la première étape vers un système central? Vous tous qui travaillez au sein de ce système complexe qui, selon moi, doit être centré sur la personne, y voyez-vous des lacunes? Comment assurez-vous le lien avec les autres dispensateurs au niveau fédéral et provincial? Comment pouvons-nous faire en sorte que nous offrons à chacun les meilleurs soins possible?

Enfin, nous entendons souvent le mot « stigmatisation ». On nous le répète souvent. Ceux qui sont vos clients font face à une double stigmatisation : la stigmatisation qu'entraîne la maladie mentale et celle qu'accompagne l'incarcération. Comment pouvons-nous faire en sorte que le détenu souffrant de troubles mentaux puisse réintégrer la société et y vivre une vie pleinement satisfaisante?

M. Charko : Je répondrai à votre question sur les prestations pharmaceutiques. Pour vous donner une idée de ce que nous payons, 20 p. 100 des médicaments traitent des maladies cardiovasculaires et 14 p. 100 sont des médicaments du système nerveux central. On trouve ensuite les médicaments d'hormonothérapie, qui représentent 6 p. 100, ainsi que les agents thérapeutiques qui représentent aussi 6 p. 100 de tous les

on your question of the machinery of government or the centralizing of services. I think that is more program-related.

On the question of stigma, I am very concerned about that in the workplace as well. I think that some of the ideas that we suggested earlier is the way to go, where we are changing the culture for HR management, where employers, supervisors and work colleagues are trained, where there are opportunities to talk and learn about mental illness. It has been shown that if you can provide that type of education in the workplace and the managers feel responsible for HR issues, we can eliminate some of that stigma in the workplace.

Dr. Bouchard: On our issues in terms of the gaps in our system, one of the challenges we have, and we should see it positively, is that we cannot separate our mental health care from our physical health care. It has to be integrated. Our nurses and professionals have to be multi-skilled with competencies to address the needs of offenders when they come in. Therefore, for us it is a challenge because there is a need for training and maintaining the competence level of our health care workers. For example, our nurses in the reception centre need to be able to better assess, identify and diagnose those mental health needs. These have been identified as a challenge for us.

The management of offenders with mental health problems in our institutions cannot be done without a multi-disciplinary approach. That includes the training and awareness of the correctional officers who work with those people, to break down the stigma. That is also apart of the challenge we have. They have to be part of the team in terms of the understanding that the behavioural problems sometimes are not related to a criminal issue but more an issue from a mental health problem. Therefore, the management and education is necessary.

We are always challenged by this, and that is part of the orientation that we strive to go on now. I will limit myself to that. I know there is a lot of time, but we have been looking at all these elements: The security management when you deal with offenders with mental health problems; the use of force, in terms of addressing and adapting it to the issue of mental health has been part of all the issues we need to look at.

Senator Cook: Do you see a role for the nurse practitioner in your system? I come from Newfoundland, so in Atlantic Canada the offenders sometimes get rehabilitation, what they need. Their sentences are determined by whether they served their sentences for their misdemeanour in the province, or whether they went to the mainland. Therefore, often I feel a judge will sentence accordingly. It is a choice whether you lock them up for the period or put them somewhere where they can be rehabilitated. It is a challenge in this country as diverse as ours. I see that as really

médicaments pour lesquels nous versons des prestations. Les médicaments du système nerveux central constituent un élément clé de notre régime de soins de santé. Je ne répondrai pas à votre question sur l'appareil gouvernemental ou la centralisation des services. Cela est plutôt lié au programme.

En ce qui concerne la stigmatisation, je me préoccupe beaucoup de cela en milieu de travail aussi. Je crois que les suggestions que nous vous avons présentées plus tôt constituent de bonnes pistes de solution pour changer la culture de gestion des ressources humaines, pour former employeurs, surveillants et collègues, pour offrir des occasions de parler de la maladie mentale et pour approfondir nos connaissances de ce sujet. Il a été démontré qu'avec ce genre de formation en milieu de travail et avec des gestionnaires qui assument leurs responsabilités en matière de ressources humaines, on peut éliminer une bonne part de la stigmatisation en milieu de travail.

Mme Bouchard : Pour ce qui est des lacunes du système, l'un des défis que nous devons relever et que nous devons voir sous un jour positif, c'est que nous ne pouvons séparer les soins de santé mentale des soins de santé physique. Les deux vont de pair. Nos infirmiers et infirmières et autres professionnels doivent avoir toutes les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des délinquants à leur arrivée. Par conséquent, c'est un défi pour nous car il faut former nos professionnels de la santé et maintenir leur niveau de compétence. Ainsi, le personnel infirmier des centres de réception doit être en mesure de bien évaluer, déceler et diagnostiquer les besoins en santé mentale. Voilà une autre tâche qui nous incombe.

La gestion des délinquants souffrant de troubles mentaux dans nos établissements ne peut se faire que grâce à une approche multidisciplinaire. Cela comprend la formation et la sensibilisation des agents correctionnels qui travaillent auprès de ces détenus afin de réduire la stigmatisation. C'est là une autre tâche qui nous incombe. Ces agents doivent faire partie de l'équipe et pour y arriver, ils doivent comprendre que les problèmes de comportement ne sont pas toujours liés à la criminalité mais souvent plutôt à des troubles mentaux. Voilà pourquoi une bonne gestion et une bonne sensibilisation sont nécessaires.

C'est une tâche de tous les instants et elle est indissociable de notre nouvelle orientation. Je m'arrête ici car je sais que nous disposons de peu de temps, mais nous nous penchons sur tous ces aspects et notamment sur la sécurité et le recours à la force dans le cas des délinquants souffrant de troubles mentaux.

Le sénateur Cook : L'infirmière ou l'infirmier praticien peut-il jouer un rôle au sein de votre système? Moi, je viens de Terre-Neuve; dans la région de l'Atlantique, les délinquants sont parfois réintégrés à la société comme il se doit. Leur peine est déterminée par la possibilité pour eux de purger leur peine pour un délit mineur dans la province ou sur le continent. Souvent, les juges infligent une peine en conséquence. On a le choix d'incarcérer le délinquant pour une période déterminée ou de l'envoyer là où la réinsertion sociale sera possible. C'est tout un défi dans un pays

stressful on the individual, and on the families who cannot visit, who cannot get to see their family member. They are cut off from everything that is familiar.

Dr. Bettman: I wanted to add one other challenge. I find in the community we really lack the kind of integration that we need. Basically, I think our biggest challenge is, to a large extent, that stigma. These offenders are part of our community and people do not really recognize that. They want to encapsulate them, not only in a prison but even when they are in the community, and they say that their mental health care is the government's responsibility, it is not our town's or our city's responsibility, and as a result, we are often left alone in trying to service the needs of our offenders.

Senator Cook: Health care professionals are not readily available in my part of the country.

[Translation]

Senator Pépin: My question is on the issue of all immigration. The way in which we receive immigrant families who have come to Canada is an important factor; these families have chosen Canada and we must live up to our good name. However, several immigrant families have informed us that there is a lack of reception services.

When you are responsible for a family for a period of a few weeks, or a few months, and you notice that an individual, be it a child or an adult, is suffering from some form of intellectual disability, what services are you able to offer them? More specifically, when these families are free to choose the city in which they would like to live, do you ensure that somebody who is suffering from mental health difficulties will be able to have access to the appropriate services in his or her new community?

Although many of those people take language classes, they are not necessarily able to communicate. It can be very difficult for somebody who has mental health needs if they are unable to communicate.

You spoke of a language program; however, we have been told that, in the majority of towns, no such program exists for immigrants. I would therefore like to know if you are in a position to make their life easier, either by providing them with the name of a place they can turn to, or the name of a doctor. As for the language issue, it remains an unsolved quandary.

Dr. Martin: There are language programs up and running, but they do have certain eligibility criteria.

Senator Pepin: I realize that some such programs are available. However, many people have told us that they would have great difficulty in communicating where they suddenly to fall ill in a new city. No services are available to help people in such a situation.

diversifié comme le nôtre. Cela peut être très angoissant pour le détenu et pour sa famille qui ne peut lui rendre visite. Ces délinquants se trouvent alors éloignés de tout ce qui leur est familier.

M. Bettman : J'aimerais souligner une autre tâche à accomplir. Nous n'avons pas toujours, dans la collectivité, ce qu'il faut pour bien réintégrer les délinquants. Notre principal obstacle reste, dans une grande mesure, l'ostracisme. Ces délinquants font partie de notre collectivité mais les gens refusent d'accepter ce fait. Ils veulent les isoler non seulement quand ils sont en prison mais aussi quand ils sont dans les collectivités; ils affirment que le traitement des maladies mentales relève du gouvernement et non pas de la ville et, par conséquent, nous sommes souvent laissés à nous-mêmes quand nous tentons de répondre aux besoins de ces délinquants.

Le sénateur Cook : Les professionnels de la santé se font rares dans ma région.

[Français]

Le sénateur Pépin : Ma question concerne l'immigration. L'accueil des familles immigrantes est un élément important. Ces familles ont choisi le Canada et il faut honorer ce choix. Toutefois, plusieurs familles immigrantes nous ont indiqué qu'il existe un manque de services à l'accueil.

Lorsque vous gardez ces familles sous votre tutelle pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois et que vous constatez qu'un enfant ou une personne souffre de déficiences intellectuelles, quels sont les services que vous pouvez leur offrir? Plus particulièrement, lorsque vous libérez ces familles et qu'elles vont d'une ville à l'autre pour s'installer, est-ce qu'on s'assure qu'une personne souffrant de troubles mentaux pourra jouir de services appropriés dans sa communauté?

Bien que plusieurs de ces gens suivent des cours de langue, ils ne sont pas nécessairement capables de communiquer. La situation peut être délicate pour une personne souffrante si elle ne peut communiquer.

Vous avez parlé d'un programme linguistique. Cependant, on nous a dit que dans la majorité des villes il n'existe pas de programme linguistique pour les immigrants. Par conséquent, j'aimerais savoir si vous êtes en mesure de leur faciliter la tâche, soit en leur donnant le nom d'un endroit qui pourrait les accueillir ou le nom d'un médecin. Pour ce qui est de la langue, c'est un problème auquel nous n'avons toujours pas trouvé de solution.

Dre Martin : Il existe des programmes linguistiques qui ont quand même certains critères d'éligibilité.

Le sénateur Pépin : Je sais qu'il existe des programmes linguistiques. Toutefois, si une personne s'installe dans une ville et soudainement tombe malade, plusieurs nous disent avoir beaucoup de difficulté à communiquer. Dans un tel cas, aucun service ne leur est offert.

Dr. Martin: Different kinds of immigrants have different needs. Some immigrants are admitted under the economic class, while others have refugee status or are asking for asylum. People who are refugees or who are asking for asylum sometimes have different needs from those arriving under the economic class.

Many of our settlement or integration programs would target this group. Some services, of course, are offered to a different population than the refugees. Our role is to facilitate access to existing provincial services. We offer no specific services. We are only a link that facilitates access, for example, by giving information on what already exists in the regions.

Government-sponsored refugees have special needs. They often have private sponsors who will receive information on those special needs. The private sponsors facilitate integration into Canadian society and facilitate access to the services required by the new immigrants.

We work with various groups and organizations. People are free to settle wherever they wish in Canada. There are several things that must be taken into consideration when one is to offer services.

Senator Pépin: Generally speaking, when the immigration service finds itself faced with a family that has an autistic child, they hesitate to accept the family. However, if a family that has already settled in Canada is discovered to have members that suffer from depression or need other services, it is often difficult for people to find a centre that offers the services in their language.

