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, April 20, 2005
Thursday, April 21, 2005

Issue No. 13

Tenth and eleventh meetings 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 20 avril 2005
Le jeudi 21 avril 2005

Fascicule n° 13

Dixième et onzième réunions concernant :

La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

42362-42369

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

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Chaput was substituted for that of the Honourable Senator Gill (*April 5, 2005*).

The name of the Honourable Senator Gill was substituted for that of the Honourable Senator Chaput (*April 12, 2005*).

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

*Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

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

Le nom de l'honorable sénateur Chaput est substitué à celui de l'honorable sénateur Gill (*le 5 avril 2005*).

Le nom de l'honorable sénateur Gill est substitué à celui de l'honorable sénateur Chaput (*le 12 avril 2005*).

Published by the Senate of Canada

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

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

Publié par le Sénat du Canada

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

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

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 20, 2005
(18)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:00 p.m., this day, in room 705 Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Gill, Keon, Kirby, Pépin (8).

Other senators present: The Honourable Senators Dyck and Mercer (2).

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 and Nicole Pogue, Intern, Politic and Social Affairs Division.

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:

Workers' Compensation Board of British Columbia:

Terry Bogyo, Director of Corporate Planning.

Canadian Medical Association:

Dr. Albert Schumacher, President;

Dr. Isra Levy, Chief Medical Officer and Director, Office for Public Health.

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, President.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Diane Sacks, Past President.

Canadian Nurses Association:

Christine Davis, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses.

Canadian Mental Health Association:

Penelope Marrett, Chief Executive Officer.

Canadian Psychological Association:

John Arnett, President.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 20 avril 2005
(18)

[*Traduction*]

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

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Fairbairn, C.P., Gill, Keon, Kirby et Pépin (8).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Dyck et Mercer (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche; Tim Riordan, analyste; et Nicole Pogue, stagiaire, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004*.)

TÉMOINS :

Workers' Compensation Board of British Columbia :

Terry Bogyo, directeur de la planification corporative.

Association médicale canadienne :

Le docteur Albert Schumacher, président;

La doctreure Isra Levy, administratrice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique.

Association des psychiatres du Canada :

Le docteur Blake Woodside, président.

Société canadienne de pédiatrie :

La doctreure Diane Sacks, présidente sortante.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale :

Penelope Marrett, chef de la direction.

Société canadienne de psychologie :

John Arnett, président.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Kathryn Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First nations and Inuit Branch.

Terry Bogyo made a statement and answered questions.

At 4:40 p.m., Dr. Sacks, Dr. Schumacher and Dr. Woodside each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 6:26 p.m., the committee suspended its sitting.

At 6:40 p.m., the committee resumed its sitting.

Christine Davis, Penelope Marrett and John Arnett each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 8:00 p.m., Ian Potter made a statement. Together with Kathryn Langlois, the witnesses answered questions.

At 9:00 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Terry Bogyo fait une déclaration et répond aux questions.

À 16 h 40, les Drs Sacks, Schumacher et Woodside font une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 26, le comité suspend ses travaux.

À 18 h 40, le comité reprend ses travaux.

Christine Davis, Penelope Marrett et John Arnett font une déclaration et répondent aux questions.

À 20 heures, Ian Potter fait une déclaration et, de concert avec Kathryn Langlois, répond aux questions.

À 21 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Thursday, April 21, 2005
(19)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:45 a.m., this day, in Room 705 Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon, Kirby, LeBreton, Pépin (8).

In Attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

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:

Social Development Canada:

Cecilia Muir, Director General, Office of Disability Issues;

Georges Grujic, Director, Programs, Offices of Disability Issues.

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, National Executive Director;

Dr. John Service, Chair.

OTTAWA, le jeudi 21 avril 2005
(19)

[*Français*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon, Kirby, LeBreton et Pépin (8).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Développement social Canada :

Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées;

Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale :

Phil Upshall, directeur exécutif national;

Le docteur John Service, président.

National Aboriginal Health Organization:

Bernice Downey, Executive Director.

Health Department, Inuit Tapiriit Kanatami:

Larry Gordon, Chairman, National Inuit Committee on Health.

Cecilia Muir made an opening statement. Together with Georges Grujic, the witnesses answered questions.

At 12:15 p.m., Larry Gordon, Bernice Downey, Phil Upshall and John Service each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

At 1:29 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Organisation nationale de la santé autochtone :

Bernice Downey, directrice administrative.

Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami :

Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits.

Cecilia Muir fait une déclaration et, de concert avec Georges Grujic, répond aux questions.

À 12 h15, Larry Gordon, Bernice Downey, Phil Upshall et John Service font une déclaration et répondent aux questions.

À 13 h 29, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 20, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4:00 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 here to continue with our series of witnesses on the mental health and addiction study we are doing. We have witnesses here to take us into the evening.

We are delighted to have witnesses from across the country tonight. Our first witness is Mr. Terry Bogyo, the Director of Corporate Planning for the Workers' Compensation Board of British Columbia. Some of you will recall that we have had evidence in the past about the role that workers' compensation boards across the country play with respect to treating workers who are not "injured" in the usual physical sense, but suffer from some sort of mental illness such as stress and burnout. We thought it was important to understand how workers' compensation boards approach those problems and, in particular, to be able to contrast the role of workers' compensation boards with that of private insurance companies that provide employee benefits and employee health care services in a number of white-collar industries.

I know you have a short opening statement, from which you have given us some overheads. You will make your opening statement and we will be delighted to ask you questions.

Mr. Terry Bogyo, Director of Corporate Planning, Workers' Compensation Board of British Columbia: Senators and staff, I appreciate the opportunity to speak with you today about workers' compensation.

Workers' compensation is nothing new. It has been around in Canada for about 90 years. It is based on a report done for the Ontario government by Sir William Meredith. That report resulted in the first Worker's Compensation Act in Ontario in 1914. Every province copied the basic principles that Meredith put forward in his legislative proposal. Today, every province and territory has a workers' compensation act. The federal government has one too; it is called the Government Employees Compensation Act.

Now, Meredith included some principles in his legislative proposal, and one of them was the "historic compromise." This is what differentiates workers' compensation from the private insurance or the insurance liability model that you were looking into. Essentially, workers' compensation is a social contract. It is

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 20 avril 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous sommes ici pour poursuivre l'audition de témoins dans le cadre de l'étude sur la santé mentale et la toxicomanie. Nos témoins sont si nombreux que la séance se prolongera sans doute en soirée.

Nous accueillons ce soir avec plaisir des témoins de tout le pays. Le premier est M. Terry Bogyo, directeur de la Planification, Workers' Compensation Board of British Columbia. Certains d'entre vous se souviennent certainement que nous avons par le passé entendu des points de vue sur le rôle que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail de tout le pays assument à l'égard de travailleurs qui ne sont pas « blessés » au sens corporel, mais qui souffrent d'une forme quelconque de maladie mentale comme le stress ou l'épuisement professionnel. Il nous a semblé important de comprendre comment les commissions d'indemnisation des accidentés du travail abordent ces cas et, notamment, de pouvoir comparer le rôle des commissions d'indemnisation des accidentés du travail à celui des assureurs privés qui couvrent les avantages sociaux et les soins de santé des cols blancs de divers secteurs d'activité.

Je sais que vous voulez nous présenter d'abord un bref exposé, vous nous avez d'ailleurs remis les transparents. Nous vous écoutons. Nous serons ensuite ravis de pouvoir vous poser quelques questions.

M. Terry Bogyo, directeur de la planification corporative, Workers' Compensation Board of British Columbia : Mesdames et messieurs les sénateurs, employés du Sénat, je vous remercie de me donner l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui de l'indemnisation des accidentés du travail.

Les régimes d'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas nouveaux. Ils existent au Canada depuis environ 90 ans. Ils s'appuient sur un rapport réalisé pour le compte du gouvernement de l'Ontario par sir William Meredith et qui a donné lieu à l'adoption de la première loi sur l'indemnisation des accidentés du travail en Ontario, en 1914. Toutes les provinces ont repris les principes de base énoncés par Meredith dans son projet de loi. Aujourd'hui, les provinces et territoires ont tous une loi sur l'indemnisation des accidentés du travail. Le gouvernement fédéral en a une aussi, c'est la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État.

M. Meredith intégrait certains principes dans son projet de loi, notamment celui du « compromis historique ». C'est ce qui distingue l'indemnisation des accidentés du travail des régimes d'assurance privés ou du modèle d'assurance responsabilité que vous avez examiné. Essentiellement, l'indemnisation des

a form of insurance, yes, but what it really does is protect the employer from being sued by his workers for work-related injuries.

That protection comes at a cost. The employer has to fund a no-fault insurance program in order to pay the benefits to the workers. The worker draws his benefits for medical aid and wage loss from that no-fault insurance program, but we have taken away that worker's right to sue. That is part of the social agreement that is worker's compensation. The worker and the employer, the state and the community, are better off as a result of the reduced friction, lower court costs, and more rapid justice, if you will, for the worker involved.

Each jurisdiction has its constitutional responsibility for health and labour and has to set its own scope for its own legislation. They have to decide who is covered. They have to decide what is covered by the workers' compensation legislation and what authority the agency should have.

In British Columbia, we cover between 93 and 94 per cent of the employed labour force, but we are also the health and safety agency. We are the inspectorate. We set the worker's compensation regulations, the occupational safety and health regulations. We are the promoter of health and safety in our jurisdiction. That is not true of every workers' compensation board, so there are differences across Canada.

However, people still get hurt. We have 2 million workers in British Columbia. Every year, about 150,000 of them have a workplace injury; 60,000 of them have a serious enough injury to miss time from work; and sadly, we have to accept 150 claims for fatal workplace injuries.

Some people with mental illness and addiction problems do work, and some of them do get hurt. When they are hurt, we have the same issues as anyone else in trying to address their needs. Sometimes, their mental health or addiction problem is superimposed on an injury, and it can affect their recovery. At other times, a physical injury can cause a mental health problem. Think of a worker with a brain injury. Think of a worker who develops an addiction problem as a result of medication for back or neck pain. These are all real issues that can occur in a claim.

Some individuals have an underlying condition, and the occasion of the injury triggers a psychosis or development of a disability as a result. In all these cases, we have laws and policies that allow the workers' compensation board to act. Last year in

accidentés du travail est un contrat social. C'est une forme d'assurance, bien sûr, mais son but consiste essentiellement à protéger l'employeur contre les poursuites que pourraient intenter ses employés à la suite d'accidents du travail.

Cette protection a un prix. L'employeur doit financer un programme d'indemnisation sans égard à la responsabilité pour pouvoir verser des prestations aux travailleurs. Grâce à ce régime d'assurance sans égard à la responsabilité, le travailleur reçoit des prestations pour les services médicaux et la perte de revenus mais il doit renoncer à son droit d'intenter des poursuites. Cela fait partie du contrat social que constitue l'indemnisation des accidentés du travail. Le travailleur et l'employeur, l'État et la collectivité, bénéficient tous de la réduction des tensions et des frais judiciaires ainsi que d'une justice plus rapide, si vous me permettez l'expression, pour le travailleur concerné.

Chaque compétence a une responsabilité constitutionnelle en matière de santé et de main-d'œuvre et elle doit définir la portée de ses propres lois. Chacune doit déterminer qui est protégé. Chacune doit définir ce qui est couvert par sa loi sur l'indemnisation des accidentés du travail et les pouvoirs que devrait avoir l'organisme chargé de l'administrer.

En Colombie-Britannique, nous couvrons entre 93 et 94 p. 100 de la population active, mais nous avons aussi un mandat en matière de santé et de sécurité. Nous sommes chargés de la fonction d'inspection. Nous fixons les règles régissant l'indemnisation des travailleurs, les règles relatives à la santé et à la sécurité au travail. Nous sommes chargés de faire la promotion de la santé et de la sécurité sur notre territoire. Tel n'est pas le cas de toutes les commissions des accidentés du travail, il y a des différences selon les régions du Canada.

Toutefois, des accidents continuent de se produire. Nous avons deux millions de travailleurs en Colombie-Britannique. Chaque année, environ 150 000 d'entre eux sont blessés au travail; 60 000 sont victimes de blessures suffisamment graves pour devoir prendre des congés. Et, malheureusement, 150 demandes d'indemnisation liées à des accidents mortels en milieu de travail nous parviennent chaque année.

Parmi les travailleurs, il y a des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, et certaines d'entre elles sont blessées. Les problèmes qu'elles nous présentent sont les mêmes que ceux de tous les autres accidentés. Parfois, les problèmes liés à leur santé mentale ou à leur toxicomanie se superposent à la blessure et peuvent nuire à leur rétablissement. Il arrive aussi qu'une blessure physique provoque un problème de santé mentale. Pensez au travailleur victime d'une blessure à la tête. Pensez au travailleur qui développe une accoutumance à l'égard des médicaments qui lui ont été prescrits pour soulager une douleur au dos ou au cou. Tous ces problèmes sont très concrets et peuvent se présenter dans le cadre d'une demande d'indemnisation.

Certaines personnes souffrent d'une affection sous-jacente, et une blessure peut déclencher une psychose ou créer une invalidité. Dans tous ces cas, nous avons des lois et des politiques qui permettent au WCB d'intervenir. L'an dernier, en

British Columbia, we conducted 960 psychological assessments on individuals in our system to assist them in recovery and treatment and also in the adjudication of claims.

We do have the policies, and we do deal with the cases where there is a need and a clear connection between work and the injury of mental illness or the addiction. Where we do have difficulty is in the area of stress. For a specifically triggered stress, a traumatic incident — a hostage-taking, a bank robbery, a firefighter taking a child out of a burning building and seeing other children perish in the blast — these are concerns. These are real incidents and they cause psychological stress. We can deal with those under our legislation, and we do.

Some provinces have put a limitation on gradual onset stress, that is, stress that starts out as not perhaps connected to a specific incident, and over time becomes more significant. The trend in North America is to exclude those conditions from coverage under workers' compensation. This goes back to the historic compromise. How do you connect the workplace to the condition? Where is the nexus there? If you intend to force employers to fund the system, this is one aspect that has to be examined.

This is not universal. In Australia, the workers' compensation system for federal government employees is ComCare. It does include compensation for stress, including gradual onset stress. You should be aware that stress now accounts for 7 per cent of all claims received by the federal workers' compensation system in Australia and accounts for 27 per cent of all costs in that system.

You have similar legislation, as I said, the Government Employees Compensation Act, which protects the employer, the federal government, from being sued by its employees for work-related accidents and injuries. The federal government asks each province to administer that act. I have distributed through the clerk a copy of a very recent decision, *Royal Canadian Mounted Police v. Bruce Rees and Vina Rees*, in the Newfoundland and Labrador Court of Appeal, Chief Justice Clyde Wells, which perhaps gives you a better idea of the complexities in gradual onset stress and the fact that there are different definitions at the federal level from those at the provincial level. This is perhaps one of the first cases of gradual onset stress that, at least according to the courts, should be covered under the Government Employees Compensation Act, and it may have some implications with regard to policy.

The Chairman: Quickly, you can tell us the essence of the decision?

Mr. Bogyo: The worker was an RCMP officer who suffered a series of harassment events, as it was characterized, on the job that eventually led to a mental breakdown, to the point where he could not work. The case was taken to the Human Rights

Colombie-Britannique, nous avons réalisé 960 évaluations psychologiques de particuliers inscrits à notre système, pour les aider à se rétablir et à obtenir des traitements et aussi pour déterminer la validité de leurs demandes d'indemnisation.

Nous avons des politiques et nous acceptons tous les cas où il existe un besoin et un lien clair entre le lieu de travail et la blessure, la maladie mentale ou la toxicomanie. Là où nous avons le plus de difficulté, c'est dans le secteur du stress. Dans les cas de stress déclenché de façon spécifique, par un incident traumatisant — une prise d'otage, un vol de banque, un pompier qui arrache un enfant aux flammes mais qui voit d'autres enfants périr dans l'incendie —, le problème nous regarde. Il s'agit d'incidents très réels qui peuvent produire un stress psychologique. Nous pouvons traiter ces cas en vertu de notre loi, et nous le faisons.

Certaines provinces ont fixé la limite d'inclusion au stress d'apparition graduelle, c'est-à-dire les cas où le stress n'est pas nécessairement dû à un incident spécifique, mais s'aggrave avec le temps. La tendance, en Amérique du Nord, est d'exclure ces états de santé de la sphère des problèmes visés par l'indemnisation des accidentés du travail. Cela nous ramène au compromis historique. Comment peut-on rapprocher le lieu de travail et le problème de santé? Quel est le lien dans de tels cas? Si vous voulez obliger les employés à financer le système, cet aspect doit être examiné.

La protection n'est pas universelle. En Australie, le régime d'indemnisation des employés fédéraux s'appelle ComCare. Il prévoit des indemnités pour le stress, y compris le stress d'apparition graduelle. Mais sachez que le stress figure maintenant dans 7 p. 100 de toutes les demandes d'indemnisation présentées au régime d'indemnisation des employés fédéraux en Australie et qu'il représente 27 p. 100 de tous les coûts du système.

Vous avez une loi similaire, comme je l'ai dit, la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qui protège l'employeur, c'est-à-dire le gouvernement fédéral, contre les poursuites intentées par les employés en raison d'accidents et de blessures liés au travail. Le gouvernement fédéral a demandé à chaque province d'administrer cette loi. J'ai distribué à la greffière un exemplaire d'une très récente décision dans la cause *Royal Canadian Mounted Police c. Bruce Rees and Vina Rees* entendue par la Cour d'appel de Terre-Neuve-et-Labrador, qui a été prononcée par le juge en chef Clyde Wells. Elle vous donnera peut-être une meilleure idée de la complexité des affaires d'apparition graduelle du stress et illustre bien le fait que les définitions fédérales diffèrent de celles adoptées au niveau provincial. C'est peut-être l'un des premiers cas où l'apparition graduelle du stress est considérée, du moins d'après les tribunaux, comme relevant de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, et cela pourrait avoir certaines conséquences en matière de politique.

Le président : Pouvez-vous nous indiquer rapidement de quoi il retourne?

M. Bogyo : Le travailleur était un agent de la GRC qui a été victime au travail d'une série d'incidents de harcèlement, selon les termes utilisés, et qui a fini par sombrer dans la dépression à tel point qu'il ne pouvait plus travailler. L'affaire a été soumise au

Tribunal and ultimately an award of damages was made to the worker and to his spouse. It went in that direction because the worker was told he could not appeal or make an application to the Newfoundland workers' compensation system because that system excludes gradual onset stress. The court ruled that there should have been an application to the workers' compensation system in Newfoundland, but that really it is an application against the Government Employees Compensation Act, the federal legislation. The definition in the federal legislation of an "accident" is different from that in the legislation in the provincial sphere.