Dr. Martin: This is why we have a joint initiative with the Public Health Agency. Our document entitled *Migration Health Task Force* stresses the importance of training health care professionals to deal with a new Canadian society that is multicultural and has different needs. These are some of the challenges that we must accept in the area of immigration in Canada. We are well aware of these needs and we have pointed them out to the task force.

[English]

Senator Callbeck: Dr. Bouchard, I want to return to this review that you completed. Have you looked at the contribution that volunteer groups make, or the role they play in correctional services here? I am asking this because I had a letter recently from a volunteer group that is connected with Springhill Penitentiary and they provide a lot of services to families and to the inmates, both in the prison and outside of the prison.

One thing that Senator Cook touched on a minute ago was that there are people from Newfoundland in the prison whose families cannot afford to visit unless they have a place to stay. This is one of the services that that volunteer group provides. They get \$22,000 from the government. I think it is incredible what these people do, the fund-raising they do, the hours they give, and

Dre Martin : Différents type d'immigrants ont différents besoins. Certains immigrants arrivent en classe économique, d'autres ont un statut de réfugié ou demandent asile. Les personnes réfugiées ou qui demandent asile ont parfois des besoins différents que les gens qui arrivent en classe économique.

Nombre de nos programmes de rétablissement ou d'intégration vont viser cette population. Bien entendu, certains services sont offerts à une population autre que celle des réfugiés. Notre rôle est de faciliter l'accès à des services existants au niveau des provinces. Nous n'offrons pas de services spécifiques. Nous ne sommes qu'un lien qui facilite l'accès en donnant, par exemple, l'information sur ce qui existe dans les régions.

Les réfugiés parrainés par le gouvernement ont des besoins spéciaux. Ils ont souvent des parrains privés qui recevront de l'information sur leurs besoins spéciaux. Les parrains privés faciliteront, encore une fois, l'intégration à notre société canadienne et faciliteront l'accès aux services que requièrent ces nouveaux immigrants.

Nous travaillons avec différents groupes et organisations. Les gens ont la liberté de s'installer où ils désirent au Canada. Il existe donc plusieurs facteurs à considérer lorsqu'il est question d'offrir des services.

Le sénateur Pépin : En général, lorsque le service d'immigration se trouve devant une famille ayant un enfant qui souffre d'autisme, il a alors beaucoup de réticence à accepter cette famille. Toutefois, si on découvre, une fois cette famille installée au Canada, que certaines personnes souffrent de dépression ou ont besoin de services, il est souvent difficile pour ces gens de trouver un centre où on offre des services dans leur langue.

Dr Martin : C'est pourquoi nous avons une initiative conjointe avec l'Agence de santé publique. Notre document intitulé *Migration Health Task Force* souligne l'importance de former des professionnels de la santé en fonction de la nouvelle société canadienne qui est une société multiculturelle avec des besoins différents. Ce sont là quelques-uns des défis que nous devons relever en matière d'immigration au Canada. Nous sommes bien conscients de ces besoins et nous les avons soulignés à travers ce groupe de travail.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Docteure Bouchard, j'aimerais revenir à cet examen que vous avez mené. Avez-vous examiné la contribution des groupes bénévoles ou le rôle qu'ils jouent dans les services correctionnels? Je vous pose cette question parce que j'ai reçu récemment une lettre d'un groupe de bénévoles travaillant au pénitencier de Springhill qui offre de nombreux services aux détenus et à leurs familles autant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur.

De plus, le sénateur Cook a fait allusion un peu plus tôt au fait que des détenus de Terre-Neuve ne reçoivent pas de visite des membres de leurs familles car ceux-ci n'ont pas les moyens d'aller les voir à moins de connaître quelqu'un chez qui loger. C'est justement l'un des services que ce groupe de bénévoles offre. Il reçoit 22 000 \$ du gouvernement. C'est incroyable ce que font ces

so I am wondering, has this been assessed? If it has, I would like to know what the conclusions are because I understand that two years ago, the government cut back the funding to this group.

Dr. Bouchard: In our assessment of our mental health services, we have not looked at the contributions by volunteer organizations or NGOs, so I do not have that information to provide to you. However, I certainly can look at what contributions we are making to those groups.

Within our community release plan, in terms of our strategy, we will certainly look at how we can facilitate better release and what type of interventions or linkages have to be made. We probably will be raising that issue more within that area.

Senator Callbeck: After having looked at the situation, I am telling you the \$22,000 that was spent was some of the best use of government dollars. This group is just incredible.

Dr. Bettman: We are actually very fortunate to have across the country a substantial number of volunteers who work with the Correctional Services of Canada. One of our pillars of strength is that we have all kinds of volunteer groups and non-governmental agencies advocating on behalf of the offenders, working closely with us in all kinds of domains, whether it be leisure, recreation, even the delivery of programs. Again, it is something that certainly could benefit the mental health care of our offenders, but it is not one of the areas that would be the primary intervention for the mental health care needs of our offenders. However, it is certainly an important support, and I believe that that support is there.

In terms of funding for our volunteers, I am surprised to hear that we have cut funding. In the past few years, we have really worked hard to recruit more volunteers and have enhanced our volunteer capacity through memorandums to cabinet — effective corrections. Maybe in some areas it has been cut, maybe in some areas it has been expanded; but our volunteer area, as a whole, has grown substantially in the last few years.

Senator Callbeck: Perhaps, in view of time, I will talk to you afterwards about this particular situation.

The Chairman: We may try to get some data. Thank you all for coming. The fact that we are way over time is an indication of our level of interest.

Mr. Charko, I have just one question. When you talk about the percentage of people who are off on long-term disability, largely from depression and stress, I would love to have a breakdown of that by sex. My guess is that that is hugely biased in favour of women; that there are far more women in that group, just because

bénévoles, les collectes de fonds, les heures qu'ils consacrent à leur travail, et je me demande si vous avez évalué ce travail. Dans l'affirmative, j'aimerais connaître vos conclusions car je crois savoir qu'il y a deux ans, le gouvernement a réduit les sommes qu'il verse à ce groupe.

Mme Bouchard : Dans notre évaluation des services de santé mentale, nous n'avons pas examiné la contribution des organismes bénévoles ou ONG; je n'ai donc pas d'information à vous donner là-dessus. Toutefois, je peux certainement étudier ce que nous offrons à ces groupes.

Dans le cadre de notre stratégie de réinsertion sociale, nous examinerons certainement comment nous pouvons faciliter la libération des détenus dans la collectivité et quel genre d'interventions ou de liens doivent être faits. Nous nous intéresserons probablement davantage à cette question dans ce contexte-là.

Le sénateur Callbeck : Pour avoir vu le résultat du travail de ce groupe, je peux vous dire que ces 22 000 \$ provenant des coffres de l'État n'auraient pu être mieux dépensés. Ces bénévoles sont tout simplement incroyables.

M. Bettman : Nous avons la très grande chance d'avoir un peu partout au pays un nombre de bénévoles qui travaillent pour le Service correctionnel du Canada. Ils sont un des piliers de notre système, ces groupes de bénévoles et organismes non gouvernementaux qui défendent la cause des délinquants et qui travaillent en étroite collaboration avec nous dans toutes sortes de domaines, que ce soit les loisirs, les activités récréatives ou la prestation de programmes. Encore une fois, les délinquants souffrant de troubles mentaux pourraient grandement profiter des efforts des bénévoles, mais ce ne serait pas au niveau des interventions primaires en santé mentale. Mais il est certain qu'ils offrent un soutien important et j'estime que nous jouissons déjà de ce soutien.

Pour ce qui est du financement des bénévoles, je suis étonné d'apprendre qu'il a été réduit. Ces dernières années, nous avons déployés de grands efforts pour recruter davantage de bénévoles et avons rehaussé notre capacité par le biais de mémoires au Cabinet sur une approche correctionnelle judicieuse. Peut-être qu'il y a eu des compressions dans certains domaines et que d'autres ont vu leur financement augmenter mais dans l'ensemble, le financement du bénévolat dans les affaires correctionnelles a connu une croissance considérable ces dernières années.

Le sénateur Callbeck : Étant donné que nous avons peu de temps, peut-être devrais-je vous parler de cette situation particulière après la réunion.

Le président : Nous tenterons d'obtenir des données. Merci à tous d'être venus. Le retard que nous accusons témoigne du grand intérêt que nous portons à vos travaux.

Monsieur Charko, j'ai une question pour vous. Vous avez parlé du pourcentage de personnes en invalidité prolongée, surtout pour cause de dépression ou de stress, et j'aimerais avoir la ventilation par sexe. J'ai l'impression que ce groupe comprend beaucoup plus de femmes, tout simplement parce qu'elles tentent

they are trying to do two jobs: one at home and one at work. That is conjecture on my part, but if I am right I would love to know the data.

Mr. Charko: We will get that for you.

The Chairman: Thank you for coming. We will be in touch with you on a bilateral basis of some kind.

May I ask the next witnesses to come forward, and accept my apologies for being more than a little late? I noticed that you have been here for a while, so you can understand that there is no shortage of interest here. As I think you may have heard me say when we began, we have to adjourn at 6 p.m., so this may mean we will invite you back for another visit.

Since you have given us your opening statements, because I want to ensure we have time for questions, please hit the highlights and then we can have questions. We will begin with Brigadier-General Jaeger, who is the Surgeon General of the Canadian Forces. Thank you very much for coming.

Brigadier-General Hilary F. Jaeger, Surgeon General, National Defence: Since this is my first time appearing before you, I would like to cover some fairly broad ground. I will try to summarize the high points as we move through. I am accompanied today by Colonel Randy Boddam, who is the Canadian Forces practice leader for psychiatry and mental health, and he can fill in all the hows whilst I can describe the whats.

I would like to point out, and it may be evident to senators, but the CF is a distinct group of Canadians in many ways. Of particular relevance to this committee is the fact that the federal government has responsibility for, and authority over, all aspects of health care for regular force members from the time they join until the time they retire, and entitled reservists, including mental health care. For the roots of this, you can go back to the constitutional lawyers and look all that up, but it does give us a certain degree of control that not many other entities exercise over the totality of health care.

We believe in a very holistic look at mental health. We believe that it is that component of health that pertains to cognitive, emotional, organizational and spiritual matters, and is much more than the mere absence of psychiatric illness; so that sets us a fairly high standard.

You may or may not be aware that we have recently been fortunate in the Canadian Forces to have had the opportunity to engage in a systematic mental health care renewal. In engaging in this renewal, we are putting into place a model of mental health care delivery that considers all of these factors, and I will try to go into more details of that later.

Before we designed the model and attempted to put it into place, we needed to know what the burden of suffering was for members of the regular and reserve forces. We worked with Statistics Canada to develop the Canadian Forces supplement to the Canadian Community Health Survey, version 1.2. I think you

de remplir deux fonctions, l'une à la maison et l'autre au travail. Ce n'est que conjecture de ma part, mais si j'ai raison, j'aimerais bien avoir ces données.

M. Charko : Je vous les ferai parvenir.

Le président : Merci d'être venu. Nous recommuniquerons avec vous personnellement.

Puis-je demander aux témoins suivants de prendre place et d'accepter mes excuses pour ce retard, qui est plus qu'un léger retard. Je me suis aperçu que vous êtes là depuis quelque temps déjà et vous pouvez donc comprendre que cette question nous intéresse beaucoup. Vous m'avez sans doute entendu dire au début que nous devons lever la séance à 18 heures, ce qui pourrait signifier que nous vous réinviterons.

Puisque vous nous avez remis vos exposés, et que nous voulons avoir suffisamment de temps pour les questions, je vais vous demander de présenter simplement les points saillants. Je donne d'abord la parole au brigadier-général Jaeger, conseiller médical des Forces canadiennes. Merci beaucoup d'être venu.

Le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale, Défense nationale : Puisque c'est ma première comparution devant vous, j'aurai beaucoup de choses à dire. Je vais essayer de résumer les points saillants, au fur et à mesure. Je suis accompagnée aujourd'hui par le colonel Randy Boddam, qui est le principal gestionnaire des Forces canadiennes en matière de psychiatrie et de santé mentale, qui pourra vous parler des « comment » alors que je vous parlerai des « quoi ».

Les sénateurs s'en rendent probablement compte, mais je tiens à rappeler que les Forces canadiennes forment un groupe distinct de Canadiens, de bien des façons. Ce qui est particulièrement d'intérêt pour le comité, c'est le fait que le gouvernement fédéral a la responsabilité de tous les aspects des soins de santé des membres de la force régulière, de leur recrutement à leur retraite, et aussi pour les réservistes qui y ont droit. Cela comprend aussi les soins de santé mentale. Pour en connaître l'origine, vous pouvez vous adresser à des constitutionnalistes et remonter très loin, mais cela nous donne un certain contrôle que n'ont pas d'autres administrations, sur l'ensemble des soins de santé.

Nous croyons à un point de vue très holistique en matière de santé mentale. Nous estimons qu'il s'agit de l'élément de la santé qui se rapporte aux questions cognitives, émotionnelles, organisationnelles et spirituelles et que la santé mentale est bien plus que la simple absence de maladie psychiatrique. Nos normes sont donc assez élevées.

Vous savez peut-être que nous avons récemment eu la chance, aux Forces canadiennes, de procéder à un renouvellement systématique en matière de santé mentale. Dans ce cadre, nous mettons en place un modèle de soins de santé mentale qui tient compte de tous ces facteurs et pour lesquels je pourrai vous donner plus tard davantage de détails.

Avant de concevoir ce modèle et d'essayer de le mettre en œuvre, il nous fallait savoir quelle était l'ampleur des troubles mentaux parmi les membres de la force régulière et de la réserve. Nous avons collaboré avec Statistique Canada à la mise au point d'un supplément de l'Enquête sur la santé dans les collectivités

have heard a lot about this survey, which examined the prevalence of certain mental illnesses, perceptions of well-being and use of services in members of the Canadian public at the same time that the CF supplement examined these issues in the Canadian Forces, giving us a ready basis for comparison.

I would like to share some of the statistical highlights with you. One can hardly think of mental illness in the Canadian Forces without thinking immediately about post-traumatic stress disorder. Therefore, it may surprise you to hear that this illness is not among the three most prevalent mental illnesses in members of the Canadian Forces. Depression is our leading cause of suffering, at 7.6 per cent in the year preceding the survey. Alcohol abuse or dependency hit 4 per cent, and social phobia 3.6 per cent. PTSD was 2.2 per cent and panic disorder 2.2 per cent — all in the regular force, which, generally speaking, has a somewhat worse incidence of mental illness than the reserve forces.

All told, members of the regular force reported annual prevalence of mental illness of about 15 per cent, compared to 13 per cent in the reserves. Those figures, while quite reflective of the suffering, do not include personality disorders or adjustment disorders, which also carry a burden of difficulty.

Although many of the conditions approximated the prevalence found in civilian society, there were important exceptions. Our prevalence of depression in the year preceding the survey was 80 per cent higher than that found in the general population. I think you have seen that reported recently in the media. Similarly, the lifetime prevalence, at any point in their lives, was found to be 60 per cent higher. The survey cannot tell us why this high prevalence has been found but it does give us valuable data on which to scale our response.

Concerning PTSD, we were somewhat challenged in comparing data with the civilian world, as Statistics Canada chose not to measure the prevalence of that disorder in the general population in the same survey. Fortunately, a research study had been conducted by the anxiety disorders group at McMaster University and found that their civilian lifetime prevalence was, within experimental error, the same as we found for members of the regular force.

Those prevalence figures tell only part of the story when it comes to understanding the toll mental illness takes. Mental illness ultimately can lead to the release of a Canadian Forces member and the disability associated with forms of mental illness can lead to time off work or the imposition of employment limitations. We have an advantage in that we can shape employment for our members to a degree that most people cannot. We can direct part-time work, we can direct work of less stress, and we can direct work of less physical stress. Leaving that aside, about 42 per cent of all sick leave days — sick leave is our expression for time off work for medical reasons — 42 per cent

canadiennes, destiné particulièrement aux Forces canadiennes : la version 1.2. Je pense que vous avez beaucoup entendu parler de cette enquête, qui portait sur la prévalence de certaines maladies mentales, sur les perceptions de bien-être et l'utilisation des services par les Canadiens, et aussi, en même temps, dans le cadre du supplément, par les membres des Forces canadiennes. Nous avons ainsi un bon point de comparaison.

J'aimerais vous faire part des points saillants de ces statistiques. On peut difficilement penser à la maladie mentale au sein des Forces canadiennes sans songer immédiatement au syndrome de stress post-traumatique. Vous serez donc étonnés d'apprendre que cette maladie n'est pas l'une des trois maladies mentales les plus prévalentes au sein de la population des Forces canadiennes. La principale cause de souffrance psychologique, c'est la dépression, qui atteignait 7,6 p. 100 pour l'année précédant l'enquête. La consommation excessive d'alcool ou la dépendance de type alcoolique atteignait 4 p. 100, et la phobie sociale, 3,6 p. 100. Le SSPT représente 2,2 p. 100 des cas et le trouble panique, 2,2 p. 100. Tous ces chiffres se rapportent à la force régulière qui, en général, a une incidence plus élevée de maladies mentales que la réserve.

Ainsi, au total, la prévalence de maladies mentales rapportée dans la force régulière est annuellement d'environ 15 p. 100, par rapport à 13 p. 100 pour la réserve. Ces chiffres, qui nous donnent une bonne idée de la souffrance psychologique, ne comprennent pas les troubles de la personnalité et les troubles d'adaptation, qui sont aussi sources de détresse.

Bien que la prévalence de ces maladies soit à peu près la même que pour la population civile, il y avait d'importantes exceptions. La prévalence de la dépression dans l'année précédant l'enquête était plus élevée de 80 p. 100 que celle de la population en général. Vous l'aurez récemment entendu dans les médias. De même, la prévalence à vie, toutes les étapes de la vie confondues, était de 60 p. 100 supérieure. L'enquête ne peut pas nous dire les raisons de cette prévalence élevée mais nous donne des données précieuses pour adapter nos interventions.

Au sujet du SSPT, il était difficile de comparer nos données avec celles des civils, puisque Statistique Canada n'a pas jugé bon de mesurer la prévalence du SSPT au sein de la population civile, dans cette enquête. Heureusement, une étude menée par le groupe d'étude des troubles anxieux de l'Université McMaster a constaté que la prévalence pendant la vie civile était, compte tenu de l'erreur expérimentale, la même que pour les membres de la force régulière.

Ces chiffres sur la prévalence ne nous présentent qu'un aspect de la question, lorsqu'il s'agit de comprendre les problèmes posés par la maladie mentale. En effet, la maladie mentale peut causer la libération d'un membre des Forces canadiennes et les incapacités associées aux diverses formes de maladie mentale peuvent causer des pertes de temps de travail ou l'imposition de restrictions dans le cadre du travail. Nous sommes avantagés du fait que nous pouvons adapter le travail de nos membres dans une mesure qui ne peut être envisagée ailleurs. Nous pouvons organiser du travail à mi-temps, réaffecter une personne à un travail moins stressant ou à un travail moins exigeant physiquement. Cela mis à part,

was for mental health issues, the leading cause of time away from work. There is a strong propensity for mental illness to be responsible for longer periods of sick leave for an individual.

More serious is the issue of medical releases from the military and employment restrictions. About 2,300 of our members every year undergo a review of their suitability to continue serving in the Canadian Forces. About 23 per cent of these cases every year are due to mental illness, and that perhaps is not surprising. They are disproportionately likely to end up being released from the Canadian Forces. Forty-two per cent of CF members who actually are medically released have mental illness as their primary diagnosis.

What has been and what is being done to address the needs of our members? Building on this knowledge about depth and breadth of mental health in the CF, the mental health initiative, which Colonel Beaudoin led under the auspices of our overall health care renewal project known as RX 2000, undertook an options analysis and, after obtaining departmental approval, is now embarking on implementation of an initiative that will roughly double the number of mental health providers available to CF members across the country. These providers will be working in an interdisciplinary team model involving psychiatrists, clinical psychologists, mental health nurses, social workers, addiction counsellors and chaplains, who share care responsibility with primary care providers and optimize preventive services by working closely with preventive health program authorities. By providing team-based care, we hope to reduce or eliminate the concerns that have been raised by CF members when they said that they had unmet care needs. That was in the same Statistics Canada survey.

We have developed standardized approaches to assessment and treatment of key conditions, and efforts are under way to ensure that all of our staff are equally comfortable with the preferred therapeutic approaches. The new initiative further seeks to fine-tune deployment-related psychosocial screenings to allow for earlier intervention, improve educational outreach services to monitor and conduct research, and to improve practices and measure outcomes. A significant level of new funding totalling \$98 million over six years, has been committed to enhancing CF mental health care delivery.

Developing this care delivery system I have just described requires a significant infusion of personnel. I mentioned a rough doubling. While funding has been secured, we still have to face the challenge of finding the trained people to fill these positions. This is a major issue as, of course, for these positions we have to recruit professionals from the civilian sector, where we know that there is already an overall shortage of care providers.

environ 42 p. 100 de tous les congés de maladie, c'est-à-dire les congés qui sont pris pour des raisons médicales, ont été pris pour des raisons de santé mentale, et c'est la principale cause des absences prolongées.

La libération pour raisons médicales et les restrictions de travail sont des questions plus graves. Environ 2 300 de nos membres font l'objet d'un examen visant à déterminer leur capacité de demeurer au service des Forces canadiennes. Environ 23 p. 100 de ces dossiers, chaque année, sont attribuables à la maladie mentale et ce n'est peut-être pas étonnant. Ces personnes sont beaucoup plus exposées que les autres à une libération des Forces canadiennes. Quarante-deux pour cent des libérations pour raisons médicales sont associées à un diagnostic principal de maladie mentale.

Qu'est-ce qui a été fait et qu'est-ce qui se fait aujourd'hui pour répondre aux besoins de nos membres? Dans le cadre de notre projet de renouvellement des soins de santé en général, appelé RX 2000, le col Beaudoin a dirigé l'initiative en matière de santé mentale. À partir des données que j'ai citées sur l'ampleur et la portée de la santé mentale dans les Forces canadiennes, on a entrepris une analyse des options, et après obtention d'une approbation ministérielle, on s'est lancé dans la mise en oeuvre d'un projet qui doublera environ le nombre de praticiens en santé mentale auxquels auront accès partout au pays les membres des Forces canadiennes. Ces praticiens feront partie d'équipes multidisciplinaires comprenant des psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale, des travailleurs sociaux, des conseillers en toxicomanie et des aumôniers, qui partageront la responsabilité des soins avec les responsables des soins primaires et optimiseront les services de prévention en travaillant étroitement avec les responsables des programmes de prévention en santé. Grâce à ce travail d'équipe, nous espérons réduire ou éliminer les préoccupations soulevées par les membres des Forces canadiennes, selon lesquels on ne répondait pas bien à leurs besoins, et exprimées dans le cadre de l'enquête de Statistique Canada.