The Chairman: Different as in broader?

Mr. Bogyo: That is correct. It is broader. It contains no exclusion for gradual onset stress, whereas the provincial legislation specifically excluded it.

The situation, therefore, according to the judgment, and again I have only had a chance to read it through a few times since it was posted yesterday, indicates that the Government Employees Compensation Act is responsible for this. It should not have gone through any other jurisdiction. The proper jurisdiction was workers' compensation. The Newfoundland workers' compensation system would then have to adjudicate the claim, but using the definitions in the Government Employees Compensation Act, and award compensation, even though under its own compensation legislation, it would be barred.

The Chairman: Presumably now the plight of this particular RCMP officer goes back to the Newfoundland workers' compensation board?

Mr. Bogyo: That was my understanding.

The Chairman: Thank you. I had not read it, and I thought, since this is being shown on CPAC, why not tell people what the answer was rather than just what the question was.

Mr. Bogyo: It is a complex situation, and it creates a differential in the way in which cases will be handled. The case also illustrates some of the pain that individuals go through, including, in this case, the worker's spouse.

The Chairman: Thank you.

Mr. Bogyo: That is the essence of my presentation today. I do want to emphasize that workers' compensation legislation is decided by the legislatures across Canada. We do act on stress and mental illness, whether it is pre-existing or is triggered by the injury. If it is a barrier to recovery, we clearly are involved.

I actually got a phone call this morning indicating that last year we treated 780 individuals — this was beyond assessment — for $1.4 million.

Today, at any given time, we have 370 individuals who would be classified as having mental illness or addiction problems and who are in active treatment within our system. Most commonly,

Tribunal des droits de la personne et, au bout du compte, des dommages-intérêts ont été accordés au travailleur et à sa conjointe. Les choses se sont déroulées ainsi parce que le travailleur avait été avisé qu'il ne pourrait pas faire appel ni présenter une demande au régime d'indemnisation des travailleurs de Terre-Neuve, car ce système exclut l'apparition graduelle du stress. Le tribunal a considéré qu'une demande aurait dû être présentée au régime d'indemnisation des travailleurs de Terre-Neuve, mais qu'en réalité, cette demande relevait de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, la loi fédérale. La définition d'« accident » dans la loi fédérale est différente de celle que l'on trouve dans la loi provinciale.

Le président : Différente... vous voulez dire plus large?

M. Bogyo : C'est exact. Elle est plus large. Elle ne prévoit pas d'exclusion pour l'apparition graduelle du stress, alors que la loi provinciale l'exclut spécifiquement.

En conséquence, d'après le tribunal, et je le répète, je n'ai pas eu l'occasion d'examiner en détail la décision depuis sa publication, hier, mais le tribunal a conclu que ce cas relève de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qu'il n'aurait pas dû être soumis à une autre compétence. La compétence indiquée, c'est la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail. Le régime d'indemnisation des travailleurs de Terre-Neuve aurait dû examiner la demande, mais en fonction de la définition inscrite dans la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, et accorder une indemnité, même si la loi provinciale n'autorise pas une telle mesure.

Le président : J'imagine que maintenant c'est la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail de Terre-Neuve qui décidera du sort de cet agent de la GRC?

M. Bogyo : Je le crois.

Le président : Merci. Je n'ai pas lu le document, mais je me suis dit que puisque nous sommes télédiffusés au réseau CPAC, il valait la peine de donner la réponse plutôt que simplement la question.

M. Bogyo : Cette affaire est complexe et elle crée des différences dans la façon dont les causes seront traitées. Le cas illustre aussi les épreuves que les victimes doivent traverser y compris, en l'occurrence, les conjoints.

Le président : Merci.

M. Bogyo : C'est le thème de mon exposé d'aujourd'hui. Je tiens à souligner que les dispositions législatives visant l'indemnisation des travailleurs sont déterminées par les assemblées législatives du Canada. Nous prenons des mesures pour lutter contre le stress et la maladie mentale, qu'elle soit préexistante ou qu'elle soit attribuable à la blessure. Si cela constitue un obstacle au rétablissement, nous interviendrons.

De fait, on m'a téléphoné ce matin pour indiquer que l'an dernier, nous avions traité 780 personnes — c'est beaucoup plus que nos estimations — au coût de 1,4 million de dollars.

Aujourd'hui, il y a toujours 370 personnes qui sont considérées comme souffrant de maladie mentale ou de problèmes de toxicomanie et qui suivent des traitements au sein de notre

these are mood disorders, post-traumatic stress disorders or depression. We deal with learning disabilities, which cause problems for individuals.

We have a network of 300 psychologists who can provide assistance, particularly for brain-injured individuals and those with psychosis. Internally, we have 14.5 full-time equivalents that monitor and manage the cases that need to go in this direction.

Are we seeing more cases now than we did in the past? According to our psychologists, more workers with pre-existing psychosis, mental illness and addiction are being injured. They have this overlay that they bring with their physical injury to their recovery. We are not seeing more stress claims because according to our legislation gradual onset stress is barred from the system.

The Chairman: You point out that the federal legislation does not exclude stress that increases over time, gradual onset stress. You might have some information on this in B.C. because you would adjudicate any federal claims based on that. Have you had a number of federal claims come through based on gradual onset stress?

Mr. Bogyo: To my knowledge, not many. Part of the reason is that until this decision, I think most people assumed that the legislative definition of the provincial statute would prevail. Indeed, as we now know, it is the federal jurisdiction definition that prevails. Will we see more? I think that is possible, given this ruling, should it stand.

The Chairman: I am struck by your statistics from Australia, which pertain, as I understood it, to federal workers, not to the entire workforce.

Mr. Bogyo: That is correct.

The Chairman: You said 7 per cent of their claims are for mental illness-related issues. I look at that 7 per cent and compare it with the roughly 1,000 out of 150,000, using the numbers you gave. More staggering to me is the statement that in Australia it is not just 7 per cent of the claims, it is 27 per cent of the costs.

Mr. Bogyo: That is correct.

The Chairman: I cannot quite get my mind around why that would be the case. We will have to attempt to answer that. It just seems completely out of proportion to me.

Mr. Bogyo: It does seem out of proportion. That is one of the concerns.

Australia is not the first jurisdiction to run into this issue. Similar statistics came out of California and Oregon, which both changed their definitions and the test for access for any sort of stress. In that legislation, I believe it is called "mental mental claims." These are where there is mental stress as opposed to a

système. Le plus souvent, ces personnes souffrent de troubles de l'humeur, de troubles de stress post-traumatique ou de dépression. Nous traitons aussi les difficultés d'apprentissage, qui créent des problèmes aux intéressés.

Nous avons un réseau de 300 psychologues qui peuvent fournir une aide, en particulier dans le cas des victimes de lésion cérébrale ou de psychose. À l'interne, nous avons 14,5 équivalents temps plein qui surveillent et gèrent ces cas.

Y a-t-il plus de cas maintenant que par le passé? D'après nos psychologues, un plus grand nombre de travailleurs souffrant de psychoses préexistantes, de maladies mentales et de toxicomanies sont victimes d'accidents. Ils traînent donc ce bagage avec leur blessure corporelle pendant leur rétablissement. Nous ne recevons pas plus de demandes pour cause de stress parce que notre régime législatif exclut le stress d'apparition graduelle.

Le président : Vous mentionnez que la loi fédérale n'exclut pas le stress qui s'aggrave avec le temps, le stress d'apparition graduelle. Vous avez peut-être de l'information à ce sujet en Colombie-Britannique, car vous arbitrez sans doute toutes les réclamations fédérales. Est-ce qu'un certain nombre de ces réclamations étaient liées à l'apparition graduelle du stress?

M. Bogyo : À ce que je sache, pas tellement. C'est sans doute en partie parce qu'avant la décision dont je viens de parler, la plupart des gens supposaient que la définition légale inscrite dans la loi provinciale prévaudrait. De fait, comme nous le savons maintenant, c'est la définition de la loi fédérale qui prévaut. Est-ce que les cas se multiplieront? Je crois que cela est possible, si la décision est maintenue.

Le président : Je suis renversé par les statistiques que vous nous avez présentées pour l'Australie, qui, si je comprends bien, portent uniquement sur les travailleurs de l'administration fédérale, et non pas sur l'ensemble de la population active.

M. Bogyo : C'est exact.

Le président : Vous avez dit que sept pour cent des réclamations avaient trait à des problèmes liés à la maladie mentale. C'est sept pour cent, en comparaison d'environ 1 000 sur 150 000, d'après les chiffres que vous nous avez fournis. Ce qui m'étonne encore plus c'est l'affirmation qu'en Australie cela ne correspond pas seulement à sept pour cent des demandes, mais aussi à 25 p. 100 des coûts.

M. Bogyo : C'est exact.

Le président : Je n'arrive pas à comprendre pourquoi. Nous devrons essayer de répondre à cela. Ces chiffres me semblent tout à fait disproportionnés.

M. Bogyo : En effet, cela paraît disproportionné. C'est une de nos préoccupations.

L'Australie n'est pas la première compétence à se heurter à ce problème. Des statistiques similaires ont été compilées en Californie et en Oregon, deux États qui ont modifié leurs définitions et les critères d'admissibilité du stress, quel qu'en soit le type. Dans leurs lois, je crois que l'on parle de stress

physical injury. In both cases, that meant a more restricted access to benefits.

The other thing you have to realize is that most physical injuries, even broken bones, generally heal within six weeks. Damage to the psychological makeup may be far more pervasive and much harder to treat and rehabilitate. That 27 per cent of the cost in Australia is related primarily to the wage-loss equivalent and the treatment that goes on for many of these individuals for a lifetime.

The Chairman: In fact, it becomes an ongoing, much lengthier time cost than the cost of simply fixing a broken leg or a shoulder or whatever.

When people come to you with a complaint that is, if not stress related, is mentally related, you take the position that is not covered under your legislation. Therefore, they need to go to the health care system in B.C. or somewhere else, if that is the only problem they have. Is that correct?

Mr. Bogyo: Yes, with one qualification. If there is a doubt, we are an inquiry-based system. We have the ability to pay for a psychological assessment so we can make that determination. In some cases, we determine, having done the assessment, that this is not work related. The worker is free then to take that relatively costly psychological assessment and use it to access care, either in the community or through some other agency, including perhaps an employer's assistance program.

The Chairman: On the other hand, what if people come to you who have suffered a physical injury on the job, perhaps caused because they were depressed, got careless and were not functioning as well as they could? I am not talking about schizophrenia or something like that; I am talking about a stress-related issue that caused them to get careless. Did you say that under those circumstances, in addition to treating the physical injury, you would also try to treat the underlying illness?

Mr. Bogyo: I said that where it is a barrier to the recovery or the treatment, we have a policy in place whereby we can address the addiction or the mental illness. There is a case right now of a homeless individual with a shoulder injury whom we have put up in a hotel. That homeless individual has a pre-existing mental health issue and a drug addiction. These are preventing him from becoming stabilized to the point that he can have the shoulder surgery.

The Chairman: Presumably he hurt the shoulder when he was working and not homeless.

Mr. Bogyo: That is correct. There is a connection to the work. He was hired, if I remember correctly, under a day-labour situation. Regardless, as long as he has the shoulder injury and it is related to work, we must deal with that. The way we are doing this is to offer, and the worker has accepted, assistance in controlling his addiction and stabilizing his mental health condition so he can have the surgery.

d'origine mentale. Ce sont les cas où le stress est mental, par opposition à une blessure physique. Dans les deux cas, cela signifie un accès restreint aux prestations d'indemnisation.

Il faut aussi reconnaître que la plupart des blessures physiques, même les fractures, guérissent généralement en six semaines. Les préjudices causés à la constitution psychologique peuvent être beaucoup plus insidieux et difficiles à traiter et à guérir. Ce 27 p. 100 des coûts, en Australie, se rapporte principalement à l'indemnisation pour perte de revenus et au traitement qui continuera, dans de nombreux cas, pendant toute la vie de l'intéressé.

Le président : De fait, cela devient un coût permanent, étalé sur une période beaucoup plus longue que ce qu'il faut pour poser un plâtre sur une jambe cassée ou pour replacer une épaule.

Lorsque l'on vous présente une demande liée non pas au stress mais à une maladie mentale, vous êtes d'avis que cela n'est pas couvert par votre loi. Les victimes doivent donc se tourner vers le système de soins de santé de la Colombie-Britannique ou vers une autre ressource, si c'est leur seul problème. Est-ce exact?

M. Bogyo : Oui, à une réserve près. S'il existe un doute, notre système est basé sur l'enquête. Nous sommes autorisés à payer une évaluation psychologique et nous pouvons faire la détermination. Dans certains cas, nous concluons, après avoir demandé une évaluation, que la maladie n'est pas liée au travail. Le travailleur est alors libre d'utiliser cette évaluation psychologique relativement coûteuse pour obtenir des soins, dans la collectivité ou par l'entremise d'un autre organisme, y compris peut-être un programme d'aide aux employés.

Le président : Par contre, que se passe-t-il si quelqu'un vous présente une demande d'indemnisation à la suite d'un accident de travail qui s'est peut-être produit parce que cette personne était déprimée, distraite ou ne travaillait pas aussi bien qu'elle l'aurait dû? Je ne parle pas de schizophrénie ni d'autre maladie aussi grave; je parle de questions de stress qui font que les personnes sont moins attentives. Est-ce que d'après vous, dans de telles circonstances, en plus de traiter la blessure physique, vous essayeriez aussi de traiter la maladie sous-jacente?

M. Bogyo : Comme je l'ai dit, si cela fait obstacle au rétablissement ou au traitement, nous avons pour politique de traiter la toxicomanie et la maladie mentale. Nous avons un cas à l'heure actuelle, un sans-abri qui a été blessé à l'épaule et que nous logeons dans un hôtel. Cette personne souffre d'une maladie mentale préexistante et de toxicomanie. Ces troubles nous empêchent de stabiliser sont état pour que notre client puisse subir une chirurgie de l'épaule.

Le président : J'imagine qu'il s'est blessé alors qu'il travaillait, et qu'il n'était pas sans-abri.

M. Bogyo : C'est exact. Il y a un lien avec le travail. Il a été embauché, si je me souviens bien, comme journalier. Quoi qu'il en soit, puisqu'il est blessé à l'épaule et que cela est relié au travail, nous devons l'aider. Pour ce faire, nous lui avons offert, et il l'a accepté, un appui pour traiter sa toxicomanie et stabiliser son état mental afin qu'il puisse se soumettre à la chirurgie.

After the surgery, we will put him back in the hotel and have visiting nurses and counsellors change his bandages and ensure he is stabilized before we discharge him from our jurisdiction. As soon as we have done that, then we will try to connect him — and we are trying — with the appropriate community-based services, since we have no further jurisdiction after we have overcome that barrier.

The Chairman: However, the practical reality is that once his shoulder is fixed, he is no longer your problem.

Mr. Bogyo: The historic compromise that was based on this work-relatedness will no longer justify the expenditure from the employers' funds that have been given to us.

The Chairman: You may not know this for sure, but does every province's workers' compensation board legislation treat mental illness and stress-related problems the same way? You indicated the federal legislation does not, but is all the provincial legislation basically the same?

Mr. Bogyo: It is going in that direction. I cannot speak to every piece of legislation. There is some variability. In your first report, you have a table that indicates the variances in each province. There are continual changes to that. In practice, the situation that I outlined was based more on the policy than on the legislation. You do have some variability in policy across the country as well.

Senator Cordy: I would like to go back to what happens when a physical injury is superimposed on a mental condition or an addiction. The example you gave us involved somebody who had a pre-existing addiction. What about the situation where an injury could in fact cause an addiction or depression? Somebody is housebound with a back injury for months and becomes depressed.

What happens in those situations? Do you just deal with the injury that was directly related to work, the back injury? If a mental condition or an addiction is as a result of the physical injury, are you responsible for that in addition?

Mr. Bogyo: The short answer is absolutely, yes. If there is a clear nexus between the work-related injury and the depression or the drug addiction, we act. This is a very common situation causing depression, drug addiction, particularly to pain medication, even suicidal thoughts. We intervene and provide counselling.

I started my career 25 years ago as a vocational rehabilitation consultant. One of my first cases was an individual who had been working in a print system where sometimes the paper gets jammed and catches fire. He was clearing a jam when a breeze picked up the paper and wrapped it around his legs, and it caught fire. It melted the polyester in his pants to his body and he was seriously injured. I got the case about three months after the injury, and I noticed that we had not had contact with the individual for about three or four weeks. I went to his apartment. He did not answer the phone. I asked the manager to see if he could get the

Après la chirurgie, nous le logerons encore à l'hôtel et des infirmières visiteuses et des conseillers iront changer ses pansements et s'assurer qu'il est stabilisé. Nous fermerons ensuite son dossier, et nous essayerons — et nous essayons — de l'aiguiller vers les services communautaires appropriés, car nous n'avons pas la compétence voulue pour continuer d'intervenir lorsque nous aurons fini de le soigner.

Le président : Mais concrètement, dans les faits, quand son épaule sera guérie, cette personne ne relèvera plus de vous.

M. Bogyo : Le compromis historique qui découle du lien entre le milieu de travail et l'accident ou l'état de santé ne justifiera plus la dépense des fonds de l'employeur qui nous sont confiés.

Le président : Vous n'êtes peut-être pas au courant, mais est-ce que toutes les lois provinciales sur les commissions d'indemnisation des accidentés du travail traitent la maladie mentale et les problèmes liés au stress de la même façon? Vous avez dit que la loi fédérale était différente à cet égard, mais est-ce que toutes les lois provinciales sont à peu près semblables?

M. Bogyo : La situation évolue en ce sens. Je ne peux pas parler de toutes les lois. Il existe certaines différences. Dans notre premier rapport, vous trouverez un tableau qui indique les écarts pour chaque province. Des changements sont continuellement apportés. Dans les faits, la situation que j'ai décrite s'appuie plus sur la politique sur la loi. Vous constaterez aussi certaines différences de politique entre les régions du pays.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir à ce qui se passe lorsqu'une blessure physique vient s'ajouter à une maladie mentale ou à une toxicomanie. L'exemple que vous nous avez donné concernait une personne qui était déjà toxicomane. Que se passe-t-il si une blessure entraîne effectivement une accoutumance ou une dépression? Quelqu'un confiné dans sa résidence pendant des mois à cause d'un mal de dos peut sombre dans la dépression.

Que se passe-t-il dans ces cas? Est-ce que vous traitez seulement la blessure qui était directement liée au travail, le mal de dos? Si un état mental ou une toxicomanie est le résultat d'une blessure physique, est-ce que vous devez prendre en charge ce nouveau problème?