Nous avons mis au point des solutions normalisées à l'évaluation et au traitement des principales maladies mentales et des efforts sont actuellement déployés pour veiller à ce que tout notre personnel soit bien au fait des méthodes de traitement à privilégier. La nouvelle initiative vise en outre le perfectionnement des évaluations psychosociales associées aux déploiements, afin de permettre des interventions plus précoces, l'amélioration de nos services de communication et d'éducation, le suivi et la poursuite de recherches, l'amélioration de nos pratiques et la mesure des résultats. Des sommes nouvelles et substantielles ont été engagées pour l'amélioration des soins de santé mentale au sein des Forces canadiennes, soit 98 millions de dollars sur six ans.

Pour élaborer le système de prestation des soins dont je viens de parler, il faut une injection considérable de personnel. Comme je l'ai dit, il faudrait doubler les effectifs. Si l'on a obtenu le financement, il reste encore à trouver les personnels formés qui combleront les postes. C'est un problème de taille car nous devons recruter des professionnels dans le secteur civil, et nous savons qu'il y a une pénurie générale de professionnels de la santé.

Another serious challenge that faces us is our dependence upon the civilian health care system for acute intervention of our more severely ill. Psychiatric beds exist at a premium. We do not run our own, and we cannot always readily access such beds. This is a particular concern for us as the highly mobile nature of military careers means that support systems such as extended family and friends of long standing are less likely to be able to provide help when a member is suffering.

A concerned chain of command and the efforts of the Military Family Resource Centres can mitigate this somewhat, but a gap nonetheless remains. A challenge facing those members who release from the Canadian Forces is the transition to civilian care providers; sometimes they cannot be found. Even getting a family physician may be difficult, and it is a particularly serious problem when you are medically released with a mental health concern requiring regular follow-up.

Our relationship with Veterans Affairs Canada is critical to meeting the needs of patients suffering with operational stress injuries. Over the past few years, cooperation has deepened. I think you are all aware of the activities of the Centre for Care and Support of Injured, which is jointly run by DND and the CF. We now have a mental health steering committee with a joint chairmanship meeting regularly. We are working towards common assessment and treatment protocols and we have a memorandum of understanding allowing for limited reciprocal access to services. We are planning to further integrate our services for our mutual clients and have agreed, this past Friday, to the establishment of an interdepartmental project to assist us with this process.

CF members suffering with operational stress injuries such as PTSD want to be able to continue with the care provider or team with whom they have developed a relationship, even though they may no longer be members of the Canadian Forces. The vision is to have VAC mental health resources available to members of the CF where this makes sense, and CF mental health resources available to VAC where this makes sense. It is desired by us that blended staffing eventually take place. This is an example of one of the issues to be addressed by the new joint project. We are optimistic that great strides can be made.

In the Canadian Forces, we are mindful that closer integration with VAC, as positive a development as this is, will not bridge the mental health provider gap for all of our releasing members; only those whose disability meets VAC criteria for eligibility.

To summarize, mental illness causes significant suffering and loss of productivity among members of the Canadian Forces. Our health service has invested considerable effort into addressing this problem and the department is committing significant additional

Autre grand problème auquel nous sommes confrontés : notre dépendance à l'égard du système de santé civil quand des malades gravement atteints exigent des soins actifs. Le nombre de lits disponibles dans les ailes psychiatriques est limité. Nous ne disposons pas de telles installations et nous ne pouvons pas toujours y accéder rapidement. Cela nous préoccupe tout particulièrement car de par la nature de leur carrière, les militaires se déplacent fréquemment de sorte que les réseaux d'appui que constituent la famille éloignée et les amis de longue date sont moins susceptibles de venir en aide à un militaire en détresse psychologique.

Le problème peut être atténué jusqu'à un certain point dans la mesure où la chaîne de commandement en est consciente et où l'on peut compter sur les efforts des centres militaires en ressources familiales. Néanmoins, cela ne suffit pas. Les militaires réformés des Forces canadiennes font face à un autre défi : ils doivent faire la transition et recourir aux professionnels de la santé du secteur civil. Il leur est parfois impossible de trouver des places. Même trouver un médecin de famille peut se révéler difficile et c'est un problème particulièrement grave quand un militaire est réformé pour des raisons médicales à cause de troubles mentaux qui exigent un suivi régulier.

Notre relation avec Anciens Combattants Canada est essentielle si nous voulons répondre aux besoins de nos patients souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel. Ces dernières années, la coopération s'est intensifiée. Je pense que vous connaissez tous les activités du Centre des soins et d'appui aux blessés, géré conjointement par le MDN et les Forces canadiennes. Il existe désormais un comité de direction pour la santé mentale dont les coprésidents se réunissent régulièrement. Nous sommes en train d'élaborer des protocoles communs pour l'évaluation et le traitement et en vertu d'un protocole d'entente, il y a désormais un accès réciproque limité à certains services. Nous envisageons d'intégrer davantage nos services à l'intention de nos clients mutuels et vendredi dernier, nous nous sommes entendus sur une initiative interministérielle qui nous aidera dans ce travail.

Les membres des Forces canadiennes qui souffrent d'un traumatisme lié au stress opérationnel, comme le SSPT, veulent pouvoir continuer d'être soignés par le professionnel ou l'équipe de professionnels avec lesquels ils ont tissé des liens, même s'ils ont quitté le service actif. Il s'agit de donner aux membres des Forces canadiennes l'accès aux ressources de ACC quand c'est logique, et vice versa. À plus ou moins longue échéance, nous souhaitons panacher ces services. C'est un exemple des questions que le projet conjoint permettra de résoudre. Nous avons espoir que de grands progrès peuvent être réalisés.

Les Forces canadiennes savent bien qu'une intégration plus intense avec ACC, aussi positive que puisse être cette évolution, ne comblera pas la pénurie de professionnels de la santé mentale pour tous nos patients. Seuls ceux dont l'incapacité correspond aux critères d'admissibilité d'ACC seront retenus.

En résumé, la maladie mentale cause de grandes souffrances et de grosses pertes de productivité au sein des Forces canadiennes. Notre service de santé a consacré beaucoup d'effort à la recherche d'une solution à ce problème et le ministère y engage des

resources. These are very real and practical problems that we will be facing in the future, but we are hopeful. We believe ourselves to be on the right track as we implement the improvements that we have planned.

The Chairman: Thank you, General Jaeger.

Senators, our next witness is Brian Ferguson.

Mr. Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veteran Services Branch, Veterans Affairs Canada: Mr. Chairman, thank you for the opportunity to speak to your committee today.

[*Translation*]

This is perfect timing for us because Veterans Affairs Canada is currently working on improving the services provided to members of the Canadian Forces and to veterans suffering from operational stress injuries.

[*English*]

First, I will deal with the improvements that we are making under existing regulatory frameworks, that is the Pension Act and the Veterans Health Care Regulations, and then I will give you an overview of the activities that we are undertaking to better meet the specific needs of Canada's veterans.

Under the Veterans Health Care Regulations, if a need for health care is related to a pension condition, Veterans Affairs Canada will pay for those treatment benefits directly. For eligible veterans, we will pay for non-pension conditions if the service is not covered under provincial health care plans. With the exception of those services provided at our own Ste. Anne's Hospital, all health services provided to our clients are delivered either by provincial jurisdictions, non-governmental organizations or private registered providers. Through our network of regional and district offices, we have an ongoing relationship with provincial governments.

To our knowledge, Veterans Affairs Canada and DND are the only federal departments currently involved in responding to the specific mental health issues relating to Canadian veterans and still serving members. However, we both enjoy a very productive relationship with Health Canada, which provides us with a telephone assistance service for veterans and their families who find themselves in crisis situations and require counselling support.

I know your committee has provided three interim reports. We have reviewed those reports and they offer important evidence into the state of affairs in Canada. We look forward to your final report and recommendations later this year. We share many of the areas of concern that you have addressed in your reports.

ressources supplémentaires considérables. À l'avenir, nous aurons à faire face à des problèmes bien réels et pratiques mais nous sommes optimistes. Nous pensons être dans la bonne voie grâce aux améliorations que nous prévoyons d'apporter.

Le président: Merci, général Jaeger.

Sénateurs, notre prochain témoin est M. Brian Ferguson.

M. Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Direction des services aux anciens combattants, Anciens Combattants Canada: Monsieur le président, je vous remercie de m'avoir accordé la possibilité de comparaître devant le comité aujourd'hui.

[*Français*]

Le moment est bien choisi pour nous car Anciens Combattants Canada s'emploie actuellement à améliorer les services fournis aux membres des Forces canadiennes et aux anciens combattants souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel.

[*Traduction*]

Tout d'abord, je voudrais vous parler des changements que nous apportons aux cadres législatifs et réglementaires actuels, c'est-à-dire la Loi sur les pensions et le Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, après quoi je vous présenterai un aperçu des activités entreprises afin de mieux répondre aux besoins particuliers des anciens combattants canadiens.

En vertu du Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, si un besoin est lié à une affection ouvrant droit à pension, ACC paiera pour les traitements. Pour les anciens combattants se qualifiant, ACC paiera pour les traitements n'ouvrant pas droit à pension, si le service n'est pas assuré aux termes des régimes provinciaux de soins de santé. Exception faite des services fournis à notre hôpital de Sainte-Anne, tous les services de santé qu'ACC fournit à ses clients sont offerts par les autorités provinciales, des organismes non gouvernementaux et des fournisseurs autorisés du secteur privé. Notre réseau de bureaux dans les districts et les régions nous permet de rester en contact avec les gouvernements provinciaux.

À notre connaissance, Anciens Combattants Canada et le MDN sont les seuls ministères fédéraux chargés du dossier de la santé mentale chez les anciens combattants et les militaires encore en service au Canada. Cependant, nous entretenons tous deux des rapports fructueux avec Santé Canada, qui offre un service d'aide téléphonique aux anciens combattants et à leurs proches en détresse qui ont besoin de counselling.

Je sais que votre comité a préparé trois rapports provisoires. Nous avons pris connaissance de ces documents qui fournissent des preuves éloquentes de l'état de choses au Canada et nous nous réjouissons à la perspective de lire votre rapport final et vos recommandations plus tard cette année. Nous partageons les inquiétudes que vous avez soulevées dans votre rapport.

For your general information, Veterans Affairs is responsible for providing disability pensions and health care to a little more than 209,000 clients, 18 per cent of whom are Canadian Forces members and veterans. Their numbers have increased 58 per cent in the last three years and we anticipate having more than 58,000 Canadian Forces clients by the year 2013.

I do not need to tell you that the growing incidence of post-traumatic stress disorder, PTSD, amongst our clients is a concern. We have more than 8,000 clients pensioned for mental health-related conditions. More than half of these clients suffer from PTSD alone, and the incidence among our younger CF members is increasing each year.

Given the time constraints for this appearance, we are providing you under separate cover a comprehensive slide presentation for the review of your committee. It contains some or most of the statistical information that the clerk requested that we provide.

Not only is the number of clients pensioned for PTSD increasing but so is the effort required on the part of our staff, and those of DND, to meet the complex needs of these clients. Let me briefly outline a situation that illustrates the need some of our clients face today. It fits in with some of the earlier remarks.

A forty-year-old male veteran was pensioned 80 per cent for PTSD related to his service in his special duty area. He is suicidal at times and his wife and children have left home in fear for their own safety. After being discharged from his local hospital, he was faced with a lack of medical resources to help him in his time of need, a familiar refrain. He called Veterans Affairs Canada and spoke to an area counsellor who worked with his local district office staff to explore options. We had to make arrangements with our partners in the United States to get him treatment, but then a local opportunity presented itself. Through our partnerships with DND and local medical practitioners, we were able to get him treatment at the local DND Operational, Trauma and Stress Support Centre, OTSSC. This client will be assisted through case management services at the local Veterans Affairs Canada district office to maintain contact with his clinical service providers.

While this case resulted in a successful outcome, it illustrates the need to improve immediate access to mental health care that is comprehensive, integrated and that delivers services consistently to a high standard of excellence. Currently VAC, like DND, must compete for scarce acute psychiatric services along with other Canadian citizens. For this reason, we are putting our emphasis on early detection and intervention to detect problems early and prevent acute crisis situations from escalating. Our district office health professionals can intervene

À titre d'information, ACC verse des pensions d'invalidité et fournit des soins de santé à un peu plus de 209 000 clients, dont 18 p. 100 sont des membres actifs ou retraités des Forces canadiennes. Notre clientèle a augmenté de 58 p. 100 dans les trois dernières années et nous prévoyons compter plus de 58 000 clients des Forces canadiennes d'ici 2013.

Inutile de vous parler des préoccupations suscitées par l'augmentation du nombre de victimes du syndrome de stress post-traumatique, SSPT, parmi nos clients. Nous versons une pension à plus de 8 000 clients atteints d'affections liées à la santé mentale. Plus de la moitié d'entre eux souffrent du SSPT et chaque année, la maladie fait de plus en plus de victimes chez nos jeunes militaires.

Compte tenu du temps mis à notre disposition pour vous présenter cet exposé, nous avons préparé un diaporama que vous pourrez regarder et examiner à votre guise. Vous y trouverez des renseignements statistiques, l'essentiel de ce qui existe, tel que votre greffière nous en avait fait la demande.

À mesure que se multiplient les victimes du syndrome qui obtiennent une pension d'invalidité, notre personnel et celui du MDN doivent accroître les efforts qu'ils déploient pour répondre aux besoins complexes de cette nouvelle clientèle. Permettez-moi de vous présenter brièvement une situation qui illustre bien les besoins actuels de certains de nos clients. Mon propos va recouper ce qui a été dit tout à l'heure.

Il s'agit du cas d'un ancien combattant de 40 ans qui touche une pension établie à 80 p. 100. Ce client souffre du syndrome de stress post-traumatique par suite de son service dans une zone de service spécial et il a des tendances suicidaires. Sa femme et ses enfants l'ont quitté parce qu'ils craignaient pour leur propre sécurité. Après son congé de l'hôpital, ses appels au secours sont restés sans réponse, les organismes locaux n'ayant pas les ressources nécessaires pour lui venir en aide en cette période difficile, ce qui n'est pas inusité. Il a appelé le service d'aide d'ACC et a parlé à un conseiller de secteur qui s'est mis en rapport avec le bureau de district compétent pour explorer les possibilités d'aide à sa disposition. Au départ, nous avons conclu une entente avec nos partenaires des États-Unis pour que le client y reçoive des traitements mais il s'est ensuite présenté une possibilité d'aide à l'échelle locale. En effet, grâce à nos partenariats avec le MDN et les praticiens locaux, le Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels du MDN de la région a pu lui dispenser des traitements. Par la suite, le bureau local de district d'ACC prendra son cas en charge et maintiendra le contact avec les cliniciens.

Nos efforts ont été couronnés de succès dans ce cas-ci. Toutefois, la situation de cet ancien militaire montre bien la nécessité d'accroître immédiatement l'accessibilité des soins de santé mentale et de mettre en place un régime de traitement complet, conséquent et intégré, dispensé selon les normes d'excellence les plus élevées qui soient. À l'heure actuelle, comme il est difficile pour ACC, sans parler du MDN et de la population du Canada, de mettre la main sur des services d'aide psychiatrique, nous dépensons nos énergies sur l'intervention

on behalf of clients to assist them in receiving the appropriate acute care and monitor their progress after the acute phase.

We have already done a lot and plan to do more to address this need. I would like to state a few examples of what we have attempted so far. As previously explained, we have established a VAC assistance line in partnership with DND and Health Canada. DND and Veterans Affairs have established in Ottawa the joint centre that Ms. Jaeger mentioned for care of the injured and released members, veterans and families where veterans can have their requests for assistance expedited through a 1-800 number.

VAC and DND have established case workers on a major basis across Canada to achieve early identification of the transitional needs of clients, including their need for disability assistance. We are establishing a network of operational stress injury clinics across the country with St. Anne's Centre as the clinical lead. Three clinics in addition to St. Anne's have been opened in the last year with good results, in London, Ontario; Winnipeg, Manitoba and Quebec City. These clinics are part of a joint VAC-DND mental health strategy announced in 2002 by the then ministers of the departments. They are affiliated with DND's five operational trauma and stress support centres and our goal is to ensure seamless and consistent treatment and care to both serving and released members.

Other components of the mental health strategy include educational fora and continuing education. We know we need to continually educate our staff and keep them up to speed with changes to services and programs designed to meet the needs of our changing clientele. Therefore, a critical part of our mental health strategy focuses on increasing the capacity of health care providers, and specializing in PTSD and other operational stress injuries. We have done both within the military structure and the civilian medical community.

VAC has also actively supported the establishment by DND of the Operational Stress Injury Social Peer Support Program. This is an interesting program. The peer support program is made up of Canadian Forces members and veterans across the country who have experienced an operational stress injury themselves, and who want to help others heal and recover. DND has established 13 peer support coordinators located across the country and, to date, they have helped more than 1,400 clients. This network uses a large number of volunteers and we have a brochure we will circulate to the members that shows some of the work volunteers

précoce en vue de détecter les problèmes au tout début et ainsi éviter que ne surviennent des situations graves. De plus, nos professionnels de la santé dans les bureaux de district peuvent non seulement intervenir au nom des clients et les aider à recevoir les soins qu'il faut, mais ils peuvent suivre de près leur progrès après un épisode critique.

Nous avons déjà accompli beaucoup et nous comptons certes poursuivre sur notre lancée. J'aimerais vous citer quelques exemples de nos réalisations. Comme je vous l'ai expliqué, nous avons mis en place un service d'aide téléphonique en partenariat avec le MDN et Santé Canada. Comme vous venez de l'entendre, le MDN et ACC ont créé à Ottawa un centre de soins pour les militaires blessés et libérés, les anciens combattants et leurs proches, où ils peuvent obtenir de l'aide plus rapidement. Il leur suffit de composer un numéro 1-800.

ACC et le MDN ont affecté des agents de traitement de cas dans les principales bases du pays afin de cerner de façon précoce les besoins des clients qui quittent la vie militaire, notamment dans les cas où ils souffrent d'une invalidité. ACC s'emploie actuellement à créer un réseau pancanadien de cliniques pour le traitement des traumatismes liés au stress opérationnel et c'est le centre de Sainte-Anne qui le dirige. Les trois cliniques, en plus de celle de l'Hôpital Sainte-Anne, ont ouvert leurs portes l'an dernier et les résultats sont bons, à London en Ontario, à Winnipeg au Manitoba, et à Québec. Ces cliniques s'inscrivent dans une stratégie conjointe pour le traitement des troubles de santé mentale qu'avaient annoncée en 2002 les ministres des Anciens Combattants et de la Défense. Elles sont affiliées aux cinq centres de soutien pour trauma et stress opérationnels du MDN et l'objectif consiste à fournir sans aucune interruption des traitements et des soins de qualité et conséquents aux militaires encore en poste et à ceux qui ont été libérés.

Notre stratégie pour le traitement des troubles de santé mentale compte également diverses autres composantes dont des forums éducatifs et de l'apprentissage continu. Nous savons que nous devons continuellement former notre personnel et le tenir au courant des changements apportés aux services et aux programmes pour répondre aux besoins d'une clientèle en constante évolution. D'ailleurs, notre stratégie en matière de santé mentale repose en partie sur cet objectif — renforcer les capacités des dispensateurs de soins de santé qui se spécialisent dans le syndrome de stress post-traumatique et les autres traumatismes liés au stress opérationnel. Et c'est ce que nous avons fait aussi bien dans la structure militaire que dans la communauté médicale civile.

En outre, ACC a appuyé activement la création par le MDN d'un programme de soutien social par les pairs aux victimes de stress opérationnel. Ce programme d'entraide pancanadien fonctionne grâce à la participation de membres et d'anciens combattants des Forces canadiennes qui ont eux-mêmes souffert de traumatismes liés au stress opérationnel et qui veulent aider leurs collègues à guérir. À l'échelle du pays, le MDN peut actuellement compter sur les services de 13 coordonnateurs de soutien qui, jusqu'à présent, sont venus en aide à plus de 1 400 clients. Ce réseau fait appel à un grand nombre de

do in helping with these peer support coordinators. We conduct research in the area of operational stress injuries and have an excellent partnership with DND and others in this area.

For telemental health, VAC is working with Memorial University School of Medicine in Newfoundland to extend existing telemedicine services to VAC clients through community providers starting in Newfoundland and Labrador. Learning from the Newfoundland experience will facilitate extension of telemental health services to other regions.

Our partnerships in this issue extend beyond our own country's borders. We are working internationally with our partners in the United States, United Kingdom, New Zealand and Australia in a senior international forum to establish international protocols for the prevention, assessment, treatment and follow-up of operational stress injuries. Also, a joint collaborative venture is in progress with the United States Department of Veterans Affairs on education, and we have undertaken a contractual arrangement to expand the World Health Organization Educational Program to include a module on PTSD.

I know I have said a great deal about all that we have done to address the mental health needs of our clients, but we know that there is more that needs to be done. We are committed to improving access to treatment for our clients, improving continuity of care and case management services and expanding the knowledge of qualified service providers, both inside the department and in the community. Working with DND, as Hilary Jaeger has mentioned, and provincial authorities, we hope to achieve an integrated network of support for veterans suffering from operational stress injuries by utilizing our joint resources and ensuring that our medical practitioners follow standard diagnostic and treatment protocols. Good mental health is a critical component in the veteran's successful transition to civilian life.

My remarks that I am tabling contain details concerning our services to the RCMP, but in the interests of time, Mr. Chair, if you agree I will forego those remarks and go to the end. Thank you for inviting me here today.

[*Translation*]

Senator Pépin: I would like to point out that I have great respect for the Canadian Forces. I have been working with groups of military families for the past four or five years. I am aware of the excellent work that you do.

bénévoles et nous avons des brochures, que nous ferons distribuer aux membres du comité, pour leur montrer certains aspects du travail des bénévoles qui viennent en aide aux coordonnateurs de soutien. Nous menons des recherches sur les traumatismes liés au stress opérationnel et nous entretenons d'excellents liens de coopération avec le MDN et d'autres intervenants dans ce domaine.

Pour ce qui est de la télésanté mentale, ACC travaille avec l'école de médecine de l'Université Memorial, à Terre-Neuve, afin d'élargir les services actuels de télé-médecine et de les offrir aux clients d'ACC en commençant par des fournisseurs locaux à Terre-Neuve-et-Labrador. Après l'expérience de Terre-Neuve, nous saurons mieux comment offrir des services de télésanté mentale dans d'autres régions.

Nos partenariats dans ce dossier s'étendent bien au-delà des frontières canadiennes. En effet, nous travaillons aussi avec nos partenaires des États-Unis, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie dans le cadre d'un forum international des cadres supérieurs afin d'instituer des protocoles internationaux pour la prévention, l'évaluation, le traitement et le suivi des traumatismes liés au stress opérationnel. De plus, nous avons entrepris un projet de collaboration en éducation avec le département responsable des anciens combattants aux États-Unis et nous avons conclu une entente contractuelle visant à étoffer la trousse éducative de l'Organisation mondiale de la santé afin d'y intégrer un module sur le syndrome de stress post-traumatique.