M. Bogyo : La réponse est brève, c'est oui. S'il y a un lien clair entre la blessure subie au travail et la dépression ou la toxicomanie, nous intervenons. C'est une situation très courante, la blessure entraîne une dépression, une accoutumance aux médicaments, en particulier aux antidouleurs, et même des idées suicidaires. Dans ces cas, nous intervenons et nous offrons des services de counselling.

J'ai commencé ma carrière il y a 25 ans à titre de consultant en réadaptation professionnelle. Un de mes premiers clients était une personne qui avait travaillé dans une imprimerie du genre où parfois le papier se coince et prend feu. Il était en train de dégager une de ces accumulations de papier lorsqu'un courant d'air est venu enrouler le papier autour de ses jambes, et le papier a pris feu. Le polyester de son pantalon a fondu et le travailleur a été gravement blessé. Son cas m'a été confié environ trois mois après l'accident, et j'ai constaté que nous n'avions eu aucun contact avec ce travailleur depuis trois ou quatre semaines. Je me suis

individual to come to the door. We knocked on the door and the individual let us in. He was in bed. Having talked to the individual, I determined he was suffering from what I thought might be suicidal thoughts and what the psychologist told me later was post-traumatic stress. The worker took a long time to recover, and I do not think he ever went back to work in that particular place. All the treatment, the psychological treatment, the drugs that we used, the time that it took and the wage loss were all covered as a sequel to the injury, and therefore within the purview and jurisdiction of workers' compensation.

Senator Cordy: Would the person have to prove that it was not a pre-existing condition? For example, if he had suffered a bout of depression five years earlier, would that be considered?

Mr. Bogyo: That sort of information is important. As I said before, if it was a condition and not a disability in the sense that the person was working, they were able to cope with whatever it was prior to the injury, we must take the person as we find them. The principle of a thin-skulled individual being injured is one that we have to accept in workers' compensation. The fact they have a more serious injury or impact as a result of the work-related injury does not preclude us from making the appropriate expenditures to ameliorate the effects. We must do what we can to restore that individual to the situation that they were in.

Senator Cordy: If you are dealing strictly with a mental health issue or an addiction, you would have to prove a clear connection between work and the mental health issue. How difficult is it for the person who is suffering from stress to prove a clear connection with work? Is it laborious, or is it fairly routine?

Mr. Bogyo: We are an inquiry-based system, and our legislation says that if the balance of probabilities is equal, we rule in favour of the worker. Most of these cases come to our attention from adjudicators or physicians and physiotherapists who are treating the individual for a physical problem and note that there is a change in behaviour. The person is making depressive comments, or they recognize one of the other symptoms of addiction or mental illness. They inform the adjudicator and it is in those cases — at least 960 times last year — we end up doing a psychological assessment. We begin to investigate what the problem might be, and if treatment is necessary, we initiate that treatment.

Senator Cordy: How long is the waiting time for somebody to appeal a case, whether it is a physical or mental problem?

Mr. Bogyo: Under the most recent legislative changes in British Columbia, we have strict timelines for both our internal review, which is a form of internal appeal — I believe it is in the order of 90 days — and the secondary level, the workers' compensation

rendu à son appartement. Comme il ne répondait pas au téléphone, j'ai demandé au concierge d'essayer de le convaincre de nous ouvrir. Nous avons frappé à la porte, et il est venu nous ouvrir. Il était au lit. Après lui avoir parlé, j'ai établi qu'il semblait ruminer des pensées suicidaires, et le psychologue m'a appris par la suite qu'il s'agissait de stress post-traumatique. Ce travailleur a mis du temps à se remettre, et je pense qu'il n'est jamais retourné travailler à l'imprimerie. Tout le traitement, le traitement psychologique, les médicaments que nous avons utilisés, le temps qu'il nous a fallu et la perte de revenus, tout a été couvert comme séquelle de la blessure, et donc dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs.

Le sénateur Cordy : Est-ce que ce travailleur a dû prouver qu'il ne souffrait pas d'une maladie préexistante? Par exemple, s'il avait vécu un épisode dépressif cinq ans auparavant, est-ce que cela serait entré en compte?

M. Bogyo : Les renseignements de ce type sont importants. Comme je l'ai dit, s'il s'agissait d'une maladie et non pas d'une invalidité, si la personne travaillait et qu'elle était en mesure de gérer sa maladie avant la blessure, nous l'accepter telle qu'elle nous arrive. Dans le cadre d'un régime d'indemnisation des travailleurs, nous devons admettre le principe qu'une personne fragile peut être victime d'un accident. Le fait que pour ces personnes la blessure soit plus grave ou ait des conséquences plus graves ne nous dégage pas de notre obligation d'engager les dépenses qui s'imposent pour améliorer son état. Nous devons faire ce que nous pouvons pour l'aider à se rétablir.

Le sénateur Cordy : Si vous parlez strictement de santé mentale ou de toxicomanie, il vous faudrait prouver un lien évident entre le travail et le problème de santé mentale. Est-ce qu'il est très difficile pour une personne qui souffre de stress de prouver un lien clair avec le travail? Est-ce laborieux, ou est-ce relativement courant?

M. Bogyo : Nous fonctionnons dans un contexte d'enquête. Notre loi prescrit que s'il y a autant de probabilités d'un côté que de l'autre, nous devons trancher en faveur du travailleur. La plupart de ces cas nous sont renvoyés par des arbitres ou des médecins et des physiothérapeutes qui traitent le travailleur pour un mal physique et qui constatent un changement de comportement. La personne fait de remarques dépressives, ou ses fournisseurs de soins reconnaissent un symptôme quelconque d'une toxicomanie ou d'une maladie mentale. Ils informent l'arbitre, et c'est dans de tels cas — dans au moins 960 cas, l'an dernier — que nous demandons une évaluation psychologique. Nous commençons par examiner les causes du problème, et si un traitement s'avère nécessaire, nous le fournissons.

Le sénateur Cordy : Quelle est la durée de l'attente en cas d'appel de la décision, qu'il s'agisse d'un problème physique ou mental?

M. Bogyo : En vertu des derniers changements apportés à la loi en Colombie-Britannique, nous avons des échéances strictes à respecter tant pour l'examen interne — je crois que c'est de l'ordre de 90 jours — qu'au deuxième niveau, au tribunal d'appel du

appeal tribunal, in the order of 150 days. These are legislative deadlines that must be adhered to should there be a dispute.

We attempt right from the beginning to deal with as many claims as we can. You have to remember in most of those cases, where we are talking about a psychological overlay or development of psychosis or mental illness or addiction following injury, chances are we have already accepted the claim. We have been treating the injury. The question may now be, is the problem still compensable? That is a very rare appeal and I do not have any statistics on it. I am sure if the committee wished, we could perhaps run some specific tests to find out what that number would be.

Senator Cordy: Is there legislation in other provinces in terms of timelines?

Mr. Bogyo: That is a trend in legislation to ensure that there is a timely decision on claims.

Senator Cordy: You hear stories about physical injuries in my province of Nova Scotia. You always read in the paper about the worst-case scenarios, but certainly about backlogs of workers' compensation cases, which is difficult enough if it is a physical injury, but is compounded if it is stress related because that would just increase the stress level.

Mr. Bogyo: We agree, and the legislature agreed and imposed time limits within the legislation that we now must meet.

Senator Cook: I understand that the Province of B.C. is on the cutting edge of workers' compensation across this nation. I gather from what I read here that you have a comprehensive program. We are looking at the possibility of developing a national mental health strategy. I would like you to hypothesize, if you would, about the gaps across this nation that we would need to look at and solve to bring that about. For instance, would workers' compensation mental health claims policies be reviewed, and by whom? How can uniformity be achieved among the various workers' compensation boards with respect to mental illness and addiction? That is the lens I am looking through. If, at the end of the day, we are looking at a national mental health strategy, is there a common denominator across the spectrum, or are there any gaps in the system?

Mr. Bogyo: I remember these were the kinds of questions that were raised in your Options paper. There are some complexities here. Workers' compensation legislation is a provincial matter. Each jurisdiction's legislation is designed not in a vacuum, but within the context of other pieces of legislation within that jurisdiction. British Columbia may well have legislation that already supports a certain aspect of mental health within the community. The limitations and scope of the workers' compensation legislation is developed within that context.

régime d'indemnisation des accidentés du travail, où le délai est de l'ordre de 150 jours. Ce sont les échéances fixées par la loi, et nous devons les respecter en cas de différend.

Nous essayons dès le départ de traiter un maximum de demandes. Il ne faut pas oublier que dans la plupart de ces cas, les cas qui présentent un aspect psychologique ou dont la psychose, la maladie mentale ou la toxicomanie s'est déclarée à la suite d'une blessure, il est fort probable que nous avons déjà accepté la demande. Nous avons commencé à traiter la blessure. La question qui se pose alors, c'est de savoir si le problème ouvre droit à une indemnisation. Il est très rare que l'on aille en appel, et je n'ai aucune statistique à ce sujet. Si le comité le désire, je suis convaincu que nous pourrons effectuer quelques vérifications précises pour établir le nombre de cas visés.

Le sénateur Cordy : Est-ce que les autres provinces ont légiféré au sujet des délais?

M. Bogyo : De plus en plus, on essaie dans les lois de veiller à ce que les décisions soient prises en temps opportun.

Le sénateur Cordy : Dans ma province, en Nouvelle-Écosse, on entend toutes sortes d'histoires au sujet de blessures. Les journaux ne parlent que des pires cas, mais il y a certainement un important retard dans le traitement des dossiers d'indemnisation des accidentés du travail, et la situation est déjà très difficile lorsqu'il s'agit d'une blessure physique, mais c'est encore pire si le travailleur souffre aussi de stress, parce que l'attente ne fait qu'augmenter le stress.

M. Bogyo : Nous sommes d'accord, et la loi l'a reconnu et a fixé des limites que nous devons maintenant respecter.

Le sénateur Cook : Je crois que la province de la Colombie-Britannique a une longueur d'avance sur le reste du pays en matière d'indemnisation des accidentés du travail. Je crois comprendre, d'après ce que j'ai lu, que votre programme est très complet. Nous envisageons d'élaborer une stratégie nationale de santé mentale. J'aimerais connaître vos hypothèses, si je peux m'exprimer ainsi, au sujet des écarts qui existent au pays et que nous devrions chercher à éliminer dans ce contexte. Par exemple, est-ce que les politiques sur les demandes d'indemnisation des travailleurs pour des questions de santé mentale seraient révisées, et par qui? De quelle manière est-ce que nous pourrions uniformiser les diverses commissions d'indemnisation des accidents du travail relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie? C'est l'angle sous lequel je vois les choses. Si nous envisageons une stratégie nationale en matière de santé mentale, est-ce que nous trouverons un dénominateur commun, est-ce qu'il y a des écarts dans le système?

M. Bogyo : C'est le genre de questions, je m'en souviens, qui étaient soulevées dans le document que vous avez consacré aux options. La situation est complexe. Les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail relèvent des provinces. Elles ne sont pas élaborées isolément, mais bien dans le contexte des autres dispositions législatives de la province. La Colombie-Britannique a peut-être déjà des lois qui appuient à certains égards la santé mentale dans les collectivités. Les limites et la portée de la loi sur l'indemnisation des accidentés du travail sont définies dans ce contexte.

In looking at the national scene, we do have an association of workers' compensation boards in Canada. We use that association to exchange ideas and to bring forward information that may be of use to legislators and policy-makers. However, we are talking about an association that has three full-time equivalents and a half-time person to help us prepare some statistics. This is an association of administrators, not of legislators. Such a strategy would be, at the legislative level, very much analogous to health care.

That is a provincial concern. It takes a national consensus among legislators to reach a standard on that level. We can also make comparisons, which tend to bring some consistency. The work of this committee and that of the Association of Workers' Compensation Boards in identifying the differences helps legislators and the public to decide what areas need to be adjusted. The federal government, as a player in workers' compensation through the Government Employees Compensation Act, can perhaps use that in a leadership position in trying to move other organizations toward consistency through its contracts with the provincial governments to administer those claims. The federal government could put specific wording in its own legislation. That could have the effect of bringing some consistency to treatment across the country, at least for federal employees, and ultimately, for others.

Senator Cook: Within the current system there are silos from province to province. Is there a benchmark of best practices to help us pull it together to develop a national mental health strategy under the existing framework, or should we look at an alternative?

Mr. Bogyo: Generally speaking, that would be a little too ambitious, in our view, because of the nature of workers' compensation. As well, there is a competitive aspect to what we do. The cost of premiums for workers' compensation is between 2 and 3 per cent of the cost of labour in Canada. We are competing in a world market. The cost structure and limitations for workers' compensation boards in the U.S. are similar to ours. Given what we know about more inclusive coverage for gradual onset stress, in particular, that would tend to drive up costs, as it did in California and Oregon. This is a concern for business because that cost would affect their competitiveness. In some respects, I want to switch that around and say that workers' compensation boards benefit, but more generally, it is society and the Canadian economy that benefit from having mentally healthy individuals in our population. We benefit in Canada from the access that workers have to a good health care system, something that they do not experience in the United States and which is a big concern for workers' compensation in that jurisdiction. We benefit from this and would be supportive of wellness. We are advocates for wellness, and prevention particularly, because our organization in British Columbia has a prevention mandate. Although I do not know whether you could create consistency

Sur la scène nationale, il existe une association des commissions d'indemnisation des accidentés du travail au Canada. Nous l'utilisons pour échanger des idées et de l'information qui pourraient être utiles aux législateurs et aux décideurs. Le personnel de cette association ne compte toutefois que trois équivalents temps plein et un employé à temps partiel pour nous aider à produire certaines statistiques. Il s'agit d'une association d'administrateurs et non pas de législateurs. Une telle stratégie serait, sur le plan législatif, très analogue à ce qui existe pour les soins de santé.

Il s'agit d'une compétence provinciale. Il faudra un consensus national entre les législateurs pour établir une norme à ce niveau. Nous pourrions aussi faire des comparaisons, ce qui favoriserait une certaine uniformité. Les travaux du comité et de l'Association des commissions d'indemnisation des accidentés du travail pour dégager les différences aident les législateurs et la population à déterminer dans quels secteurs des ajustements s'imposent. Le gouvernement fédéral est un intervenant dans ce domaine puisqu'il a instauré la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État. Il pourrait peut-être assurer le leadership et encourager d'autres organisations à uniformiser les règles. En effet, il a avec les gouvernements provinciaux des contrats relatifs à l'administration des demandes d'indemnisation. Il pourrait adopter dans sa propre loi un libellé spécifique qui favoriserait une certaine uniformité de traitement dans l'ensemble du pays, d'abord pour les employés fédéraux puis, en bout de ligne, pour les autres.

Le sénateur Cook : Dans le système actuel, il y a peu de communication entre les structures des différentes provinces. Est-ce qu'il y a en matière de pratiques exemplaires un étalon qui nous aiderait à mettre au point une stratégie nationale de la santé mentale dans le contexte actuel? Devrions-nous plutôt chercher d'autres solutions?

M. Bogyo : De façon générale, cela serait peut-être un peu ambitieux à notre avis, en raison de la nature même de l'indemnisation des accidentés du travail. En outre, il y a une mesure de compétition dans ce que nous faisons. Le coût de l'indemnisation des accidentés du travail est de deux ou trois pour cent du coût de la main-d'œuvre au Canada. Nous sommes en compétition avec le monde entier. Les commissions d'indemnisation des accidentés du travail aux États-Unis ont une structure de coûts et des limites semblables aux nôtres. Compte tenu entre autres de l'information dont nous disposons au sujet des régimes qui couvrent mieux le stress d'apparition graduelle, il faut s'attendre à une augmentation des coûts; c'est ce qui s'est produit en Californie et en Oregon. L'entreprise s'inquiète d'une hausse des coûts qui influerait sur sa compétitivité. À certains égard, je veux modifier le paradigme et faire valoir qu'en effet, les commissions d'indemnisation des accidentés du travail profitent de la mesure, mais que de façon plus générale c'est la société et l'économie canadienne qui bénéficient d'une population active en bonne santé mentale. Le Canada profite du fait que ses travailleurs ont accès à un régime complet de soins de santé, un avantage qui n'existe pas aux États-Unis et qui inquiète profondément les régimes d'indemnisation

within the workers' compensation framework specifically, there is an argument that we would benefit from having a united strategy with respect to it.

des travailleurs chez nos voisins du sud. Nous profitons de cela et nous serions aussi en faveur d'un régime de mieux-être. Nous voulons promouvoir le mieux-être, en particulier sur le plan de la prévention, car notre organisation, en Colombie-Britannique, a un mandat dans ce domaine. Je ne sais pas si vous êtes en mesure d'assurer une certaine uniformité entre les régimes d'indemnisation des accidentés du travail, mais vous pourriez soutenir qu'il serait bénéfique d'adopter une stratégie uniforme.

Senator Cook: I compliment you for saying that the injury may begin as a physical one but you take a holistic approach to healing. That is comforting to hear from a workers' compensation official.

Le sénateur Cook : Je suis heureuse de constater que même quand la blessure est d'abord physique vous abordez la guérison de façon globale. Il est réconfortant de l'entendre affirmé par le représentant d'une commission d'indemnisation des accidentés du travail.

The Chairman: I want to welcome Senator Dyck, from Saskatchewan, who was appointed to the Senate last week. We are delighted that she is a member of this committee.

Le président : Je veux souhaiter la bienvenue au sénateur Dyck, de la Saskatchewan. Elle a été nommée au Sénat la semaine dernière, et nous sommes heureux qu'elle fasse maintenant partie de notre comité.

Senator Cochrane: Mr. Bogyo, your brief mentions section 6.4.2 in volume 1 of a study that suggests some workers' compensation boards are more reluctant than others to provide mental health disability benefits. Would you explain that to me?

Le sénateur Cochrane : Monsieur Bogyo, dans votre mémoire vous faites allusion à la section 6.4.2 du volume 1 d'une étude qui indique que certaines commissions d'indemnisation des accidentés du travail hésitent plus que d'autres à offrir des prestations d'invalidité pour les maladies mentales. Pouvez-vous m'en dire plus?

Mr. Bogyo: That was from volume 1 of this committee's report, which quoted a report done for the Yukon, if I remember correctly. It simply laid out the legislative provisions. It is not that the boards are reluctant to provide that benefit but that the legislators have made rulings appropriate for their jurisdictions in respect of the extent to which stress or certain kinds of mental illness will be covered under their legislation.

M. Bogyo : Cela se trouvait dans le volume 1 du rapport du comité, qui citait un rapport rédigé pour le Yukon, si je me souviens bien. On y exposait simplement les dispositions législatives. Ce n'est pas tant que les commissions hésitent à offrir de telles prestations, mais plutôt que les législateurs ont adopté des règles qui conviennent à leur situation pour déterminer dans quelle mesure le stress ou certains types de maladie mentale seront couverts par la loi.

That is a choice of the legislators, and the workers' compensation boards are the administrators of the legislation. My comment was that the table in the report shows the range of legislative differences. It is not reluctance on the part of the boards to provide the benefit, because the boards do what the legislation tells us to do. We are the body that gives life to the legislation. The legislation drives us in the same way that the Government Employees Compensation Act, which was missing from that list, also has some influence over what is covered for federal government employees. That variability goes back to the responsibility of legislators to design legislation that is responsive to the social, political, economic, cultural and historical values that are inherent to that jurisdiction. Whether it is right is not for the boards to say. It is our job to administer that legislation. It is not a matter of reluctance. If the legislation says that we cover it, then indeed it would be covered by us.

Ce choix relève des législateurs; les commissions d'indemnisation des accidentés du travail se contentent d'administrer la loi. Le tableau du rapport montrait l'éventail des écarts législatifs. Il ne s'agit pas d'hésitation de la part des commissions, car les commissions ne font que ce que la loi leur dit de faire. Nous sommes la manifestation concrète de la loi. La loi nous régit tout comme la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qui ne figurait pas sur cette liste, influe sur ce qui est couvert pour les employés fédéraux. Les différences découlent de la responsabilité qu'ont les législateurs de concevoir des lois qui reflètent les valeurs sociales, politiques, économiques, culturelles et historiques inhérentes à leur compétence. Il n'appartient pas à la commission de dire si cela est bien ou mal. Notre tâche est d'administrer la loi. Ce n'est pas une question d'hésitation. Si la loi dit que quelque chose est inclus, nous allons l'accepter.

Senator Cochrane: I do not know if this is a fair question: Frequently, we hear on the news about people losing more time at work because of stress. Stress is having an effect on the work per se. Do you see that?

Le sénateur Cochrane : Je ne sais pas s'il est juste de vous poser cette question. Souvent, nous entendons à la radio ou à la télévision que les travailleurs perdent plus de temps en raison du stress. Le stress a un effet sur l'efficacité au travail. Est-ce que vous le constatez?

Mr. Bogyo: We have approximately 2,200 employees. Certainly we have a concern about "presenteeism." We believe that the wellness of our workforce is so important that we have initiated

M. Bogyo : Nous avons environ 2 200 employés. Nous ne pouvons pas ignorer les dangers du « présentéisme ». Nous accordons tant d'importance au bien-être de notre main-d'œuvre

an employee assistance program. We call it an "employee and family assistance program" because we believe that the family should have access to the services without having to worry about going through the employee directly. We send messages home via fridge magnets. We believe so strongly in this that we have introduced a new program for our employees to model what we think is an appropriate employee safety, health and wellness program to encourage that. Certainly we see reports of stress-related effects. Nationally and internationally, we see more of it in the workers' compensation field. The report of the National Institutes for Occupational Safety and Health is a wonderful, free publication on work-related stress. In the U.S. not many cases of work-related stress are covered, but clearly, it is an issue that even the NIOSH are trying their best to ameliorate.

que nous avons mis sur pied un programme d'aide aux employés. Nous avons précisé qu'il s'agissait d'un programme d'aide aux employés et à leurs familles, car nous voulons la famille puisse avoir accès aux services sans s'inquiéter de faire intervenir directement l'employé. Nous diffusons des messages dans les foyers au moyen d'aimants à poser sur les réfrigérateurs. Nous tenons tellement à ce principe que nous avons adopté un nouveau programme pour nos employés, pour offrir comme modèle ce qui nous paraît être un programme approprié pour promouvoir la sécurité, la santé et le bien-être des employés. Nous constatons certainement les effets du stress. Au pays et à l'étranger, cette question prend de plus en plus d'importance dans le domaine de l'indemnisation des accidentés du travail. Le rapport des National Institutes for Occupational Safety and Health est une excellente source d'information au sujet du stress lié au travail, et il est distribué gratuitement. Aux États-Unis, peu de régimes admettent les cas de stress lié au travail, mais de toute évidence il s'agit d'un problème que même les NIOSH tentent d'atténuer.

Senator Cochrane: Do you know of any companies that place an emphasis on the kinds of programs that your organization has put in place for employees and their families?

Le sénateur Cochrane : Savez-vous si certaines entreprises s'inspirent des programmes que votre organisation a créés à l'intention de ses employés et de leurs familles?

Mr. Bogyo: Yes. I would hate to single them out, but I will say that this is a growing trend. You will find it in the human resource literature at the American Association of State Compensation Insurance Funds conference last summer in Minneapolis. One of the keynote addresses was about wellness, particularly within the organizations. We saw similar reports at the Workers' Compensation Summit in Sydney, Australia, last year. The International Association of Industrial Accidents Boards and Commissions had a special leadership seminar this year in Omaha on exactly this topic.

M. Bogyo : Oui. Je ne veux pas en nommer, mais je sais que cette tendance est de plus en plus marquée. Vous le constaterez dans la documentation sur les ressources humaines publiée issue de la conférence de l'American Association of State Compensation Insurance Funds, qui s'est tenue l'été dernier à Minneapolis. Un des discours-programmes était consacré au mieux-être, notamment au sein des organisations. Nous avons vu des rapports similaires au Workers' Compensation Summit, à Sydney, en Australie, l'an dernier. L'International Association of Industrial Accidents Boards and Commissions a justement consacré tout un séminaire au thème du leadership cette année, à Omaha.

There is a growing recognition among employers that mental health and wellness, the balance in people's lives, is something that we need to value and encourage. We at the WCB in British Columbia believe that we should model that for the employer community as well as doing it for our own employees.

Les employeurs sont de plus en plus conscients que la santé mentale et le mieux-être, l'équilibre dans la vie des travailleurs, sont des aspects que nous devons apprécier et encourager. À la WCB de la Colombie-Britannique, nous croyons qu'il nous faut présenter un modèle de ce type à la communauté des employeurs et l'adopter pour nos propres employés.

Senator Cochrane: We have also heard from witnesses in Toronto about how organizations, employers and so on, should be more cognizant of the fact that for some of these people who are undergoing a lot of stress and mental disorders, schedules should be allocated differently. For instance, rather than a nine-to-five job they can probably work from nine to three or nine to twelve and they accommodate them, knowing full well that they have a few difficulties that others do not. Do you see anything like that happening?

Le sénateur Cochrane : À Toronto, nous avons entendu des témoins souligner que les organisations, les employeurs, et cetera, devraient être sensibilisés au fait qu'il faut modifier les horaires pour certains de ces travailleurs qui souffrent d'un stress considérable ou de maladie mentale. Par exemple, plutôt que de les faire travailler de neuf heures à dix-sept heures, on pourrait sans doute leur demander de travailler de neuf heures à quinze heures ou de neuf heures à midi, répondre à leurs besoins parce qu'ils éprouvent des difficultés que d'autres ne connaissent pas. Est-ce que cela se fait?

Mr. Bogyo: My first career and part of my credentials was as a vocational rehabilitation consultant, someone who works with individuals. Within our own program at workers' compensation in British Columbia, we have a strong return-to-work program. If people are suffering from a mental illness or a physical one,

M. Bogyo : Au début de ma carrière, et cela fait partie de mes états de service, j'étais consultant en réadaptation professionnelle, c'est-à-dire que je travaillais avec les gens eux-mêmes. Au WCB de la Colombie-Britannique, nous avons un solide programme de retour au travail. Si quelqu'un éprouve des difficultés d'ordre

regardless of whether it occurred at work or because they have some other problem, we will do what we can to make an adjustment, an accommodation for them in our workplace.

Recently, I had a person working with me for about a year who was dying of cancer. She did not want to be at home with her teenage son. She would rather be with people. We made an accommodation and she worked with me up to the week before she died. My assistants and I developed quite a friendship with her. It was hard, but it was also very valuable for her, and, I think, for the people in my group. It was very gratifying.

The Chairman: Just one quick question on your responses to Senator Cochrane. I assume that the kind of program for your employees that you talked about, whether dealing with stress on the job or helping to avoid it, was not in terms of them as WCB claimants, but under the capacity of the WCB's employer-sponsored health plan. Is that right?

Mr. Bogyo: That is correct. We believe we must walk the walk and we do believe in disability management. We believe in return-to-work. We believe that work is a valuable part of everyone's life, and if we believe in wellness, whether it is work related or non-work related, we want to model that. We are doing it as a good employer, but also because it reflects our values at workers' compensation.

The Chairman: I assume you have a private insurer of some kind from whom you buy a policy.

Mr. Bogyo: We do for the long-term disability payments, but we have our own return-to-work staff who work with our employees regardless of whether it is work-related or non-work-related injuries; and we do get both. We have our own wellness program, which is run by our human resources department. We have our own fitness program, which is run by volunteers from our own staff.

The Chairman: You self-fund your own short-term disability program? It is not insured?

Mr. Bogyo: It is all self-funded. Our insured program is a third-party administered flow-through cost.

Senator Pépin: I see you have a prevention program, you have different programs like — I will read it in English — mental wellness, intellectual wellness, spiritual wellness. I also see that you have a program in the schools in collaboration with the Ministry of Education. I would really like you to elaborate on it a little because it seems quite interesting.

Mr. Bogyo: This is a very interesting area, and one that we are very proud to be involved in. We believe that the next generation of workers needs to be safe, to have the right attitudes, the right beliefs regarding safety and prevention. With the Ministry of

mental ou physique, que le problème soit lié au travail ou à d'autres causes, nous faisons ce que nous pouvons pour l'aider à s'adapter à notre lieu de travail.

Récemment, une employée qui travaillait avec moi depuis à peu près un an souffrait d'un cancer très avancé. Elle ne voulait pas rester à la maison avec son fils adolescent. Elle préférait être au milieu des gens. Nous avons pris certaines dispositions et elle a pu travailler avec moi jusqu'à la dernière semaine avant son décès. Mes assistants et moi-même avons établi des liens d'amitié avec elle. C'était une situation difficile, mais je crois qu'il était important pour elle, mais aussi pour les membres de mon groupe, de pouvoir continuer à travailler. Cette expérience nous a beaucoup apporté.

Le président : J'aimerais poser une petite question au sujet des réponses que vous avez fournies au sénateur Cochrane. Je suppose que le type de programmes dont vous venez de parler, qui sont offerts à vos employés, qu'il s'agisse de stress au travail ou de prévention du stress, ne s'adressent pas aux clients du WCB, mais plutôt à ses employés, et que le WCB est ici l'employeur qui parraine un régime de santé. Est-ce exact?

M. Bogyo : C'est exact. Nous croyons que nous devons prêcher par l'exemple et nous sommes partisans de la gestion de l'incapacité. Nous reconnaissons l'importance du retour au travail. Nous croyons que le travail est un aspect précieux de la vie de tous et nous reconnaissons l'importance du mieux-être, que cela soit lié au travail ou non. C'est ce que nous voulons offrir comme modèle. Nous agissons ainsi parce que nous voulons être un bon employeur, mais aussi parce que cela reflète les valeurs de notre organisation.

Le président : J'imagine que vous achetez une police auprès d'un assureur privé.

M. Bogyo : Oui, pour les prestations d'invalidité à long terme, mais nous avons notre propre personnel pour le retour au travail, du personnel qui travaille avec nos employés, que leurs blessures soient ou non liées au travail; nous faisons les deux. Nous avons notre propre programme de mieux-être, administré par notre service des ressources humaines. Nous avons notre propre programme de conditionnement physique, administré bénévolement par des membres de notre personnel.

Le président : Vous autofinancez votre programme d'invalidité à court terme? Vous n'avez pas d'assurance?

M. Bogyo : Tout est autofinancé. Notre programme assuré est administré par un tiers sur une base d'acheminement des coûts.

Le sénateur Pépin : Vous avez un programme de prévention, vous avez divers programmes comme — et je lis — mieux-être mental, mieux-être intellectuel, mieux-être spirituel. Je constate aussi que vous gérez un programme en milieu scolaire, en collaboration avec le ministère de l'Éducation. J'aimerais que vous nous en parliez un peu, parce que cela paraît fort intéressant.

M. Bogyo : C'est un secteur très intéressant, et nous sommes très fiers de pouvoir y intervenir. Nous croyons que la prochaine génération de travailleurs devra manifester des attitudes sécuritaires et saines, elle devra avoir des convictions en matière

Education, from kindergarten right through to graduation, we have integrated into the curriculum programs about workplace safety and safety generally.

I would be very happy to send the committee one of our resource books, particularly for the high school group, but this is not unique in Canada. In Prince Edward Island they use a mascot called Stella the Safety Skunk, because "Getting Hurt Really Stinks!" The idea is to focus children from the earliest stage on the idea of safety and prevention. In British Columbia we have introduced a character called Work Safe Sam, who is a cuddly individual, wears a hard hat and looks a bit like a smurf. He now comes to parades and events to try to make the idea of safety more attractive and accessible to children and families. We believe it is society that has to change attitudes, in the same way that your report speaks about society changing attitudes towards mental illness and addiction.

Senator Pépin: They start in kindergarten, which I think is great, because they become aware of what they should do and things like that at an early age. I would like to see a copy of it.

Mr. Bogyo: I would be happy to send the committee some of our resources for the kindergarten through high school program.

The Chairman: That will be very helpful.

Senator Gill: I just want to know if this program applies to First Nations people.

Mr. Bogyo: Does the program apply to them? The education program?

Senator Gill: Education and the others, the compensation?

Mr. Bogyo: The education and the compensation programs apply to First Nations people as well. They are covered by workers' compensation. We get claims from that sector. We work with local bands. Some of our offices are located in areas where there is a high concentration of First Nations individuals, and our prevention officers, adjudicators and rehabilitation officers develop a relationship with the band to help workers get back to work and to prevent injuries.

Senator Gill: That means you are on reserve and off reserve?

Mr. Bogyo: Yes, some on-reserve employment is covered. It is not excluded.

The Chairman: In winding up, I will make three or four points on the basis of what you said and ask you if I am right or wrong. Number one is that, by and large, the increasing rate of mental illness among Canadians is not covered by WCB, simply because WCB was never meant to cover anything except on-the-job injuries. As you pointed out from the Oregon and California data,

de sécurité et de prévention. Avec le ministère de l'Éducation, du jardin d'enfance jusqu'à la fin des études secondaires, nous avons intégré dans les programmes scolaires un volet de sensibilisation à la sécurité en milieu de travail.

Je serai très heureux de faire parvenir au comité un de nos ouvrages-ressources, en particulier pour le niveau secondaire, mais nous ne sommes pas les seuls à agir dans ce domaine au Canada. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, on a créé une mascotte baptisée Stella, une moufette qui prône la sécurité, parce que « c'est dégoûtant d'avoir mal! » Il s'agit d'attirer l'attention des jeunes enfants sur la sécurité et la prévention. En Colombie-Britannique, nous avons un petit personnage qui s'appelle Work Safe Sam, une créature amicale qui porte un casque de sécurité et ressemble un peu à un Schtroumpf. Il participe maintenant à des défilés et à des manifestations pour rendre la notion de sécurité plus attrayante et plus accessible aux yeux des enfants et de leurs familles. Nous croyons que c'est la société qui doit changer les attitudes, tout comme vous parlez, dans votre rapport, de la société qui doit changer les attitudes à l'égard de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Le sénateur Pépin : L'intervention commence au jardin d'enfance, et je crois que c'est excellent, parce que les enfants apprennent très tôt ce qu'ils devraient faire. J'aimerais en avoir un exemplaire.

M. Bogyo : Je ferai parvenir au comité certains de nos documents au sujet du programme du jardin d'enfance à la fin des études secondaires.

Le président : Cela nous sera très utile.

Le sénateur Gill : J'aimerais savoir si ce programme cible aussi les membres des Premières nations.

M. Bogyo : Est-ce que le programme s'applique à eux? Le programme d'éducation?

Le sénateur Gill : Celui-là et les autres, l'indemnisation.

M. Bogyo : Les programmes d'éducation et d'indemnisation s'adressent aussi aux membres des Premières nations. Les Autochtones sont couverts par la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail. Nous recevons des demandes de ce secteur. Nous travaillons avec les bandes. Certains de nos bureaux sont situés dans des régions où il y a une forte proportion de membres des Premières nations, et nos agents de la prévention, nos arbitres et nos agents de réadaptation établissent des rapports avec la bande pour aider les travailleurs à reprendre le travail et à prévenir les accidents.

Le sénateur Gill : Est-ce que cela signifie que vous êtes dans les réserves ou à l'extérieur?

M. Bogyo : Certains types d'emploi dans les réserves sont visés. Ils ne sont pas exclus.

Le président : Pour terminer, j'aimerais revenir sur trois ou quatre points, d'après ce que vous nous avez expliqué. Vous me direz si j'ai tort ou raison. Premièrement, en règle générale, la fréquence croissante de la maladie mentale chez les Canadiens n'est pas du ressort du WCB, simplement parce que l'organisation n'a jamais eu pour mandat de s'occuper d'autre chose que des

expanding WCB coverage to include all forms of mental illness, particularly stress-related illness, would have a significant economic impact. That would indicate that if this committee is to look at changing the system for helping people with these kinds of problems, we have to look elsewhere than the WCB, because of the economic implications and because it is a much broader employer question than simply an on-the-job issue.

accidents de travail. Comme vous l'avez mentionné au sujet des données de l'Oregon et de la Californie, l'élargissement de la couverture du WCB de façon à englober toutes les formes de maladie mentale, en particulier celles dues au stress, pourrait avoir un impact économique considérable. C'est donc dire que si notre comité envisage de modifier le système pour aider les gens qui souffrent de ce genre de problèmes, il doit chercher ailleurs qu'au WCB, en raison des conséquences économiques et parce qu'il s'agit pour les employeurs d'une question qui ne se limite pas au milieu de travail.

That then indicates that we need to look in some detail at what various employers are doing to help their employees deal with occupational stress. Is that a reasonable conclusion?

Il nous faut donc examiner un peu plus en détail ce que font divers employeurs pour aider leurs employés à lutter contre le stress dû au travail. Est-ce que cela est une conclusion raisonnable?

Mr. Bogyo: I think that is a very reasonable conclusion. I might add that I have heard others propose that programs and services be available from collectives of employers, because we are dealing with a lot of small employers who do not have access to these services. If there was infrastructure in place, clearly that would have the benefit of creating a healthier workforce.