J'ai longuement parlé de tout le travail que nous avons accompli en vue de répondre aux besoins en santé mentale de nos clients. Mais nous savons que nous avons encore beaucoup à faire. Nous sommes résolus à accroître l'accessibilité des traitements pour nos clients, à assurer une meilleure continuité des soins, à améliorer nos services de gestion de cas et à approfondir les connaissances de nos dispensateurs de services, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du ministère. Notre collaboration avec le MDN, comme Hilary Jaeger l'a mentionné, et les autorités provinciales nous permettra, nous l'espérons, de mettre en place un réseau intégré de soutien aux anciens combattants victimes des traumatismes liés au stress opérationnel. Pour ce faire, nous comptons mettre en commun nos ressources et instaurer des protocoles de diagnostic et de traitement normalisés auxquels seront astreints tous les praticiens concernés. Pour les anciens combattants, la santé mentale est la clé de voûte d'une transition réussie vers la vie civile.

Dans le texte de mon exposé que j'ai déposé, vous trouverez des détails concernant les services que nous offrons à la GRC mais pour gagner du temps, madame la présidente, si vous le voulez bien, je ne les lirai pas et je vais conclure maintenant. Merci de m'avoir invité aujourd'hui.

[*Français*]

Le sénateur Pépin : Je voudrais vous dire tout le grand respect que j'ai pour les Forces canadiennes. Je travaille depuis quatre ou cinq ans avec des groupes de familles de militaires. Je sais l'excellent travail que vous accomplissez.

You mentioned certain newspaper articles; we are also reading them. Concerning mental illness, it was pointed out that it is important to be able to ask for assistance in the beginning, when symptoms first appear. Of course, we sometimes have the impression that mental illness is rather a taboo subject with the military, one that no one wants to talk about. The perception is that people in the military will not ask for help because they are afraid of losing their jobs. They fear losing their careers. What one reads in the newspapers gives the same impression.

There has been a cultural shift as far as this illness is concerned. You gave us some statistics for people suffering from stress; can a serviceman who has been treated and is recovering come back? If I understand correctly, the majority of them leave the service. Can they return to the army and continue their careers? It would be important.

In the documents that you distributed to us — I thank you for the fact that they are bilingual — it states that 15 per cent of the clients coming out of the Canadian Forces are not collecting a disability pension related to psychiatric problems and yet are reporting related symptoms; and 10 per cent more are showing symptoms.

If they are not receiving a disability pension, how many years of service do they need to be entitled to a disability pension or some other insurance?

You told us that you also deal with the veterans association in the United States; who looks after them? Can they return to their jobs? What happens to the people who leave their jobs and who are not entitled to a disability pension? How many years does it take to be entitled to a disability pension?

[English]

BGen Jaeger: I will try to address your question in an organized fashion. If I conveyed the impression that most of our people who have mental illness issues end up being released, that is not the impression I wanted to convey.

Senator Pépin: It is published in the media.

BGen. Jaeger: That is not the case. The vast majority of people who present with a mental illness receive appropriate treatment and go back to work. They are invisible to everyone else. We would like to have a spokesperson that is willing to stand up and say, "I did that." We have General Dallaire, who has been an eloquent spokesperson for post-traumatic stress disorder and operational stress injury, who did end up having to take his retirement from the Canadian Forces. However, we would like to have a public example who is willing to be a spokesperson from the other side. With confidentiality concerns, we cannot force people to do that. We can only ask for volunteers.

On the question of pensionability, if you are medically released from the Canadian Forces at any point past 10 years of service, you are entitled to an immediate annuity based on the number of years of service, 2 per cent per year of service. If you are released after 16 years of service, it is a 32 per cent pension indexed to the rate of inflation. You are entitled to the Service Income Security

Vous avez mentionné certains articles de journaux et on les regarde également. On a spécifié qu'il est important, pour les maladies mentales, de pouvoir demander de l'aide au début, lorsque la maladie se manifeste. Évidemment, quelques fois on a l'impression que la maladie mentale est un peu tabou chez les militaires, on ne doit pas trop toucher à cela. La perception que l'on a est que les militaires ne vont pas demander de l'aide par peur de perdre leur travail. Ils ont peur pour leur carrière. Ce qu'on lit dans les journaux donne la même impression.

Il y a eu un changement de culture vis-à-vis de cette maladie. Vous nous avez donné des pourcentages de personnes souffrant de stress; pour un militaire qui a été traité et qui se rétablit, peut-il revenir? Si je comprends bien, la majorité va quitter le service. Peuvent-ils revenir dans l'armée et continuer leur carrière? Cela serait important.

Dans les documents que vous nous avez distribués — je vous remercie car ceux-ci sont bilingues — on dit que 15 p. 100 des clients issue des Forces canadiennes ne touchent pas de pension d'invalidité liée à des troubles psychiatriques et signalent des symptômes correspondants; et 10 p. 100 de plus montrent des symptômes.

S'ils ne touchent pas de pension d'invalidité, combien d'années de services cela prend-il pour avoir droit à certaines assurances, pension d'invalidité ou autre?

Vous nous avez dit que vous faites affaire également avec les l'association des vétérans aux États-Unis; qui s'occupe d'eux? Peuvent-ils regagner leur emploi? Qu'arrive-t-il aux personnes qui quittent leur emploi et n'ont pas droit à une pension d'invalidité? Combien d'années cela prend-il pour avoir droit à une pension d'invalidité?

[Traduction]

Le bgén Jaeger : Je vais essayer de répondre à vos questions de façon organisée. Si j'ai donné l'impression que la plupart des militaires qui ont des troubles mentaux sont libérés, ce n'est pas ce que je souhaitais.

Le sénateur Pépin : C'est ce que disent les médias.

Le bgén Jaeger : Ce n'est pas le cas. La vaste majorité des gens qui souffrent de troubles mentaux reçoivent un traitement approprié et réintègrent leurs fonctions. Personne ne s'en aperçoit. Nous aimerions bien que quelqu'un se lève et affirme : « Cela m'est arrivé. » Il y a le général Dallaire, qui est un porte-parole éloquent pour ceux qui souffrent de traumatisme lié au stress opérationnel, mais il a dû prendre sa retraite des forces armées. Toutefois, nous aimerions bien compter sur quelqu'un qui exemplifie l'envers de la médaille. Pour des raisons de confidentialité, on ne peut forcer personne à le faire. On ne peut que demander des volontaires.

Pour ce qui est du droit à la pension, si vous êtes libéré des Forces canadiennes pour raisons médicales après 10 ans de service, vous avez droit immédiatement à une rente suivant le nombre d'années de service, à savoir 2 p. 100 pour chaque année de service. Si vous êtes libéré après 16 ans de service, votre pension est de 32 p. 100 indexée suivant le taux d'inflation. Vous

Insurance Plan, SISIP, which augments that to 75 per cent of your salary but only if you meet their criterion, which is all-occupation disability. It is a stringent disability to meet.

If you make the case with Veterans Affairs that your disability is attributable to military service or has been exacerbated by military service, you will receive a favourable response from their administrators and would be eligible for whatever per cent disability you end up being awarded. Does that answer the question?

Senator Pépin: We see more and more members of the military, and they are so young.

BGen. Jaeger: They are not as young as they used to be.

Senator Pépin: I am seeing cases who are 19 and 20, and when they are coming back from a mission, we know many of them suffer from stress.

Mr. Ferguson: You have raised an important issue for Veterans Affairs Canada. You mentioned our handout that said 15 per cent of Canadian Forces clients without a psychiatric pension reported symptoms consistent with PTSD. This handout was the result of a survey whereby we canvassed Canadian Forces members and ex-Canadian Forces people and we found that 15 per cent of them that had the symptoms of post-traumatic stress disorder but never applied for a pension. That deals with the argument that people use this as a route to get into the pension process. There are at least 15 per cent of them who have never applied.

The other point that many members of the military need assistance for transition into civilian life has been the subject of a major study by the Canadian Forces Veterans Affairs Advisory Committee. That report resulted in the two then-Ministers of Veterans Affairs and National Defence stating that we will look into the recommendations and attempt to figure out an improved re-establishment program, and we are working on that and consulting on it. I would commend that report to the committee because it is relevant to the whole mental health issue, the idea that good mental health is important for re-establishment, and that good re-establishment programming is important for mental health.

Senator Cook: I have two questions. One for Mr. Ferguson: I want to ask you, does the department have a specific program to cover areas of mental health and addiction falling outside the provincial/territorial health plans, and how do you address the needs of your aging population?

For BGen. Jaeger, I want to ask you: Is there a particular reason why members of the Canadian Forces are specifically excluded from the Canada Health Act? Does the Canadian Forces Health Program have a special legislative base? Lastly, have you

avez droit au régime d'assurance-revenu militaire, le RARM, qui bonifie cela à hauteur de 75 p. 100 de votre salaire, mais il faut satisfaire à un certain critère, à savoir l'incapacité générale. C'est assez exigeant.

Si l'on arrive à démontrer au ministère des Anciens combattants que l'incapacité est attribuable au service militaire ou a été aggravée par le service militaire, les administrateurs accueillent favorablement une telle requête et l'intéressé devient admissible à une pension correspondant au pourcentage de son incapacité. Cela répond-il à votre question?

Le sénateur Pépin : De plus en plus, on constate que les militaires sont jeunes.

Le bgén Jaeger : Ils ne sont pas aussi jeunes qu'ils l'étaient auparavant.

Le sénateur Pépin : Je connais des cas de jeunes de 19 et 20 ans qui, revenant de mission, souffrent de stress.

M. Ferguson : Vous avez soulevé un point important du point de vue du ministère des Anciens Combattants. Vous avez cité notre brochure qui signale que 15 p. 100 des clients des Forces canadiennes sans pension psychiatrique exhibaient des symptômes correspondant au SSPT. Cette brochure est parue après une enquête que nous avons menée auprès des membres des Forces canadiennes et des ex-membres des FC et nous avons découvert que 15 p. 100 d'entre eux avaient les symptômes du syndrome de stress post-traumatique mais n'avaient jamais demandé une pension. Cela devrait donc faire taire ceux qui disent qu'on se sert de ce trouble pour obtenir une pension. Au moins 15 p. 100 d'entre eux n'en ont jamais fait la demande.

Le fait que bien des militaires aient besoin d'aide pour faire la transition vers la vie civile a été le sujet d'une étude majeure menée par le Comité consultatif des anciens combattants et des Forces canadiennes. À la suite du rapport, les deux ministres alors en poste, le ministre des Anciens Combattants et le ministre de la Défense nationale, ont affirmé qu'ils retenaient les recommandations et qu'ils essaieraient d'instaurer un programme amélioré de réinsertion et nous procédons actuellement aux consultations en vue de le réaliser. Je recommande aux membres du comité la lecture de ce rapport parce qu'il touche à toute la question de la santé mentale, à la notion qu'une bonne santé mentale est capitale pour la réinsertion, et qu'un bon programme de réinsertion est important pour la santé mentale.

Le sénateur Cook : Je voudrais vous poser deux questions. L'une s'adresse à M. Ferguson. Le ministère dispose-t-il d'un programme précis pour couvrir les troubles mentaux et la toxicomanie que les régimes provinciaux ou territoriaux de soins de santé ne couvrent pas? Comment répondez-vous aux besoins de votre population vieillissante?

Brigadier-général Jaeger, voici ma question : y a-t-il une raison particulière qui explique que les membres des Forces canadiennes soient précisément exclus des dispositions de la Loi canadienne sur la santé? Le Programme de santé des Forces canadiennes

developed any specific policies for mental health services and addiction treatments within the military, or do your members need to go outside the loop to the community at large?

Senator Cochrane: What percentage of the overall members would have these mental health problems? Then, what percentage of those people with mental health problems who have received treatment for that concern — how many of them returned to work, and worked on a normal basis?

I understood that at one time the Veterans Affairs people would get a percentage of the beds in hospital. Do you still do that? If so, perhaps you would elaborate on that. Also, with regard to your mental health issues, perhaps you would do the same thing. How do you get into these institutions? Is there a special number of beds or spaces set aside for veterans affairs?