M. Bogyo : Je crois que c'est une conclusion très raisonnable. Permettez-moi d'ajouter que j'ai entendu d'autres intervenants proposer que les employeurs se regroupent pour offrir des programmes et des services, parce que nous faisons affaire avec un grand nombre de petits employeurs qui n'ont pas accès à ces services. L'instauration d'une infrastructure pourrait, de toute évidence, favoriser la santé de la main-d'œuvre.

The Chairman: Right. That would not be a classic group plan, which is for a group of employees of a single employer; you would have a group plan where the group was a collection of employers.

Le président : Bien. Il ne s'agirait pas d'un régime collectif classique, qui s'adresse à un groupe d'employés d'un même employeur; vous voudriez créer un régime collectif pour un ensemble d'employeurs.

Mr. Bogyo: That is a proposal I have heard. Again, it is beyond our scope.

M. Bogyo : C'est une des propositions dont j'ai pris connaissance. Là encore, nous n'avons pas d'autorité dans ce domaine.

The Chairman: I am still struck by the Australian data. If you could let us know where you got that number, I would love to get as much detail behind it as possible.

Le président : Les données de l'Australie me reviennent constamment à l'esprit. Est-ce que vous pouvez nous dire d'où viennent ces chiffres? J'aimerais voir autant de détails que possible à ce sujet.

Mr. Bogyo: It comes from two sources. One is a press report from Australia; I would be happy to send the actual clipping to the committee. I believe there was also a presentation in Australia that my colleague, the vice-president of review and investigations, Roberta Ellis, attended about a month ago. I will see if I can get any additional data on that.

M. Bogyo : Ces données viennent de deux sources. L'une est un rapport de presse de l'Australie; je vous enverrai avec plaisir les découpures de presse. Je crois aussi qu'un exposé a été présenté en Australie. Ma collègue Roberta Ellis, vice-présidente à l'examen et aux enquêtes, y a assisté il y a environ un mois. J'essayerai de trouver plus d'information à ce sujet.

The Chairman: That would be great. My last question is, since the Canadian act covers many of the things that the provincial acts do not, have you seen any data on the cost of the Canadian plan? There would not be any data on Canada, I would guess, because everyone assumed that the provincial statute set the terms, so there would be very few claims under the Canadian act. Is that correct?

Le président : Cela nous aiderait beaucoup. Et voici ma dernière question. Puisque la loi canadienne couvre nombre des aspects que les lois provinciales ne couvrent pas, avez-vous recueilli des données au sujet du coût du régime canadien? J'imagine qu'il n'existe pas de données pour le Canada, car on suppose généralement que les lois provinciales définissent les conditions, alors très peu de demandes seraient présentées en vertu de la loi canadienne. Est-ce que c'est exact?

Mr. Bogyo: I think that would be true. It would be very difficult to isolate the actual costs of the claims from Canadian data. If you did, perhaps it would be shaded because of the perception that the Government Employees Compensation Act was no broader than the workers' compensation act of a given province.

M. Bogyo : Je crois que oui. Il serait très difficile de calculer les coûts réels de l'indemnisation au moyen des données canadiennes. Si vous le faisiez, cela serait peut-être faussé parce que l'on croit généralement que la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État n'a pas plus de portée que les diverses lois provinciales sur l'indemnisation des accidentés du travail.

The Chairman: In our other study, on the physical care, hospital-doctor system, we found that the Australian data are pretty comparable to Canada's, not in absolute dollars, but in terms of percentages of various claims and the federal-provincial split, or the federal-state split in their case.

Thank you very much for coming. I appreciate you coming all the way from the West Coast; you were very helpful.

Mr. Bogyo: Thank you very much.

The Chairman: The next panel of witnesses is from the Canadian Medical Association, the Canadian Psychiatric Association and the Canadian Paediatric Society.

We have Dr. Albert Schumacher, President of the Canadian Medical Association; Dr. Blake Woodside, President of the Canadian Psychiatric Association; and Dr. Diane Sacks, past president of the Canadian Paediatric Society, who appeared before us in the early stages of this study. We will ask the witnesses to make their opening statement and then we will turn to questions to the panel as a whole.

Dr. Diane Sacks, Past President, Canadian Paediatric Society: Thank you, it is good to be back.

I would like to say that there are a tremendous number of positives about the work that this committee has done, and I have been following it closely. However, I would waste my time here if all I did was pat you on the back and say "Bravo." Indeed, you did not ask for that.

I address you as immediate past president of the Canadian Paediatric Society. Our society represents about 2,000 people, almost all of the country's pediatricians and many of our country's hospital-based pediatricians.

Pediatrics is a developmental and preventive health specialty whose practitioners spend four years after medical school focusing on infant, child and adolescent conditions. Many spend a large part of their consultant and primary care time addressing mental health issues. We are perfectly situated to rule out physical conditions that mimic psychiatric disorders and to follow medical treatments instituted by our colleagues in child and adolescent psychiatry. Our expertise in developmental and behavioural norms is a bonus, yet pediatricians are often ignored in provincial plans organized to address the mental health problems of children and adolescents.

The greatest omission in the work that I see is that it fails to stress the reality that most of the mental health disorders affecting Canadians today begin in childhood and adolescence. Failure to recognize this fact leads us to dealing with a stage-four cancer, often with major secondary effects, instead of a stage-one or

Le président : Dans l'autre étude que nous avons réalisée au sujet des soins physiques, du système hospitalier et médical, nous avons conclu que les données australiennes étaient fort comparables à celles du Canada, non pas en termes de montants absolus, mais de pourcentages des divers types de demandes et de la répartition fédérale-provinciale ou, pour l'Australie, fédérale-étatique.

Je vous remercie beaucoup d'être venu. Vous êtes venu de loin, mais votre contribution nous sera très utile.

M. Bogyo : Merci beaucoup.

Le président : Les témoins du prochain groupe représentent l'Association médicale canadienne, l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne de pédiatrie.

Nous accueillons le Dr Albert Schumacher, président de l'Association médicale canadienne; le Dr Blake Woodside, président de l'Association des psychiatres du Canada et la Dre Diane Sacks, présidente sortante de la Société canadienne de pédiatrie, qui a déjà témoigné aux premières étapes de notre étude. Nous demandons aux témoins de nous présenter leur déclaration préliminaire, puis nous leur poserons des questions.

La docteure Diane Sacks, présidente sortante, Société canadienne de pédiatrie : Merci, je suis heureuse d'être à nouveau ici.

Je tiens à dire que les travaux de votre comité ont de nombreux aspects positifs, et je les suis de près. Je ne suis toutefois pas venue ici pour vous encenser. Ce n'est d'ailleurs pas ce que vous m'avez demandé.

Je suis ici à titre de présidente sortante de la Société canadienne de pédiatrie. Notre société compte environ 2 000 membres, soit presque tous les pédiatres du Canada, dont bon nombre travaillent dans les hôpitaux de notre pays.

La pédiatrie est une spécialité médicale axée sur le développement et la prévention, et ses praticiens étudient encore pendant quatre ans après avoir obtenu leur diplôme de médecine, en se concentrant sur les nourrissons, les enfants et les adolescents. Ils sont nombreux à consacrer une grande partie de leur temps de consultation et de soins primaires à traiter des problèmes de santé mentale. Notre pratique est le lieu idéal pour écarter toute affection physique qui se manifeste sous forme de troubles psychiatriques et pour appliquer des traitements médicaux institués par nos collègues pédopsychiatres et psychiatres de l'adolescence. Notre expérience des normes de développement et de comportement constitue un atout supplémentaire, mais pourtant les pédiatres sont souvent oubliés par les régimes provinciaux lorsqu'il s'agit de régler les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents.

Ce que je déplore le plus dans le travail en cours, c'est que personne n'insiste sur le fait que la plupart des troubles de santé mentale dont souffrent les Canadiens aujourd'hui ont débuté dans l'enfance ou l'adolescence. Faute de reconnaître cette réalité, nous devons traiter un cancer de phase quatre, souvent avec

stage-two disease. Like obesity, mental health issues, if not addressed early in life, threaten to bankrupt our health care system.

It also neglects the success of current approaches that are already in place in communities being practiced by child developmental, behavioural and health experts. Pediatricians, psychologists, social workers and pediatric nurse practitioners, with collaboration from schools, family doctors and our colleagues in child and adolescent psychiatry, screen, identify and can successfully treat these conditions and some of the disorders that we worry about up to 70 per cent of the time. Lack of support for these approaches is dooming them to failure.

The society has submitted a response to the committee's report, some of which I would wish to elaborate on. It is positive to recognize that children and adolescents with mental health disorders are in fact "the orphan's orphan." Recognizing that the majority of adolescent mental health disorders — depression, anxiety, ADD, LD — being scientifically genetic in origin, begin in our young and do not go away, it is vital to take the next step. We should target youth identification and treatment. Child and adolescent disease should be understood as the precursor of adult disorders, and not stand alone as an orphan. It should in fact be a priority.

It is positive to recognize that services need to be involved in the school system. The next step is to recognize that we are now able to offer available, inexpensive, easy-to-apply and validated tools for identifying many of these disorders in children. These tools need to be utilized in a high risk, definable population identified within the school system.

What is this population? These are the children who are frequently absent, failing or dropping out. They need to be tagged and automatically screened for mental health disorders. We do not need to wait until they are in prisons to test them and find out, as they did in the U.S., that up to 80 per cent of prison residents have diagnosable conditions.

It is imperative that family doctors be taught to identify and tag for screening all children of parents with these disorders. Ministries of education need to be included in provincial mental health strategies. We need to recognize that services need to be community based; and in doing so, we need to recognize that treatments are done in communities, many by experts, many of whom are already in place and can, with educational support and appropriate remuneration, address these problems.

The current situation does not recognize the available professionals who are already working effectively on these disorders. It leads us to the problem of inequitable access in the community.

d'importants effets secondaires, plutôt qu'une maladie de phase un ou deux. Comme l'obésité, les questions de santé mentale, si elles ne sont pas traitées dans l'enfance, menacent de mener à la ruine notre système de soins de santé.

On ne reconnaît pas non plus le succès des approches que les spécialistes du développement, du comportement et de la santé des enfants utilisent déjà dans les collectivités. Les pédiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmières pédiatriques, en collaboration avec les écoles, les médecins de famille et nos collègues de la pédopsychiatrie, consacrent jusqu'à 70 p. 100 du temps à vérifier, à détecter et à traiter avec succès ces états et certains des troubles qui nous inquiètent. Faute de soutien, ces approches sont vouées à l'échec.

La société a répondu au rapport du comité, et j'aimerais développer certains aspects de notre réponse. Il est positif de reconnaître que les enfants et les adolescents qui ont des troubles de santé mentale sont en fait « doublement orphelins ». Il faut maintenant passer à l'étape suivante et reconnaître que la majorité des troubles de santé mentale des adolescents — la dépression, l'anxiété, les troubles déficitaires de l'attention, les difficultés d'apprentissage — sont d'origine génétique, qu'ils commencent dans l'enfance et qu'ils ne finissent pas par disparaître. Nous devrions concentrer le dépistage et le traitement des jeunes. Les maladies des enfants et des adolescents doivent être comprises à titre de précurseurs des troubles des adultes et non pas en eux-mêmes, comme des orphelins. Cela devrait, de fait, constituer une priorité.

Il est positif de reconnaître qu'il faut offrir les services en milieu scolaire. L'étape suivante consiste à reconnaître qu'il existe maintenant des outils peu coûteux, faciles à utiliser et déjà validés pour dépister nombre de ces troubles chez les enfants. Ces outils doivent être utilisés auprès d'une population à haut risque, qu'il est possible de définir dans le système scolaire.

Qui compose cette population? Ce sont les enfants souvent absents, ceux qui échouent ou qui décrochent. Il faut les repérer et vérifier automatiquement leur état de santé mentale. Il n'est pas nécessaire d'attendre qu'ils soient en prison pour les tester et constater, comme cela s'est fait aux États-Unis, que près de 80 p. 100 des détenus sont atteints d'une maladie qui aurait pu être diagnostiquée.

Il est impérieux que les médecins de famille apprennent à repérer et à faire tester tous les enfants de parents qui souffrent de tels troubles. Les ministères de l'Éducation doivent contribuer aux stratégies provinciales en matière de santé mentale. Il nous faut reconnaître que les services doivent être communautaires; les traitements doivent être offerts dans la collectivité, souvent par des spécialistes, dont d'ailleurs un bon nombre sont déjà installés et pourraient, avec un soutien éducatif et une rémunération adéquate, s'attaquer à ces problèmes.

Dans le contexte actuel, on ne reconnaît pas la présence de professionnels qui luttent déjà efficacement contre ces troubles. L'accès est donc inéquitable dans la collectivité.

We have to recognize that many of the experts and known successful treatments are currently available only to those who can pay. Those experts based in hospitals or clinics often have waiting lists over a year long. That, in fact, is the current wait list for OHIP-covered anxiety treatment at the Hospital for Sick Children.

New funding for regulated health professionals willing to work with these children and their families needs to be made available. The shortage of pediatricians initiating and following medical treatment, as well as other treatments of mild to moderate cases, and the extreme shortage of child and adolescent psychiatrists to help with the most difficult cases, especially in rural areas, also makes accessibility anything but equitable.

We need to recognize, as you did in your report, that an adolescent suicide crisis exists today in Canada. As well, we have to recognize that diagnosing adolescent depression, which is the foremost precursor of adolescent suicide, is possible today, and medical and psychotherapeutic treatments are known to be effective in up to 60 per cent of cases. A study produced in the United States was concurrent with their statistics showing suicide rates in the United States have dramatically dropped with some of these therapies.

Therefore, as noted in the reports, Canada needs a national strategy to address mental health issues. We must recognize how much public support there is for national action in this area, especially if it aims at helping our young. Huge numbers of families affected by mental health issues feel isolated and desperate, and with lack of screening and diagnosis, parents often think they are failing. Most families with adults with these disorders realize that their loved ones have been ill since childhood and wish they had known what was going on.

We recommend a national institute of mental health. We need that institute to conduct a high-profile public education campaign. We need to coordinate and support initiatives that are currently under way, eliminating duplication or, worse, the neglect of successful programs. We need to oversee funding into research on new therapies and innovative ways to collaborate with our child and adolescent psychiatric colleagues and institute special educational grants to increase the number of professionals doing this work.

This institute needs to support pharmacological research in children and youth in this area. Lack of drug testing in pediatrics makes these patients the orphan's orphan, so federal drug regulators must be included. We need the institute to coordinate the organized sharing of programs that are working across the country through regular meetings and to disseminate this information and new research through supported publications. Such a plan could facilitate the sharing of information on these

Il nous faut reconnaître qu'actuellement, nombre de spécialistes et de traitements sont disponibles seulement pour ceux qui ont les moyens de payer. Les listes d'attente pour consulter ces spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux ou les cliniques ont souvent plus d'un an. C'est la durée de l'attente pour le traitement de l'anxiété couvert par la RAMO à l'hôpital pour enfants à Toronto.

Il faut débloquer de nouveaux fonds pour réglementer les professionnels de la santé qui sont prêts à travailler auprès de ces enfants et de leurs familles. La pénurie de pédiatres qui prescrivent et supervisent les traitements médicaux et d'autres traitements pour les cas légers ou moyens, et l'extrême pénurie de pédopsychiatres et de psychiatres pour adolescents qui pourraient intervenir dans les cas les plus difficiles, en particulier en région rurale, ajoute à l'inégalité de l'accès aux soins.

Il nous faut reconnaître, comme vous l'avez fait dans votre rapport, qu'il y a actuellement une épidémie de suicide chez les adolescents au Canada. En outre, nous devons reconnaître qu'il est possible, aujourd'hui, de diagnostiquer la dépression chez les adolescents. La dépression est le principal précurseur du suicide dans ce groupe d'âge, et il existe des traitements psychothérapeutiques qui sont efficaces dans 60 p. 100 des cas. Une étude réalisée aux États-Unis a confirmé les statistiques américaines montrant que les taux de suicide dans ce pays ont radicalement diminué grâce à certaines de ces thérapies.

Par conséquent, comme le signalent les rapports, le Canada a besoin d'une stratégie nationale pour s'attaquer aux questions de santé mentale. Nous devons reconnaître que la population est dans une large mesure en faveur d'une intervention nationale dans ce secteur, en particulier s'il s'agit d'aider nos jeunes. Un très grand nombre de familles touchées par la maladie mentale vivent dans l'isolement et le désespoir, et faute de tests et de diagnostics, les parents ont souvent l'impression que ce sont eux qui ont échoué. La plupart des familles où des adultes sont atteints de ces maladies se rendent compte que ceux qu'elles aiment sont malades depuis l'enfance et elles auraient bien voulu être informées de ce qui se passait.

Nous recommandons la création d'un institut national de la santé mentale. Il nous faut cet institut pour mener une campagne d'éducation publique de grande visibilité. Il nous faut coordonner et appuyer des initiatives en cours, éliminer le double emploi ou, pire encore, la sous-utilisation de programmes efficaces. Nous devons superviser le financement accordé à la recherche sur les nouvelles thérapies et les méthodes innovatrices de collaboration avec les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence, il nous faut instituer des bourses d'études spéciales pour accroître les effectifs professionnels dans ce domaine.

Cet institut devra appuyer la recherche pharmacologique dans le domaine de l'enfance et de l'adolescente. Faute de médicaments testés en pédiatrie, ces patients sont doublement orphelins, et les organismes fédéraux de réglementation des médicaments doivent être inclus. Nous avons besoin de cet institut pour coordonner la mise en commun, dans le cadre de rencontrer régulière, de programmes qui sont efficaces dans l'ensemble du pays et pour diffuser cette information et les résultats de la recherche dans les

conditions in a timely way to help to avoid the recent fiascos of recalling or black-boxing medications without warning to front-line workers, so patients simply stop their medications without notice.

The committee needs to understand that failure to address problems of mental health disorders at the beginning, before years of isolation, failure and social dysfunction, leads to self-medication with drugs and alcohol, bullying behaviours, low self-esteem, other antisocial behaviour and, all too often, unfortunately, suicide. As well, we need to educate and remunerate professionals so that they can work effectively in this area and to ensure that they are accessible to all. We need to remember that there are many people working in this area who are experts in the field, but because of lack of organization and communication, they are not working to their fullest potential.

Dr. Albert Schumacher, President, Canadian Medical Association: Honourable senators, the Canadian Medical Association is pleased to appear before this committee once again and highlight the critical need to address mental health issues, mental illness and addiction in this country. As you are aware from our previous appearance, we made a series of recommendations to the federal government and we stand by those today. Since then, your committee has released its report on mental health, mental illness and addiction programs and policies in the country and the associated issues in the Options paper, which is comprehensive and a thorough study of both the programs and the services. Your report contains the scope and breadth of all the concerns related to mental health and mental illness.

In that context, the CMA is focusing on the role of the federal government in the areas of leadership, accessibility, accountability and availability. As we move forward, we believe that an unprecedented level of federal leadership and intergovernmental collaboration is necessary to address the epidemic of mental health problems and addictions in this country. A first step to achieving this would be to create an adequate resource, a centre for mental health within Health Canada led by an associate deputy minister. This ADM would initiate and coordinate activity across all federal departments to address federal government responsibilities to specific populations under its direct jurisdiction. That would include federal employees, Aboriginals and veterans.

The ADM would also oversee pan-Canadian policies and programs that impact on mental health, mental illness and addiction and that support the intergovernmental collaboration. This would accomplish two objectives: It would send the message that the federal government seriously intends to address the historical imbalance in the treatment of mental health and illness care and would ensure that mental health, mental illness and addiction are not seen as separate from the health care system but as a component of acute care, chronic care and public health

publications parrainées. Un tel plan pourrait faciliter la mise en commun opportune de l'information sur ces troubles, pour éviter des fiascos comme ceux qui ont récemment mené au rappel ou à la ségrégation de certains médicaments sans un avis préalable aux travailleurs de première ligne, de telle sorte que les patients ont abruptement cessé de prendre leurs médicaments.

Le comité doit être conscient qu'il faut s'attaquer aux problèmes de santé mentale dès le départ, avant que des années d'isolement, d'échec et de dysfonctionnement social ne mènent à l'automédication par les drogues et l'alcool, à des comportements abusifs, à une perte d'estime de soi, à d'autres comportements antisociaux et, malheureusement trop souvent, au suicide. En outre, il nous faut éduquer et rémunérer les professionnels pour qu'ils puissent travailler efficacement dans ce domaine et que leurs soins soient accessibles à tous. N'oublions qu'il y a de nombreux spécialistes dans ce domaine, mais que faute d'organisation et de communication, ils ne peuvent pas donner leur pleine mesure.

Le docteur Albert Schumacher, président, Association médicale canadienne : Honorables sénateurs, l'Association médicale canadienne est heureuse de témoigner à nouveau devant vous aujourd'hui, pour faire valoir la pressante nécessité de s'attaquer aux questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie dans notre pays. Comme nous vous l'avons dit lors de notre comparution précédente, nous avons adressé une série de recommandations au gouvernement fédéral et nous les réitérons aujourd'hui. Depuis notre dernière comparution, votre comité a publié son rapport sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, il a étudié les programmes et les politiques qui s'y rapportent au pays et les questions connexes dans le document résumant les options. Il s'agit d'une étude complète et approfondie des programmes et des services. Votre rapport définit la portée et la profondeur de toutes les préoccupations liées à la santé mentale et à la maladie mentale.

Dans ce contexte, l'AMC se concentre sur le rôle du gouvernement fédéral en matière de leadership, d'accessibilité, de responsabilisation et de disponibilité. Pour aller de l'avant, nous croyons qu'il faut pouvoir compter sur un leadership fédéral et une collaboration intergouvernementale sans précédents afin d'enrayer l'épidémie de problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui sévit dans notre pays. Un premier pas en ce sens pourrait être de créer une ressource adéquate, un centre de la santé mentale confié, au sein de Santé Canada, à un sous-ministre délégué. Ce sous-ministre lancerait et coordonnerait des activités dans l'ensemble des ministères fédéraux pour s'acquitter des responsabilités fédérales à l'égard de populations précises relevant de sa compétence immédiate, notamment les employés fédéraux, les Autochtones et les anciens combattants.

Le sous-ministre délégué superviserait aussi les politiques et les programmes pancanadiens qui touchent la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies et qui appuient la collaboration intergouvernementale. Le gouvernement fédéral réaliserait ainsi deux objectifs : il indiquerait sans ambiguïté sa ferme intention de s'attaquer au déséquilibre historique en matière de traitement des maladies mentales et il veillerait à ce que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie ne soient pas perçues comme en marge du système de soins de santé,

services. In terms of equitable availability, the federal, provincial and territorial governments must take a holistic approach, recognizing the interplay of health services, education, housing, income, community and the justice system in mental health and mental health care. The recent $3.2-million major health research initiative aimed at improving mental health in the workplace announced recently by the Minister of Health, and the appointment of the Hon. Michael Wilson as special adviser, is a demonstration of the leadership required.

mais plutôt comme un élément des services de soins actifs, de soins aux malades chroniques et de santé publique. Pour ce qui est de l'équité de l'accès, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent adopter une approche globale, reconnaître que les services de santé, l'éducation, le logement, le revenu, la collectivité et le système de justice ont tous un rôle à jouer en matière de santé mentale et de soins de santé mentale. La récente initiative de recherche en santé, dotée d'un budget de 3,2 millions de dollars et qui visait à améliorer la santé mentale en milieu de travail, comme l'a annoncé le ministre de la Santé, ainsi que la nomination de l'honorable Michael Wilson à titre de conseiller spécial sont une manifestation du leadership requis.

Let us talk about accessibility, which is the number one concern of patients and their families about the health care system. This is particularly true for access to mental health and addiction services and programs. The CMA has long identified accessibility as an essential issue that must be addressed in order to improve the health care system. In the National Physician Survey released in 2004, we found that 65 per cent of physicians rated access to psychiatrists as fair or poor on a national basis. However, it must be recognized that it is not only an issue of accessibility but also one of availability. Many important mental health and addiction services cannot be accessed by patients because the services are simply not available. In my hometown of Windsor, Ontario, the reorganization of health care services has resulted in a decrease in the number of acute and long-term psychiatric beds. While the population base in Essex County requires 35 psychiatrists, we have only 12. We borrow two pediatric psychiatrists for a few days each month because we do not have our own in town, let alone the five that we actually need. Our children wait up to one year for care from the local youth services program. I know that you will agree with me that this is not acceptable.

Parlons maintenant d'accessibilité. C'est la principale préoccupation des patients et de leurs familles relativement au système de soins de santé, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services et aux programmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies. L'AMC affirme depuis longtemps que l'accessibilité est une question vitale qu'il faut régler pour améliorer le système de soins de santé. L'enquête nationale réalisée auprès des médecins et dont les résultats ont été publiés en 2004 a révélé que 65 p. 100 des médecins accordaient à l'accès aux psychiatres une cote entre passable et mauvais à l'échelle nationale. Toutefois, il faut reconnaître que le problème ne tient pas seulement à l'accessibilité, mais aussi à la disponibilité. Il est impossible d'offrir de nombreux services importants en matière de santé mentale et de traitement de toxicomanie parce qu'ils ne sont tout simplement pas disponibles. Chez moi, à Windsor, en Ontario, la restructuration des services de santé a entraîné une diminution du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques actifs et à long terme. Compte tenu de la population du comté d'Essex, il nous faudrait 35 psychiatres, mais nous n'en avons que 12. Nous empruntons deux pédopsychiatres quelques jours par mois, parce que nous n'en avons pas sur place, alors que nous devrions en compter cinq. Nos enfants attendent jusqu'à un an pour recevoir des soins dans un programme local de services à la jeunesse. Je sais que vous êtes de mon avis, cette situation n'est pas acceptable.

In September 2004, the CMA released a national plan of action to address the issues of accessibility, availability and sustainability across the entire health care system. This plan for better access and better health includes recommendations such as establishing pan-Canadian wait-time benchmarks, a health human resource reinvestment fund, expansion of the continuum of care and an increase in the federal core funding commitments, all of which would have a positive impact on the access to mental health and addiction services. As noted in this report, availability is first and foremost about the people who provide quality care and the tools and the infrastructure that they need to do so.

En septembre 2004, l'AMC a publié un plan d'action national pour régler les questions d'accessibilité, de disponibilité et de viabilité dans l'ensemble du système de soins de santé. Ce plan en vue d'améliorer l'accès aux soins et de favoriser la santé comprend des recommandations tels l'établissement de normes pancanadiennes visant les délais d'attente, la création d'un fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé, l'élargissement de la gamme des soins et un renforcement des engagements fédéraux en matière de financement de base. Toutes ces mesures auraient un effet positif sur l'accessibilité des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Comme nous l'avons signalé dans ce rapport, la disponibilité se rapporte d'abord et avant tout aux personnes qui assurent des soins de qualité ainsi qu'aux outils et à l'infrastructure dont elles ont besoin pour le faire.

Mental health and illness depend upon integrated and interdisciplinary care from a variety of health care providers. The shortage of family physicians, specialists, nurses, psychologists and other professionals in the public health

La santé mentale et la maladie mentale font appel à des soins intégrés et interdisciplinaires assurés par tout un éventail de fournisseurs de soins de santé. La pénurie de médecins de famille, de spécialistes, d'infirmières, de psychologues et d'autres

system impacts our ability to deliver the care and the services. Therefore, in terms of addressing accessibility and availability, the CMA believes priority has to be given to the establishment of a national health human resource strategy to find a solution to the chronic shortage of health professionals.

I will touch on accountability. Since 2000, the first ministers and their governments have committed to reporting on numerous comparable indicators on health status, health outcomes and quality of services. Unfortunately, mental illness, despite a critical need, has received little attention in all of these reports. Of the 70 indicators that have been developed, only two directly address mental illness.

Those are potential years of life lost due to suicide and the prevalence of depression.

Also, no performance indicators related to mental health outcomes or wait times for mental health services have been included. This is yet another example of how mental illnesses and related issues are overlooked and a vicious cycle is created, since the lack of indicators makes it harder to present the case for greater attention.

Therefore, the CMA strongly supports setting national standards and targets on both resourcing and availability of mental health services and addiction treatments. The objective of these targets is to reduce the burden of mental illness, but it has to be understood that the standards and targets cannot be established until we have a clear and accurate picture of the current situation in the country. Pan-Canadian research is needed to determine the gaps in the availability of services and the wait time for accessing services across the country.

In conclusion, the Canadian Medical Association believes that in terms of the federal role in enhancing the delivery of mental health services in Canada, priority should be given to, first, establishing a strong federal office for mental health, mental illness and addiction to coordinate and collaborate on issues of accessibility and availability; second, the federal government, working with the provinces and territories, needs to develop a health human resource strategy for the field of mental health, mental illness and addiction; and third, create standards and targets to enhance the mental health system and make it more accountable to patients and the public.

In short, we need to do for mental health what we have done for public health. While SARS was the wake-up call that precipitated action in public health, the need for urgent action in mental health is no less. As a final point, I want to again stress the need for an effective, national public awareness strategy to reduce the stigma associated with mental illness and addictions in Canadian society. Until we address that stigma, too many

professionnels dans le système de santé public se répercute sur notre capacité d'offrir des soins et des services. En conséquence, pour accroître l'accessibilité et la disponibilité, l'AMC croît qu'il faut accorder la priorité à l'établissement d'une stratégie nationale de ressources humaines dans le secteur de la santé, pour trouver des solutions à la pénurie chronique de professionnels de la santé.

Je veux parler aussi de responsabilisation. Depuis 2000, les premiers ministres provinciaux et leurs gouvernements se sont engagés à présenter des rapports sur divers indicateurs comparables concernant l'état de santé, les résultats et la qualité des services. Malheureusement, la maladie mentale, malgré un besoin criant, fait figure de parent pauvre dans tous ces rapports. Parmi les 70 indicateurs mis au point, seulement deux ont directement trait à la maladie mentale.

Il s'agit d'une part des années de vie peut-être perdues en raison du suicide et d'autre part de la prévalence de la dépression.

En outre, il n'y a aucun indicateur de rendement se rapportant aux délais d'attente dans le secteur de la maladie mentale. Voilà un autre exemple de la négligence dont sont victimes la maladie mentale et les questions connexes. Cela crée un cercle vicieux, car en l'absence d'indicateurs il est difficile de démontrer qu'il faut accorder plus d'attention au problème.

En conséquence, l'AMC appuie énergiquement l'adoption de normes et de cibles nationales pour allouer des ressources aux services de santé mentale et au traitement de la toxicomanie afin d'en améliorer la disponibilité. Ces cibles ont pour but de soulager le fardeau de la maladie mentale, mais il est bien entendu qu'aucune norme ni cible ne peut être établie tant que nous n'aurons pas une idée nette de la situation actuelle au pays. Il faut réaliser des études pancanadiennes pour déterminer les carences en matière de disponibilité des services et les délais d'attente dans l'ensemble du pays.

Pour terminer, l'Association médicale canadienne croit que pour s'acquitter de son rôle en matière d'amélioration des services de santé mentale au Canada le gouvernement fédéral doit accorder la priorité à l'établissement d'un centre fédéral de la santé mentale, des maladies mentales et de la toxicomanie, qui sera chargé de coordonner et de promouvoir la collaboration dans des dossiers comme l'accessibilité et la disponibilité; deuxièmement, le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, doit mettre au point une stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie; troisièmement, il faut définir des normes et des cibles pour améliorer le système de santé mentale et le responsabiliser à l'égard des patients et de la population.

Bref, il nous faut faire pour la santé mentale ce que nous avons fait pour la santé publique. La crise du SRAS a sonné l'alarme dans le domaine de la santé publique, mais la nécessité d'une intervention urgente dans le domaine de la santé mentale est tout aussi pressante. Finalement, je tiens à souligner à nouveau qu'il faut adopter une stratégie nationale efficace pour sensibiliser la population et ainsi réduire la honte liée à la maladie mentale et

Canadians will not seek the care they need. Those who do will continue to experience societal ignorance and prejudice.

aux toxicomanies dans la société canadienne. Tant que nous n'aurons pas réglé cette question, trop de Canadiens n'oseront pas solliciter les soins dont ils ont besoin. Ceux qui le font continueront de se heurter à l'ignorance et aux préjugés de la société.

Dr. Blake Woodside, President, Canadian Psychiatric Association: Mr. Chair and senators, I am a psychiatrist. I am chairman of the board of the Canadian Psychiatric Association. The CPA represents the approximately 4,000 psychiatrists who practice in Canada. Psychiatrists are medical doctors who then receive additional training in the field of psychiatry and whose practice involves caring for those with mental illness.

Le docteur Blake Woodside, président, Association des psychiatres du Canada : Monsieur le président, mesdames et messieurs les sénateurs, je suis psychiatre. Je préside le conseil de l'Association des psychiatres du Canada. L'APC représente les quelque 4 000 psychiatres qui exercent au Canada. Les psychiatres sont des médecins qui se sont astreints à une formation supplémentaire en psychiatrie et dont la tâche consiste à aider les personnes atteintes de maladies mentales.

It is a pleasure to have another opportunity to address the committee as it continues its important work in the area of mental health in Canada. The Canadian Psychiatric Association has valued and continues to value the opportunity to participate in this process. The association, as do the others, wishes to commend the committee for the leadership role it has taken. The preliminary report is a comprehensive document and clearly sets us on a specific road for a specific journey. I will come back to that. From our perspective, we are already seeing signs that the work of the committee is starting to have an effect. There appears to be an enhanced awareness of the importance of mental health as a national policy issue, an awareness that has spread all the way to the federal minister, who has been very open recently to identifying the mental health of Canadians as an important national priority.

Je suis heureux de pouvoir à nouveau m'adresser au comité alors qu'il poursuit son important travail dans le domaine de la santé mentale au Canada. L'Association des psychiatres du Canada est reconnaissante de l'occasion qui lui a été donnée et qui lui est à nouveau offerte de participer à ce processus. Notre association, comme les autres, tient à féliciter le comité du leadership dont il fait preuve. Son rapport préliminaire est un document complet qui trace clairement la voie à suivre pour parvenir au but. J'y reviendrai. Nous croyons déjà percevoir des signes que les travaux du comité commencent à porter fruit. La santé mentale en tant que question stratégique nationale semble avoir pris de l'importance, et cette sensibilisation a atteint jusqu'au ministre fédéral, qui a très ouvertement indiqué récemment que la santé mentale des Canadiens constituait une priorité nationale.

I am also pleased to see that the medical community is coming together in a more focused manner in our various roles in improving the quality of mental health care for Canadians. If the committee achieved nothing else, that would be significant. Trying to get physicians organized is like herding cats. You have done a good job in that regard.

Je suis en outre heureux de constater que la collectivité médicale combine mieux ses divers rôles pour améliorer la qualité des soins de santé mentale offerts aux Canadiens. Si le comité n'obtenait que ce résultat, cela serait déjà très significatif. Il est difficile de mobiliser les médecins qui tiennent beaucoup à leur libre arbitre. Vous avez fait du bon travail à cet égard.

I have with me copies of a more detailed list of our recommendations for the committee. For the purposes of this short presentation, I would like to focus on a subset of these recommendations. I do not want to repeat what the other speakers have said. I will group these recommendations along a theme. The recommendations all focus on the role of the federal government in the ongoing development of the mental health systems.

J'ai apporté des exemplaires d'une liste plus détaillée de nos recommandations. Aux fins de cette courte présentation, je me contenterai d'aborder un sous-ensemble de nos recommandations. Je ne veux pas répéter ce que d'autres intervenants ont dit avant moi. Je vais regrouper mes recommandations en fonction d'un thème, celui du rôle du gouvernement fédéral dans l'amélioration en cours des systèmes de santé mentale.

In your preliminary report, it struck all of us at the CPA that you were calling for Canadians to embark on a journey to create a new system of care for those with mental illness in this country. I thought that, in commenting on our recommendations, I would create that metaphor, if you like, and frame them in terms of how you actually get from A to B.

À la lecture de votre rapport préliminaire, tous les membres de l'APC ont conclu que vous recommandiez aux Canadiens de s'engager dans une entreprise visant à créer un nouveau système de soins pour les personnes atteintes de maladie mentale dans notre pays. J'ai pensé que pour commenter nos recommandations je pourrais utiliser une métaphore, si vous me le permettez, celle d'une signalisation qui vous aide à vous rendre du point A au point B.

The first thing that occurs to us is that if you are planning to take a journey, it is probably helpful to know where you want to get to. In terms of where you want to get to, the federal government has an important role in policy development. The federal government's role in policy development needs to be

Ce qui nous vient d'abord à l'esprit, c'est que si nous nous apprêtons à partir en voyage il est bon de savoir où nous voulons aller. Dans votre cas, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans l'élaboration des politiques. Le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine doit être renforcé. Pour

strengthened. This would involve the government taking a much larger role in helping to focus national policy development in mental health and to facilitate the development of national standards for the reduction of mortality and morbidity caused by mental health problems.