[Translation]

Senator Gill: What are we supposed to say in French? “Brigadière” or “brigadière-générale?”

BGen Jaeger: “Brigadier-général.”

Senator Gill: There is no problem in English. Some things have always struck me; among others, I always remember the American soldiers who returned from Vietnam. I would like to ask you a question related to this situation. Generally speaking, in Canada, we want our soldiers, our army, to be peacekeepers who build peace and maintain security in the countries where they are deployed.

However, I am a layperson; we continue, nevertheless, to train our soldiers, I imagine, for war. Does that not create certain problems in the Canadian Forces when these service members return — in that they are trained and mandated for peacekeeping, but they are still being trained traditionally for war?

My second question deals with Aboriginals, former members, and veterans. I would like you to take a serious look at this issue, because it is something that concerns me a great deal. I have been told that there are aboriginal veterans who were never recognized as such and who do not receive services as veterans. People have told me this, but I do not have any statistics. I will find those numbers some day. If you could shed some light on that for me, I would be very happy. I have been told that some people who went to war from 1939 to 1945, and others who were older, and whom I knew, were never considered veterans and never managed to receive veterans' pensions.

[English]

The Chairman: I have four questions.

s'appuie-t-il sur des dispositions législatives spéciales? En dernier lieu, avez-vous des politiques précises en ce qui concerne les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie chez les militaires ou demandez-vous à vos patients de s'adresser aux services qui existent dans la communauté en général?

Le sénateur Cochrane : Quel pourcentage des militaires auraient de tels problèmes de santé mentale? Ensuite, quel pourcentage de ceux qui ont des problèmes de santé mentale ont été traités pour ce problème — combien d'entre eux sont retournés au travail et travaillaient de façon normale?

J'ai cru comprendre que les gens d'anciens combattants obtiendraient un pourcentage des lits d'hôpitaux. Est-ce toujours le cas? Si c'est le cas, vous pourriez peut-être nous en parler davantage. Par ailleurs, en ce qui concerne les problèmes de santé mentale dans votre cas, vous pourriez peut-être faire la même chose. Comment avez-vous accès à ces institutions? Y a-t-il un certain nombre de lits ou d'espace réservés pour les anciens combattants?

[Français]

Le sénateur Gill : Est-ce que nous devons dire brigadière en français ou brigadière-générale?

Le bgén Jaeger : Brigadier-général.

Le sénateur Gill : En anglais, il n'y a pas de problème. Il y a des choses qui m'ont toujours frappé, entre autres, cela m'est resté dans la mémoire, ce sont les soldats américains qui sont revenus du Vietnam. Je voudrais vous poser une question reliée à cette situation. Au Canada, règle générale, on veut que nos soldats, que notre armée devienne, en fait, des agents de la paix qui veulent faire la paix et qui veulent garder la sécurité dans les pays où ils sont déployés.

Par contre, je suis un profane, on continue à entraîner quand même nos soldats, j'imagine, à faire la guerre. Cela ne crée-t-il pas certains problèmes dans les Forces canadiennes — dans le sens qu'ils sont entraînés et mandatés pour faire la paix et par contre, on est entraîné encore, disons, d'une façon traditionnelle pour la guerre — au retour de ces militaires?

Ma deuxième question concerne les Autochtones, les retraités, les anciens combattants. J'aimerais qu'on vérifie cette question sérieusement parce que c'est une question qui me préoccupe énormément. On me dit qu'il y a des anciens combattants indiens qui n'ont jamais été reconnus comme tels et qui n'ont pas de service comme anciens combattants. On me l'affirme, mais je n'ai pas de statistique. Un jour, je vais le découvrir. Si vous pouviez m'éclairer là-dessus, je serais très heureux. On me dit que des gens sont allés à la guerre de 1939-1945, et d'autres plus vieux que j'ai connus, qui n'ont jamais été considérés comme des anciens combattants et n'ont jamais réussi à recevoir des pensions d'anciens combattants.

[Traduction]

Le président : J'ai quatre questions.

Mr. Ferguson, we have found out from civilian consumer survivors the huge value that they place on peer support groups. No government anywhere that we can find offers any financial support to peer support groups. In the questionnaire we put on our website — and we got over 500 responses, which is amazing given the way we did it — it was very clear that peer support may be the dominant service that they want to have.

Given the fact that you said you had a brochure, any information that you have, any attempt that you made to evaluate the peer support — we have a dearth of information and we need some help, so anything you have would be great.

The second question is related to that. This is not because we have two Newfoundland senators on the committee. We have been looking for data on telemental health actual experience. Since the only one that has been run is in Newfoundland, at Memorial — am I wrong?

Colonel D. R. Boddam, National Defence: There has been telemental health experience in other parts of the country. Toronto and Hamilton, for example, have engaged in telemental health projects. In addition, a few years ago, I was presenting at the Alberta Psychiatric Association and they had a specific presentation on the Albertan experience.

The Chairman: If you can direct us to where to find that, anything you either have or can tell us where to go would be welcomed.

For the Canadian Forces, in the Statistics Canada survey, I was not surprised when you said that Canadian Forces members tended to avail themselves of services more than their civilian counterparts. My guess is — and you can tell me if I am right or wrong — I believe if they do that, you pay for the service. In other words, where psychologists typically are under an EAP program, it is only six visits a year or something like that. How much of that difference in the percentage is driven by the fact that it is a free service to your members and not a free service to others?

Perhaps there is something that we can learn from the fact that there is not quite the stigma attached to seeking help among your members than there is among the general public? If the latter is true, have your people conducted an education campaign, something that has an impact on stigma, because the broad issue of stigma in the public is enormous. We have had consumer survivors tell us that the stigma they suffered was worse than the mental illness they had in the first place. Depending on what the reason for that is, whether it is money or attitude, it would be helpful for us to understand either of those issues.

Finally, just a comment on your PTSD numbers. I agree that your data shows it is a small number, but one chart you gave us showed that it had gone up by 500 per cent in five years.

Monsieur Ferguson, les survivants consommateurs civils nous ont dit qu'ils accordaient beaucoup de valeur aux groupes de soutien par les pairs. Il n'existe aucun gouvernement qui offre de l'aide financière aux groupes de soutien par les pairs. Dans le questionnaire que nous avons affiché à notre site Internet — et nous avons reçu plus de 500 réponses — ce qui est sensationnel étant donné la façon dont nous l'avons fait — il était très clair que le soutien par les pairs est peut-être le principal service qu'ils veulent avoir.

Étant donné le fait que vous avez dit que vous aviez une brochure, toute information que vous avez, toute tentative que vous avez faite pour évaluer le soutien par les pairs — nous avons peu d'information et nous avons besoin d'aide, de sorte que toute information que vous avez serait appréciée.

Ma deuxième question est liée à celle-ci. Ce n'est pas parce que nous avons deux sénateurs terre-neuviens membres du comité. Nous avons tenté de trouver des données sur l'expérience réelle en télésanté mentale. Le seul programme de télésanté mentale qui existe se trouve à Memorial, Terre-Neuve, n'est-ce pas?

Le colonel D. R. Boddam, Défense nationale : Il y a eu des programmes de télésanté mentale dans d'autres régions du pays. À Toronto et Hamilton, par exemple, il y a eu des projets de télésanté mentale. Par ailleurs, il y a quelques années, j'ai présenté un exposé à l'Alberta Psychiatric Association, et il y avait un exposé spécifique sur l'expérience albertaine.

Le président : Nous vous serions reconnaissants si vous pouviez nous dire où obtenir cette information.

Pour les Forces canadiennes, en ce qui concerne l'enquête de Statistique Canada, je n'étais pas surpris lorsque vous avez dit que les membres des Forces canadiennes avaient tendance à se prévaloir davantage des services que leurs homologues civils. Je suppose — et vous pouvez me dire si j'ai raison ou si j'ai tort — que s'ils font cela, vous payez pour le service. En d'autres termes, dans le cadre du programme d'aide aux employés, ils n'ont droit qu'à six visites par an chez un psychologue, ou quelque chose comme cela. Jusqu'à quel point cette différence dans le pourcentage des gens qui se prévalent de ce service est-elle attribuable au fait que le service est gratuit pour vos membres tandis qu'il ne l'est pas pour les autres?

Nous avons peut-être quelque chose à apprendre du fait que vos membres qui cherchent de l'aide ne subissent pas le même ostracisme que l'on voit dans le reste de la population? Si c'est le cas, est-ce que vous avez fait une campagne de sensibilisation, quelque chose qui a un impact sur l'ostracisme, car dans la population en général, il y a énormément d'ostracisme. Les survivants consommateurs nous ont dit que la stigmatisation dont ils ont souffert était pire que la maladie qu'ils avaient eue au départ. Je ne sais pas si c'est une question d'argent ou d'attitude, mais il serait utile pour nous d'en connaître la raison.

Enfin, j'aimerais faire une observation au sujet des chiffres que vous nous avez donnés au sujet du nombre de victimes du syndrome de stress post-traumatique. Je suis d'accord pour dire

That dramatic an increase, even from a small base, is bound to attract a lot of comment just because it is so escalating.

I should just tell you, on the record, that we had a terrific visit at St. Anne's, and with your chief medical officer there, particularly on the issue of Alzheimer's disease.

If you can answer all of those questions in the seven minutes we have left, that would be great. Seriously, what we will do is have each of you make some brief comments and we will adjourn so that our colleagues have the table for six o'clock, and then you can give us notes. However, we may also have you come back and continue the discussion.

Mr. Ferguson: We provide the same basic approach for aging veterans and for younger veterans with mental health. We have case workers within the department, and we track where they are in the particular development of their illness. If they have a pension condition and they require treatment, we pay for it; and we keep track of the treatments that are made on their behalf. The short answer is that we have a caseworker system and we can provide you with more detail on that, if you would like.

On the Aboriginal veterans, if I may — and I will check to make sure if I missed any in my remarks — we will get back to you.

Senator Cook: The insurance question is the one I was asking. Do you have any specific insurance plans for people who fall outside the territorial/provincial health insurance plans?

Mr. Ferguson: We do not have those at the moment. That has been raised as an issue in the report I referred to earlier. We have received that report, and we are studying it to see what we can do in those areas.

The Chairman: We will send all three of you a transcript so that you can give us the answers.

BGen. Jaeger: I will leave aside the legislative questions. We will send you notes and also copies of all of our policies that underpin mental health services. On the percentage of overall members who have mental health problems, if you take an annual incidence, it is about 15 per cent; if you take a lifetime incidence, then between 30 and 35 per cent will have a diagnosable mental illness. It varies a little bit from component to component.

What percentage of those return to work after treatment? I will ask Col. Boddam to make an educated guess.

que le nombre n'est pas tellement élevé, selon les données dont vous disposez, mais un tableau que vous nous avez donné montre que le nombre de cas avait augmenté de 500 p. 100 en cinq ans. C'est là une augmentation spectaculaire, même s'il y avait peu de cas au départ, et on ne peut passer sous silence une augmentation aussi importante.

Je devrais vous dire, aux fins du compte rendu, que nous avons eu une excellente visite à Sainte-Anne, avec votre médecin chef là-bas, particulièrement en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer.

Si vous pouvez répondre à toutes ces questions dans les sept minutes qui nous restent, ce serait formidable. Sérieusement, ce que nous allons faire, c'est demander à chacun d'entre vous de faire quelques brefs commentaires puis nous lèverons la séance afin de laisser la table à nos collègues pour 18 heures, et vous pourrez ensuite nous donner des notes. Quoi qu'il en soit, nous vous demanderons peut-être de revenir nous voir pour poursuivre la discussion.

M. Ferguson : Nous offrons les mêmes services de base pour les anciens combattants âgés et pour les plus jeunes en matière de santé mentale. Au ministère, nous avons des agents de traitement des cas qui surveillent l'évolution de la maladie. Si ces personnes ont un problème de pension et qu'elles ont besoin de traitement, nous payons pour ces traitements; et nous nous tenons au courant des traitements qu'elles reçoivent. La réponse courte, c'est que nous avons un système d'agents qui s'occupent des cas et nous pouvons vous donner plus de détails à ce sujet, si vous le voulez.

Pour ce qui est des anciens combattants autochtones, si vous me le permettez — et je vérifierai afin de m'assurer de n'oublier personne dans mes observations — nous vous fournirons les renseignements plus tard.

Le sénateur Cook : J'ai posé une question au sujet de l'assurance. Avez-vous des régimes d'assurance spécifiques pour les gens qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux?

M. Ferguson : Nous n'en avons pas pour le moment. C'est un problème qui a été soulevé dans le rapport dont j'ai parlé précédemment. Nous avons reçu ce rapport et nous l'examinons pour voir ce que nous pouvons faire à cet égard.

Le président : Nous vous enverrons à tous les trois une transcription afin que vous puissiez nous donner une réponse.

Le bgén Jaeger : Je vais laisser de côté les questions législatives. Je vous enverrai des notes et aussi des exemplaires de toutes nos politiques concernant les services de santé mentale. Pour ce qui est du pourcentage de nos membres qui ont des problèmes de santé mentale, si l'on parle de prévalence annuelle, c'est environ 15 p. 100; si l'on parle de prévalence à vie, alors entre 30 et 35 p. 100 auront une maladie mentale pouvant être diagnostiquée. Cela varie un peu d'une composante à l'autre.

Quel pourcentage d'entre eux reviennent au travail après le traitement? Je vais demander au colonel Boddam de vous donner un chiffre approximatif.

Col. Boddam: I would say that a majority of them return to work. As BGen. Jaeger was saying, about 300 CF members per year are released medically for mental health reasons. If you look at 15 per cent of 50,000, then 7,500 people have it. Therefore, only a very small number of people are medically released as a result.

BGen. Jaeger: On the question about role confusion between warrior and peacekeeper, and whether it is causing undue stress, more specific than that is being placed in situations where you feel that you have no power to act. You think ethically you should act, but there are artificial constraints placed upon you. The difference is not necessarily between the warrior culture and the peacekeeper cultures; they are happy to be peacekeepers if they are given the tools they need to influence the system in terms of the right rules of engagement. That is the approach I would take to that, although Col. Boddam is much more qualified to speak on the internal wiring and what goes on in people's thought processes.

We are funding the operational stress injury support network. We pay our peer counsellors; there are also volunteers who do extra work over and above that. I could not tell you that the budget is.

The Chairman: You may have a model that many of the provincial governments ought to think about.

BGen. Jaeger: There is a senior officer in the Canadian Forces charged with organizing that network. He has a small staff and they hire peer counsellors who are veteran survivors.

Mr. Ferguson: We had the co-manager here with us today.

BGen. Jaeger: In terms of people availing themselves of our service, yes, we do better than the civilian stream; but our data would suggest that about half of the people who do have issues are not coming forward to seek help, so we are still working on that. Is there a stigma? There is less than there used to be, but I am concerned that we are creating a two-tiered category of mental illness. It is perhaps acceptable to have an operational stress injury or PTSD; it is not acceptable to have ordinary depression in the military. We are working hard to get past that perception. It is almost a badge of honour to have OSI, or operational stress injury, but you are just weak if you have depression. We have to work hard to have a single approach to all our mental health issues.

The Chairman: Let me add one last question. I am troubled by the fact — I think Col. Boddam said — that you release roughly 300 people yearly for mental illness reasons. They go into a civilian system that is abysmal. In many ways, they would get better treatment if they stayed in the military. Maybe I cannot ask you this, but I would like to know what sort of obligations you think you ought to have — as opposed to legally have — to look after those people once they have gone? In a sense, if their

Le col Boddam : Je dirais que la majorité d'entre eux retournent au travail. Comme le brigadier-général Jaeger l'a dit, chaque année, environ 300 membres des Forces canadiennes sont libérés pour raisons de santé mentale. Si on prend 15 p. 100 de 50 000, cela représente 7 500 membres. Par conséquent, seul un tout petit nombre de gens sont libérés pour de telles raisons médicales.

Le bgén Jaeger : Pour ce qui est de la confusion entre le rôle de guerrier et celui de soldat de la paix, et la question de savoir si cela cause un stress excessif, un problème encore plus spécifique, c'est se retrouver dans des situations où on a l'impression d'être impuissant. Sur le plan éthique, on estime devoir agir, mais il y a des contraintes artificielles qui font qu'on ne peut le faire. La différence n'est pas nécessairement entre la culture d'un guerrier et celle d'un soldat de la paix; ils sont heureux d'être des soldats de la paix si on leur donne les outils dont ils ont besoin pour influencer le système pour ce qui est des règles d'engagement appropriées. Voilà l'approche que j'adopterais à cet égard, bien que le colonel Boddam soit beaucoup plus qualifié que moi pour parler des rouages du cerveau.

Nous finançons le programme de soutien aux victimes de stress opérationnel. Nous payons nos pairs qui agissent en qualité de conseillers; il y a aussi des bénévoles qui font du travail en plus de tout cela. Je ne pourrais pas vous dire à combien s'élève le budget.

Le président : Vous avez peut-être un modèle que bon nombre de gouvernements provinciaux devraient songer à adopter.

Le bgén Jaeger : Il y a un officier supérieur des Forces canadiennes qui a la responsabilité d'organiser ce réseau. Il a une petite équipe et il embauche des pairs qui agissent comme conseillers et qui sont des anciens combattants survivants.

M. Ferguson : Le cogestionnaire était ici avec nous aujourd'hui.

Le bgén Jaeger : Pour ce qui est des gens qui ont recours à notre service, oui, nous faisons mieux que la filière civile; mais nos données donnent à penser qu'environ la moitié des gens qui ont des problèmes ne viennent pas demander de l'aide. Nous continuons donc de travailler là-dessus. Y a-t-il de la stigmatisation? Moins qu'avant, mais je crains qu'on ne soit en train de créer deux catégories de maladies mentales. Peut-être est-il acceptable de souffrir de traumatisme lié au stress opérationnel ou de SSPT mais il n'est acceptable de souffrir de dépression ordinaire dans l'armée. Nous travaillons dur pour faire disparaître cette perception. C'est presque une distinction de souffrir de traumatisme lié au stress opérationnel mais vous êtes une mauviette si vous souffrez de dépression.

Le président : J'aimerais poser une dernière question. Je suis troublé du fait que — c'est le colonel Boddam qui l'a dit, je crois — vous libérez environ 300 personnes par année pour des raisons de maladie mentale. Ces personnes se retrouvent dans un système civil épouvantable. À bien des égards, elles obtiendraient de meilleurs traitements si elles restaient dans l'armée. Je ne peux peut-être pas vous poser la question, mais à votre avis, quelles devraient être nos obligations — par rapport à celles que la loi nous impose — quand

mental illness had in any way been related to being employed by you, there is a moral obligation, if not a legal one. I would ask you to think about that.

Col. Boddam: You are asking a huge question. This is, in fact, one of the reasons we have set up a project to work with VAC. For those people who have sustained a mental injury as a result of their employment, we wish to work together to be able to provide that continuity in a seamless way, from where they start to get care to when they become civilians.

The Chairman: The point I am making is that if someone was under stress and had heart trouble, he would get good care on the outside. If someone has a mental problem, he will not get good care on the outside.

Col. Boddam: That is a fair statement because we are dependent upon the civilian system once the person exits from us. Many of our practitioners have private practices or work in the civil sector as well, so sometimes they are able to get in; but we see that as a huge gap that we wish we had some sort of magic wand to address.

BGen Jaeger: We have a group of people called case managers who start working with our people once we know that they are most likely to be released. About six months ahead of time. they start looking, combing the civilian world —

The Chairman: Looking for help.

BGen Jaeger: Looking for services to help them transition out.

The Chairman: I thank you for coming. We will have you back.

Senators, before we leave, I need a quick motion for an \$8,000 amount in our legislative budget. It turns out that with respect to the E-consultation item in the motion we put through before, I did not name the firm that is involved. It is a firm called Ascension, which has been picked by the Library of Parliament, not us.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The motion is passed. Thank you.

The committee adjourned.

il s'agit de s'occuper de ces personnes une fois qu'elles sont parties? Si leur maladie mentale est liée d'une manière quelconque à leur travail chez vous, il y a sinon une obligation juridique du moins une obligation morale qui existe. J'aimerais que vous y réfléchissiez.

Le col Boddam : Vous posez là une question énorme. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles nous avons créé un projet en collaboration avec Anciens Combattants Canada. Pour ceux qui ont subi un préjudice psychologique par suite de leur emploi, nous voulons travailler ensemble pour être capables de fournir cette continuité des traitements, à partir du moment où ils commencent à recevoir des soins jusqu'à celui où ils retournent à la vie civile.

Le président : Là où je veux en venir, c'est que si quelqu'un souffrait de stress et a eu des troubles cardiaques, il va recevoir des soins de qualité rendu au civil; s'il a des problèmes psychologiques, ce ne sera pas le cas.

Le col Boddam : C'est vrai parce que nous dépendons du système civil une fois que le militaire nous a quitté. Beaucoup de nos médecins ont des cabinets privés ou travaillent aussi dans le civil, si bien qu'ils peuvent parfois avoir accès à leurs soins; mais il y a un énorme fossé que nous aimerions bien pouvoir combler d'un coup de baguette magique.

Le bgén Jaeger : Nous avons des chargés de cas qui commencent à travailler avec nos gens dès que nous savons qu'ils seront sans doute libérés. Six mois à l'avance, ils commencent à chercher, passent le monde civil au peigne fin...

Le président : À la recherche d'aide.

Le bgén Jaeger : À la recherche de services pour les aider à opérer la transition.

Le président : Je vous remercie d'être venus. Nous allons vous réinviter.

Mesdames et messieurs les sénateurs, avant de partir, il faut adopter rapidement une motion pour obtenir un montant de 8 000 \$ dans notre budget législatif. Il se trouve qu'en ce concerne les cyberconsultations dans la motion que nous avons déjà adoptée, je n'ai pas donné le nom de l'entreprise visée. Elle s'appelle « Ascension », et a été choisie par la Bibliothèque du Parlement et non par nous.

Des voix : Adoptée.

Le président : La motion est adoptée. Merci.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Treasury Board Secretariat:

Phil Charko, Assistant Secretary, Pension and Benefits Division.

Correctional Service Canada:

Dr. Françoise Bouchard, Director General, Health Services;

Dr. Michael Bettman, Acting Director General, Offender Programs
and Reintegration.

Citizenship and Immigration Canada:

Dr. Sylvie Martin, Acting Director, Immigration Health Program
Elaboration.

National Defence:

Brigadier-General Hilary F. Jaeger, Surgeon General;

Colonel D. R. Boddam.

Veterans Affairs Canada:

Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veteran Services Branch.

TÉMOINS

Secrétariat du Conseil du Trésor :

M. Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux.

Service correctionnel Canada :

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé;

M. Michael Bettman, directeur général intérimaire, Programmes
pour délinquants et réinsertion sociale.

Citoyenneté et Immigration Canada :

Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme
de santé de l'immigration.

Défense nationale :

Le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale;

Le colonel D. R. Boddam.

Anciens combattants du Canada :

Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Services aux anciens
combattants.