Dr. Schumacher has commented on issues like setting standards for wait times. In my own practice, I run a treatment program for the most severely ill people with anorexia nervosa. When I left the office this morning at about 10:30, there were 25 people on that waiting list. I will admit the twenty-fifth person in about September. That person weighs 72 pounds. When I presented to this committee last March, I had 30 people on my waiting list. In April, we closed my waiting list. That meant that we refused to see new patients. We are the sole service provider for all of Ontario except for Ottawa. When we got a referral for somebody who weighed 60 pounds, we told them we could not even see them in consultation. We cleared the waiting list. It took till the end of August. We opened it up again, and here we were six months later with almost the same waiting list as we had this time last year, and I anticipate closing the waiting list again by the end of April or the middle of May.

Over the last 12 months, the Government of Ontario has spent $4.5 million to send 33 people to the United States to receive treatment for anorexia nervosa. I am very glad those people got treatment. Many of them were on my waiting list. Over the last year, I treated 45 people with anorexia nervosa for $900,000. The government paid five times the cost for 33 patients. That is the chaos that exists in this country in the mental health system. You have documented that beautifully. I do not have to tell you that. I know that is preaching to the converted.

We recommend the creation of a mental health and services division as a policy arm within Health Canada to focus on these policy issues. The role of this division would be to try to achieve the goals that I set out above on helping to focus a national policy discussion around mental health. That is separate from the mental health agency that the CMA is recommending, which we support as well.

If I continue on the journey theme, even if you decide where you want to go, if you do not know where you are starting from, it is hard to get there. There is an acute need for increased surveillance in the area of mental health. The most pressing needs, in our opinion, fall into three areas. The first is prevalence. We need to know more about who is ill and with what. The Canadian Community Health Study was a wonderful start, but it is only a start. The second is access to services. Who is getting what? What are the patterns of access? We still do not know enough about that. The third is the status of the human capital in mental health. In mental health, our most treasured resources are human resources, the people who provide care one on one to those with mental illness. We do not have big machines or fancy diagnostic tests. We have people talking to people. We need to be

ce faire, il devra s'engager beaucoup plus à fond pour déterminer l'orientation d'une politique nationale en matière de santé mentale et pour faciliter la définition de normes nationales en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux problèmes de santé mentale.

Le Dr Schumacher a commenté des aspects comme l'établissement de normes pour les délais d'attente. Dans mon cabinet, j'administre un programme de traitement pour les plus personnes les plus gravement atteintes d'anorexie mentale. Lorsque j'ai quitté le bureau, ce matin, vers 10 h 30, il y avait 25 personnes d'inscrites à ma liste d'attente. Je pourrai voir la 25e personne vers le mois de septembre. Cette personne pèse 72 livres. Quand je me suis présenté devant le comité, en mars dernier, il y avait 30 personnes sur ma liste d'attente. En avril, nous avons cessé d'accepter de nouveaux noms sur cette liste d'attente. Cela signifie que nous avons refusé d'accueillir de nouveaux patients. Nous sommes les seuls fournisseurs de services pour tout l'Ontario, à l'exception d'Ottawa. Un médecin nous a adressé un patient qui pesait 60 livres, mais nous lui avons dit que nous ne pouvions pas lui offrir de consultation. Nous avons vidé notre liste d'attente. Il nous a fallu jusqu'à la fin d'août pour ce faire, puis nous avons rouvert la liste d'attente, et voilà que six mois plus tard, elle est aussi longue que celle de l'an dernier. Je pense que nous devrons la fermer d'ici la fin d'avril ou le milieu de mai.

Au cours des 12 derniers mois, le gouvernement de l'Ontario a dépensé 4,5 millions de dollars pour faire traiter aux États-Unis 33 personnes atteintes d'anorexie mentale. Je suis très heureux que ces personnes aient pu être traitées. Nombre d'entre elles figuraient sur ma liste d'attente. Au cours de la dernière année, j'ai traité 45 personnes atteintes d'anorexie mentale, et il en a coûté 900 000 $. Le gouvernement a payé cinq fois plus pour 33 patients. Voilà le chaos qui règne dans notre pays en matière de santé mentale. Vous avez très bien documenté la situation. Je n'ai pas besoin de vous le dire. Je sais que je prêche à des convertis.

Nous recommandons la création d'une division de la santé mentale et des services de santé mentale comme élément stratégique à Santé Canada, pour s'attaquer aux questions de politique. Cette division s'efforcerait d'atteindre les buts que j'ai décrits précédemment pour orienter les discussions sur la politique nationale en matière de santé mentale. Cette organisation serait distincte de l'organisation de santé mentale que l'AMC recommande, et que nous appuyons aussi.

Je vais reprendre ma métaphore du voyage. Si vous savez où vous voulez aller mais que vous ignorez d'où vous partez, vous aurez de la difficulté à vous rendre à bon port. Il est urgent d'améliorer la surveillance dans le domaine de la santé mentale. Les besoins les plus pressants, à notre avis, touchent trois aspects. Le premier est la prévalence. Il nous faut en savoir plus sur l'identité des patients et les types de maux qui les affectent. L'étude sur la santé dans les collectivités canadiennes est très utile, mais ce n'est qu'un début. Le deuxième aspect est celui de l'accès aux services. Qui a droit à quoi? Quelles sont les modalités d'accès? Nous n'avons toujours pas suffisamment d'information à ce sujet. Le troisième aspect est celui du capital humain dans le secteur de la santé mentale. En santé mentale, nos ressources les plus précieuses sont les ressources humaines, les personnes qui

able to identify the human health resources required to meet the needs of the population. There has to be a population-needs-based assessment, and then we need to figure out how we will train those people to do the job they need to do.

We agree with the Canadian Medical Association that we should create a mental health centre. Where it is located exactly is a matter for discussion. The purpose of the mental health centre or the mental health agency is to coordinate these surveillance activities. We would suggest it be affiliated with a public health agency because the activities of such a centre would overlap with the activities of the public health agency.

The third point is that, when you are on a journey, sometimes you get lost, and you have to come up with some new ideas about how to get to where you want to be. We think innovation will be required as the country grapples with how to reorganize the mental health system. We will need constant innovation. We would most certainly recommend that targeted funding for the neurosciences and addiction institute be provided for research in the models of service delivery and knowledge transfer. It is not so much the generation of new scientific knowledge. That is important, and that is already funded. This is new funding to focus on research into how you deliver care to people who are mentally ill and how you translate new scientific knowledge into clinical advances.

The last comment about our journey is we would like to take the entire Canadian public with us. That speaks to the issues of stigma and discrimination and the need for increased public awareness. Frankly, we think the federal government's responsibility, or the way in which the federal government can provide leadership in that area, is to figure out how to coordinate and provide funding primarily for non-governmental organizations that represent families, affected individuals and so on, to increase public awareness around mental illness.

We think there should be some coordination, possibly through the mental health centre, of funding approaches among Health Canada, the public health agency and Social Development Canada.

Members of the committee, we have other recommendations that I will not take a lot of time to talk about now. I will be happy to take questions later. We are often asked, "Where would you start?" We would agree with our colleagues at the Canadian Paediatric Society that children are a good place to start. We have a long series of recommendations about health human resources in mental health, particularly as it relates to psychiatrists. At this point, I will stop and be happy to take questions from members of the committee.

dispensent directement les soins à ceux qui souffrent de maladie mentale. Nous n'utilisons pas de gros appareils ni de tests diagnostiques complexes. Nous faisons appel à des gens qui parlent avec les patients. Il nous faut pouvoir déterminer quelles ressources humaines nous permettront de répondre aux besoins de la population en matière de santé. Il nous faut évaluer les besoins de la population, puis déterminer comment nous pouvons former des personnes pour accomplir le travail.

Nous convenons avec l'Association médicale canadienne de la nécessité de créer un centre de santé mentale. Son emplacement exact reste à déterminer. Ce centre ou organisme de santé mentale aurait pour mandat de coordonner les activités de surveillance. À notre avis, le centre devrait être affilié à une organisation de santé publique, parce que ses activités recouperaient celles de l'organisation de santé publique.

Troisièmement, lorsqu'on voyage, on peut se perdre, et il faut alors retrouver son chemin. Nous croyons que la nation devra puiser dans ses réserves d'innovation pour déterminer comment il convient de réorganiser le système de santé mentale. Nous avons toujours besoin d'innovation. Nous aimerions certainement qu'un financement soit accordé à un institut des neurosciences et de la toxicomanie pour faciliter la recherche sur les modèles de prestation de services et le transfert des connaissances. Nous n'avons pas tellement besoin de stimuler la production de nouvelles connaissances scientifiques. Cette activité importante est déjà financée. Nous recommandons d'accorder un nouveau financement à la recherche sur la façon dont les soins sont dispensés aux patients atteints de maladie mentale et sur la façon dont les nouvelles connaissances scientifiques se traduisent en progrès cliniques.

Finalement, toujours au sujet de notre voyage, nous aimerions emmener toute la population du Canada. Je pense aux préjugés et à la discrimination, à la nécessité de sensibiliser la population. Franchement, nous pensons qu'il incombe au gouvernement fédéral d'assumer un leadership à cet égard et de déterminer comment coordonner et financer en particulier les organisations non gouvernementales qui représentent les familles, les personnes touchées, et cetera, pour sensibiliser la population aux questions de maladie mentale.

Nous croyons qu'il faudrait coordonner dans une certaine mesure, peut-être par l'entremise d'un centre des maladies mentales, les approches de financement de Santé Canada, de l'organisme de santé publique et de Développement social Canada.

Mesdames et messieurs les membres du comité, nous vous proposons d'autres recommandations mais je ne vais pas les développer longuement ici. Je serai heureux de répondre à vos questions. On nous demande souvent « Par où faut-il commencer? » Nous sommes d'accord avec nos collègues de la Société canadienne de pédiatrie, commençons par les enfants. Nous avons une longue liste de recommandations concernant les ressources humaines du secteur de la santé mentale, en particulier pour ce qui est des psychiatres. Pour l'instant, je termine ici mon exposé. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Audience Member: I am disabled and crippled. I cannot come next time because I am in too much pain when I sit here. Dr. Woodside, I will email you. I am a non-violent activist, and electroshock therapy is going to go in Canada because we have a steering committee and my freedoms are what are at stake. We will send emails to all the senators in the U.S. and also in Canada to stop this barbaric treatment called electroshock therapy. I am not a violent person, but as you know, I am an activist, I have integrity and I will always speak out for my peers who have been brain damaged by electroshock therapy. The truth does not come out from the APA or CPA.

I gave a presentation in 1993. The Canadian Psychological Association invited me with Dr. Brendan, an expert on electroshock and a psychiatrist in the States. He said electroshock always causes brain damage, and it does. You still continue to give electroshock therapy, and I have permanent memory loss, diagnosed in 1995. I had no memory loss before 1972. Electroshock is a crime against humanity.

I shall leave. I am sorry, all senators and people present, but I must speak the truth. Whether you put me on camera or not, I had to say this in front you. In the next few years, electroshock therapy is going to go. Go to B-R-E-G-G-I-N dot com, he has been speaking out for 30 years, a psychiatrist, and he is being listened to. That is all I will say. That is my integrity speaking to you, and I will not shut up for the truth.

The Chairman: Thank you.

Audience Member: Whether you shut me off CPAC, I do not care. You will hear my name, Sue Clark, psychiatric survivor and advocate who will stop electroshock therapy, because it is going to go. It brain damages people. Look on the Internet at B-R-E-G-G-I-N dot com. He has been speaking out for 30 years and psychiatrists like you do not tell the truth. It will be done. I am angry because it still continues. One in 200 people die from electroshock. You can go into a coma, and 14,000 electroshocks are done in Ontario, 100,000 in the U.S. yearly and 1 to 2 million worldwide.

The Chairman: Thank you, ma'am.

Audience Member: Dr. Woodside, shame on you for not stopping electroshock, shame on you.

The Chairman: Thank you, ma'am.

I wonder if I could ask each of the witnesses about a couple of items where I would like some more information.

Dr. Sacks, you suggested a national institute of mental health. I am not looking for an answer now; this is something you can send to us. Similar recommendations have come from many people. It is something that we obviously would like to think

Une voix : Je suis handicapé. Je ne pourrai pas venir à la prochaine séance parce que j'ai trop mal lorsque je reste longtemps assis. Dr Woodside, je vais communiquer avec vous par courriel. Je suis un activiste non violent. Les électrochocs doivent être bannis au Canada. Nous avons un comité directeur, et ce sont mes libertés qui sont en jeu. Nous allons envoyer des courriels à tous les sénateurs aux États-Unis et au Canada, pour mettre un terme à ce traitement barbare que l'on appelle les électrochocs. Je ne suis pas une personne violente, mais comme vous le savez je suis un activiste, j'ai mon intégrité et je me porterai toujours à la défense de mes semblables qui souffrent de lésions cérébrales à la suite de traitements aux électrochocs. Ni l'APA ni l'APC ne nous disent la vérité.

J'ai fait un exposé en 1993. L'Association des psychiatres du Canada m'avait invité avec le Dr Brendan, un psychiatre américain spécialiste des électrochocs. Il a dit que les électrochocs entraînent toujours des lésions cérébrales, et c'est vrai. Vous continuez à prescrire ce traitement, et je souffre d'une perte de mémoire permanente, diagnostiquée en 1995. Je ne me souviens de rien de ce qui s'est passé avant 1972. Les électrochocs constituent un crime contre l'humanité.

Je m'en vais maintenant. Je suis désolé, je m'excuse auprès de tous les sénateurs et de toutes les personnes présentes, mais je dois dire la vérité. Que mon intervention passe à la télévision ou pas, je devais le dire devant vous. D'ici quelques années, il n'y aura plus d'électrochocs. Allez sur le site B-R-E-G-G-I-N point com. Il y a un psychiatre qui dit la vérité depuis 30 ans, et on l'écoute. Je n'en dirai pas plus. Je vous parle avec toute mon intégrité, et je ne peux pas taire la vérité.

Le président : Merci.

Une autre voix : Que je passe ou non à la télévision au réseau CPAC, je m'en fiche. Vous saurez mon nom, je m'appelle Sue Clark, je suis une survivante des soins psychiatriques et je milite pour faire interdire les électrochocs, parce qu'il faut que cela cesse. C'est une technique qui crée des lésions au cerveau. Consultez l'Internet, visitez le site B-R-E-G-G-I-N point com. Ce psychiatre proclame la vérité depuis 30 ans, et des psychiatres comme vous ne disent pas la vérité. Nous arriverons à nos fins. Je suis en colère parce que rien ne se fait. Une personne sur 200 meurt à la suite de traitements aux électrochocs. Vous pouvez sombrer dans un coma, et 14 000 séances d'électrochocs sont prescrites chaque année en Ontario, 100 000 aux États-Unis, et de un à deux millions dans le monde.

Le président : Merci, madame.

Une autre voix : Docteur Woodside, vous devriez avoir honte de ne pas avoir mis fin aux électrochocs, c'est une honte.

Le président : Merci, madame.

J'aimerais demander à chacun de nos témoins de nous fournir un supplément d'information sur deux ou trois points.

Docteure Sacks, vous avez parlé d'un institut national de la santé mentale. Je ne vous demande pas de réponse immédiate; vous pouvez nous répondre par écrit. De nombreuses personnes nous ont soumis des recommandations similaires. C'est une idée à

about. To the extent that you can flesh it out and tells us specifically what you would see as its mandate, it would be very helpful.

laquelle, de toute évidence, nous voudrions pouvoir réfléchir. Dans la mesure où vous l'avez développée, vous pouvez nous dire spécifiquement ce que le mandat devrait être à votre avis. Cela nous serait très utile.

Secondly, these ideas have been floated elsewhere, and we need all the additional details you can give us. On the issue of national screening programs or developing screening tools for children, particularly for use in schools, we would love to know if anything like that exists. I happen to know of one pilot project in one school in Kingston. If there have been any pilot projects on which we could get the information, it would be helpful.

Deuxièmement, ces idées circulent ailleurs, et nous aurons besoin de tous les détails supplémentaires que vous pourrez nous fournir. Au sujet des programmes de dépistage national ou de la mise au point d'outils de dépistage pour les enfants, en particulier les outils qui peuvent être utilisés en milieu scolaire, nous aimerions savoir s'il existe quelque chose. Je sais par hasard qu'il existe un projet pilote dans une école à Kingston. Si d'autres projets ont été réalisés, nous aimerions que cette information nous soit transmise.

The third issue that other witnesses have raised with us deals with the way schools are handling children with ADD or ADHD where you have a child in a class of, say, 35, particularly in elementary school, who is disruptive. The evidence is anecdotal, but it seems to suggest that the standard response to that problem is to give the child Ritalin. It does not necessarily treat the child, it treats the symptoms, and that in turn solves the teacher's problem and the other students' problem, but does not deal with the issue.

Le troisième point, soulevé par les autres témoins, porte sur le traitement que les écoles réservent aux enfants qui souffrent de troubles déficitaires de l'attention ou d'hyperactivité avec déficit de l'attention, lorsque ces enfants sont placés dans une classe de 35 élèves, par exemple, surtout au niveau élémentaire, et perturbent l'enseignement. Les données sont anecdotiques, mais il semble que la réponse standard à ce problème soit de prescrire à l'enfant du Ritalin. Ce médicament ne traite pas l'enfant, il traite le symptôme, et cela règle le problème de l'enseignant et des autres élèves, mais certainement pas celui de l'enfant.

Again, you may want to comment on that after the question period, but I would love to know the extent to which that anecdotal evidence that several people have commented on is real, or is it just that we happened to run into some people where that was the case in classes that their students are in?

Là encore, vous voudrez peut-être faire des commentaires à ce sujet après la période de questions, mais j'aimerais savoir dans quelle mesure les données anecdotiques que plusieurs personnes nous ont fournies sont réelles. Est-ce possible qu'il s'agisse simplement d'un hasard, parce que nous rencontrons des personnes qui ont connu ce problème?

Dr. Schumacher, on your proposal for a national centre for mental health, to the extent that you can flesh out the details, not necessarily today, it would be helpful to us. You might comment on the issue because we have heard some people say it should be in Health Canada and other people say it should be in the public health agency. Dr. Woodside suggested a public health agency. The CMA may very well say that is an organizational issue for the federal government. I would love to know on which side of that you would come down.

Docteur Schumacher, vous proposez la création d'un centre national de la santé mentale. Nous aimerions que vous étoffiez un peu votre proposition, pas nécessairement aujourd'hui, mais plus tard, vos commentaires nous seraient utiles. Certaines personnes ont affirmé que ce centre devrait relever de Santé Canada et d'autres, qu'il faudrait en faire un organisme de santé publique. Le Dr Woodside a proposé un organisme de santé publique. L'AMC peut très bien dire qu'il s'agit d'une question d'organisation qui relève du gouvernement fédéral. J'aimerais savoir laquelle de ces options vous préconisez.

Dr. Woodside, the statistics that you gave us about your own practice are just staggering. We know this intellectually, but it is quite different when an individual tells us that he has had to close his practice. It is one thing to be told that the HR situation is desperate, but when it is put to you in terms of the kind of numbers you gave, it is just staggering. I thank you for that example. You pointed out in your written document that the society is preparing a much more detailed response. We look forward to that. I thank all of you for your presentations.

Docteur Woodside, les statistiques que vous nous avez fournies au sujet de votre propre pratique sont renversantes. Nous connaissons la situation, sur le plan intellectuel, mais c'est autre chose lorsque quelqu'un nous fournit des renseignements directement tirés de son exercice de la profession. On nous a souvent dit que la situation des ressources humaines était désespérée, mais cette réalité exprimée dans les termes que vous avez choisis est tout simplement renversante. Je vous remercie de cet exemple. Vous avez signalé dans votre mémoire que la société préparait une réponse beaucoup plus détaillée. Nous l'attendrons avec impatience. Je vous remercie tous d'être venus.

Senator Keon: We thank all three of you for coming here. There is no debate about the magnitude of the problem, and there certainly is no debate about the need for a solution. It seems to be some way off. Certainly we need a mental health strategy like other developed countries have. Perhaps rolling out of that are

Le sénateur Keon : Nous vous remercions tous les trois de votre présence aujourd'hui. Personne ne conteste l'ampleur du problème, personne ne met en doute la nécessité d'une solution. Nous avons encore du chemin à parcourir. Certes, il nous faut une stratégie de santé mentale comme celle élaborée dans d'autres

some of the ideas that you have come with today, whether it be a national mental health centre or an institute. Where that will fit with the CIHR and the combined neurological mental health institute has to be defined also and sifted through.

I will ask all three of you a question in the context of medical manpower. We need much more than medical manpower to solve this situation, but in the context of medical manpower, medical services and the mosaic of our federal/provincial health arrangements, where do you see the mix? Where do you see the interface between the psychiatrists, the specialists, the specialty institutions, the in-between people, the specialties such as the pediatricians, the internists and so forth, and the people on the ground in primary care? My perception is that if we are to reach the 70 per cent of people who are not being serviced in mental health now, we will need a huge development in primary care to provide the access. Let me try to focus for you, because this is a unique opportunity.

Dr. Woodside, please answer first, followed in order by Dr. Sacks and Dr. Schumacher.

Dr. Woodside: Thank you, Senator Keon. Increased cooperation between psychiatrists and primary care practitioners is critical. We have been engaged in a shared care project with that focus for 10 years. Recently, the Primary Health Care Transition Fund provided funding to the CPA and the College of Family Physicians for a collaborative care project to assist in the development of shared care projects. We are hoping that the federal government will provide funding for a second phase of that project. That is critical work. Having said that, there is a major shortage of family doctors in this country; and there is a major shortage of psychiatrists in this country. Trying to restructure the mental health system by offloading mental health care from psychiatrists to family doctors is like rearranging the deckchairs on the *Titanic*. Obviously there have to be cooperative mechanisms whereby psychiatrists perform functions that only they can, and other kinds of health care practitioners, family doctors, nurse practitioners, psychologists, social workers, and so on, provide additional services that do not require the expense of a psychiatrist. Currently, we work in such teams. As a professional, I do not think we have much turf to protect. I work on a 20-person multidisciplinary team with eight disciplines. We are not trying to chase other people out of the business of mental health. Most of the disciplines in the community are not funded. They are private services, so you have to pay out of pocket and access becomes a huge issue. Yes, we very much look forward to continuing to develop collaborative relationships with primary care and other health disciplines. There are not enough practitioners in any of those disciplines to simply transfer or offload the existing work at this time. There are shortages in all of those disciplines right across the board.

pays. Certaines des idées que vous nous avez proposées aujourd'hui, qu'il s'agisse d'un centre ou d'un institut national de santé mentale, s'en inspirent peut-être. Il reste à déterminer si cela devrait s'inscrire dans le cadre des IRSC et dans celui de l'Institut de neurologie et de santé mentale.

Je vous poserai à tous trois une question relative aux effectifs médicaux. Il nous faut beaucoup plus de main-d'œuvre médicale pour régler le problème, mais compte tenu du contexte de la main-d'œuvre médicale, des services médicaux et de la mosaïque des ententes fédérales-provinciales en matière de santé, comment tout cela peut-il se combiner? Quelle est, à votre avis, l'interface entre les psychiatres, les spécialistes, les établissements spécialisés, les intermédiaires, les spécialités comme les pédiatres, les internes, et cetera, et le personnel sur le terrain, ceux qui assurent les soins primaires? J'ai l'impression que si nous voulons rejoindre les 70 p. 100 des personnes qui n'ont pas accès à des services de santé mentale à l'heure actuelle, nous devrons faire un effort colossal dans le domaine des soins primaires. Je veux faire le point à ce sujet, parce que vous nous offrez une occasion unique.

Docteur Woodside, s'il vous plaît, répondez en premier, puis nous entendrons le Dr Sacks et le Dr Schumacher.

Le Dr Woodside : Merci, sénateur Keon. Une coopération accrue entre les psychiatres et les spécialistes des soins primaires est essentielle. Nous participons à un projet de soins partagés dans cette optique depuis dix ans. Récemment, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a accordé des fonds à l'APC et au Collège des médecins de famille pour réaliser un projet de soins en collaboration qui favorisera la mise au point de projets de soins partagés. Nous espérons que le gouvernement fédéral financera une deuxième étape de ce projet. Ce travail est essentiel. Cela dit, il existe une grave pénurie de médecins de famille au pays. Il y a aussi une grave pénurie de psychiatres au pays. Chercher à restructurer le système de santé mentale en confiant des services de santé mentale aux médecins de famille pour alléger le fardeau des psychiatres équivaut à réorganiser les chaises longues sur le pont du *Titanic*. De toute évidence, nous avons besoin de mécanismes de coopération qui permettront aux psychiatres de remplir des fonctions qu'ils sont les seuls à pouvoir remplir tandis que d'autres types de spécialistes des soins de santé, les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les psychologues, les travailleurs sociaux, et cetera, assureront les services connexes qui ne nécessitent pas la présence d'un psychiatre. À l'heure actuelle, nous travaillons au sein de telles équipes. En tant que professionnel, je ne pense pas que nous ayons un territoire à protéger. Je travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire de 20 personnes qui représentent huit disciplines. Nous n'essayons pas d'exclure les autres intervenants du domaine de la santé mentale. Nombre de disciplines de la communauté ne sont pas financées. Il s'agit de services privés, qu'il faut payer soi-même, et leur accès devient donc problématique. Oui, nous espérons vivement pouvoir continuer à développer des rapports de collaboration avec les soins primaires et d'autres disciplines de la santé. Il n'y a pas suffisamment de praticiens dans l'une ou l'autre de ces disciplines pour que l'on puisse simplement transférer une partie de la charge de travail existante. Il y a des pénuries dans toutes les disciplines, personne n'y échappe.

Dr. Sacks: I was pleasantly surprised, although I know about the shortage of psychiatrists in the country, to hear that there are 4,000 of them. There are 365 child and adolescent psychiatrists in the country. Pediatricians have been trained to do developmental and behavioural screening. Currently, the vast majority of community pediatricians, and many who are based in hospitals, are doing a great deal of screening and diagnosing and are initiating treatment of these conditions for the mild and moderate cases in children.

Fortunately, we have collaborative programs in many of our major cities and some of the small towns. I travel with a child psychiatrist up to Orillia, Ontario, with a population of 25,000. We collaborate with them and they help us with the difficult cases. There are so few that sometimes they cannot see those cases. We are working on that. I would like to say that pediatricians are trained to deal with mild and moderate cases of mental illness in children and adolescents and to help their families. Most of our referrals from family doctors are related to behavioural and mental health issues. Most of them suffer from attention deficit disorder, ADD. They have been tossed out of school and end up in my office. Certainly, depression and anxiety are the major problems being treated now.

I have been on two North American-based task forces with family practice colleagues and psychiatrists and have screening tools available for adolescent depression and ADD, as well as attention deficit and hyperactivity disorder, ADHD. These are to be taught to primary care physicians who are willing to learn and to take up the charge.

Thanks to an Ontario health study and the late Dr. Dan Orford, we have the numbers on children with the major psychiatric diseases. Although it was done in the late 1990s, it is likely still valid. We have a great deal of information and I become a little frustrated when we regress to square one. We know the numbers, and in many cases we have reasonable treatments for these conditions, some of which are medical, some psychotherapeutic and some a combination of the two. I think pediatricians are ready to move forward on this; we have only to be brought onto the team. That happens in many cases, but not often enough.

Dr. Schumacher: Senator, you talked about a mix. That would occur in an ideal world where the professional might not be certain of the exact problem, so would send the patient to the pediatrician to look at the developmental side and to the psychiatrist to look at the mental illness side. In the ideal world that would happen. However, the problem is that we often do not have one or the other. Pediatricians are burdened with providing a disproportionate amount of psychiatric services, especially in my community. Second opinions do not occur much these days. That choice does not exist in most areas. Rather, a patient or a family is content to have someone with more letters after their

La Dre Sacks : J'ai été agréablement surprise, même si je sais qu'il y a une pénurie de psychiatres au pays, d'entendre qu'ils sont 4 000. Il n'y a que 365 pédopsychiatres au Canada. Les pédiatres reçoivent une formation qui leur permet d'évaluer le développement et le comportement. À l'heure actuelle, la grande majorité des pédiatres au sein de la collectivité, et nombre de ceux qui travaillent dans des hôpitaux, travaillent beaucoup au niveau du dépistage et du diagnostic et ils prescrivent des traitements pour les cas légers et moyens.

Heureusement, nous avons des programmes en collaboration dans nombre de nos grandes villes et dans certaines petites villes. Je me rends avec un pédopsychiatre à Orillia, en Ontario, une ville de 25 000 habitants. Nous collaborons avec eux et ils nous aident à traiter les cas difficiles. Ils sont si peu nombreux que parfois ils ne peuvent pas voir nos patients. Nous essayons de régler ce problème. Je veux préciser que les pédiatres reçoivent une formation pour traiter les cas légers et moyens de maladie mentale chez les enfants et les adolescents et pour aider leurs familles. La plupart des cas qui nous sont renvoyés par des médecins de famille se rapportent à des problèmes de comportement ou de santé mentale. Il s'agit surtout de troubles déficitaires de l'attention. Ces enfants ont été renvoyés de l'école et se retrouvent dans mon cabinet. La dépression et l'anxiété sont les principaux problèmes que nous traitons à l'heure actuelle, cela est indéniable.

J'ai participé aux travaux de deux groupes de travail nord-américains avec des médecins de famille et des psychiatres, et nous avons des outils pour le dépistage de la dépression et des troubles déficitaires de l'attention chez les adolescents ainsi que pour diagnostiquer le déficit d'attention et l'hyperactivité. Ces techniques doivent être enseignées aux fournisseurs de soins primaires qui sont disposées à les apprendre et à assumer une partie du fardeau.

Grâce à une étude sur la santé en Ontario et au regretté Dr Dan Orford, nous savons combien il y a d'enfants atteints de graves maladies psychiatriques. Même si cette étude a été réalisée dans les années 1990, elle est sans doute encore valable. Nous possédons une foule d'information et cela m'irrite toujours un peu lorsque nous nous retrouvons à la case départ. Nous connaissons les chiffres et, dans bien des cas, nous avons des traitements raisonnables à appliquer, dont certains sont d'ordre médical, d'autres psychothérapeutiques et d'autres encore combinent les deux aspects. Je crois que les pédiatres sont prêts à aller de l'avant; il suffit qu'on nous invite à faire partie de l'équipe. Cela se fait dans bien des cas, mais pas assez souvent.

Le Dr Shumacher : Sénateur, vous avez parlé d'une combinaison. Dans un monde idéal, les professionnels qui ne sont pas tout à fait certains de la source du problème enverraient le patient au pédiatre pour vérifier l'aspect développemental et au psychiatre pour dépister les maladies mentales. Dans un monde idéal, c'est ce qui se ferait. Hélas, il nous manque souvent l'un ou l'autre des éléments. Les pédiatres sont débordés par le volume disproportionné de services psychiatriques qu'ils fournissent, en particulier dans ma collectivité. Nous n'avons guère le loisir de solliciter une seconde opinion ces temps-ci. Ce choix n'existe même pas dans la plupart des régions. Le patient ou la famille se

name see the patient within a reasonable time. As a professional, I am happy to do the hard work, but I need to try various options for treatment for the next six months and then send them back if certain things result. However, if I have to wait for four or five months, in some cases involving an emergency admission due to arrest, it is likely that the situation has spiralled out of control and I do not have that opportunity. We were trained that way in the hospitals, where we once had all the mixes. Out in the community, that no longer exists. You get one and you have to be happy with that; and hopefully, it is the right one from the beginning.

Senator Keon: They are no longer in the hospitals either, so it is a question of how one begins to develop this mix. Some kind of plan must evolve, even if it is not perfect from the outset. There will have to be a kind of structural framework to develop a system and provide the appropriate personnel for the interface.

Dr. Schumacher: We have been missing a re-entry point in the system for physicians to receive additional training. I am not talking about returning to school for an additional four- or five-year fellowship. There are probably enough people with an interest in this area of work such that they could take additional training for one year while supported as a resident and be integrated into the system. I think that many people would be interested in doing that. However, we have not had a structure for postgraduate training in the country, and it should be available.

Senator Pépin: I will ask about working on a new structure and having a coordinator who might be a doctor, a social worker or other expert in the field of mental health. Do you envision the new structure in that way?

Dr. Woodside: There is a myth that most psychiatrists work alone in an office, but that is not true. Most psychiatrists work in hospitals or clinics. We have been developing multidisciplinary teams such as you describe for about 40 years. Our present ability to develop multidisciplinary teams is totally maxed out. We have done as much of it as possible. To do more, you would have to provide funding to pay the psychologist or the social worker, et cetera, because there is no money to pay for them. You would have to train those people. In family medicine, we have existing structures via our shared care initiative. We have 250 sites across the country that are part of a national registry of arrangements between family doctors and psychiatrists for collaborative care. We would love to do more of that, but we need funding to support the psychiatrists. Most of it involves the psychiatrists going to the family practice clinic to help the family doctors in their offices. We need funding to pay the psychiatrists to do that because it is not a billable service.

considère déjà chanceux de pouvoir consulter dans des délais raisonnables un professionnel un peu plus spécialisé. En tant que professionnel, je suis heureux de faire ce travail difficile, mais je dois faire l'essai de divers traitements sur une période de six mois avant de me prononcer. Je ne dispose toutefois pas de quatre ou cinq mois, dans certains cas, par exemple lorsqu'un patient est admis d'urgence à la suite d'une arrestation, Je n'ai pas le temps, car la situation risque de dégénérer d'ici là. Je n'ai pas de marge de manoeuvre. Nous avons été formés de cette façon dans les hôpitaux, à une époque où toutes les combinaisons étaient possibles. En contexte communautaire, cela ne se fait plus. Vous avez une option et vous devez vous en contenter; il faut espérer que ce soit toujours la bonne.

Le sénateur Keon : Les hôpitaux aussi ont perdu de leur marge de manœuvre. Il faut donc se demander comment rétablir la combinaison. Il faut dresser un plan quelconque, même s'il n'est pas parfait, dès le départ. Il faut instaurer un cadre structurel quelconque pour pouvoir mettre au point un système et recruter le personnel compétent qui assurera l'interface.

Le Dr Shumacher : Ce qui manque, dans le système, c'est la possibilité pour les médecins d'aller suivre une formation supplémentaire. Je ne parle pas de retourner aux études pendant quatre ou cinq ans. Il y a sans doute suffisamment de médecins qui s'intéressent à ce domaine de la profession et qui accepteraient de s'astreindre à une formation supplémentaire d'un an, en résidence, pour ensuite se joindre au système. Je pense que nous aurions de nombreux candidats. Malheureusement, aucune structure d'enseignement supérieur ne nous offre cette option au pays. Cela serait nécessaire.

Le sénateur Pépin : Je veux m'informer au sujet de la possibilité de définir une telle structure et du fait que le coordonnateur pourrait en être un médecin, un travailleur social ou un autre spécialiste du domaine de la santé mentale. Est-ce que vous envisagez ainsi cette nouvelle structure?

Le Dr Woodside : Beaucoup croient que la plupart des psychiatres travaillent seuls en cabinet, mais c'est un mythe, c'est faux. La plupart des psychiatres travaillent dans des hôpitaux ou en clinique. Nous établissons depuis une quarantaine d'années des équipes multidisciplinaires comme celles que vous décrivez. Notre capacité actuelle de former des équipes multidisciplinaires est exploitée au maximum. Nous avons fait tout ce que nous pouvions à cet égard. Pour que nous puissions faire plus, vous devrez nous fournir des fonds pour payer le psychologue ou le travailleur social, et cetera, parce qu'il n'y a plus d'argent pour les payer. Vous devrez former ces personnes. En médecine familiale, l'initiative de soins partagés nous fournit des structures. Il y a au pays 250 centres membres d'un registre national d'ententes entre des médecins de famille et des psychiatres pour assurer des soins en collaboration. Nous voudrions faire plus que cela, mais nous avons besoin de financement pour appuyer les psychiatres. Dans la plupart des cas, les psychiatres se rendent dans les cliniques de médecine familiale pour aider les médecins de famille sur place, dans leurs cabinets. Nous avons besoin de fonds pour payer les psychiatres qui font cela, parce que ce n'est pas un service assuré.

We need more family doctors so that there are more places for us to go. We need more psychiatrists so that we can send them to more family doctors' offices. There are structures and models in place for collaborative teamwork. It is what we do, it is how we have spread ourselves so thinly thus far, but we are like too little butter on too much bread. There are five people in Ontario who treat patients with anorexia nervosa. How thinly can you spread me?

Senator Keon: It is a rather unique opportunity.

I will propose something to you that I talked about yesterday in Toronto. There are at the community level multidisciplinary care clinics where the mentally ill can gain access without any stigma by virtue of going to the same clinic that someone with a broken leg goes to. These clinics are properly placed geographically, properly resourced, linked with the secondary and tertiary care institutions and appropriately linked with psychiatric facilities and so forth; and of course there will have to be money to pay the psychologists who are not paid now. I have lived with that in my own institution, where people had to pay for their psychological counselling because the in-house psychologist was overwhelmed. Therefore, the only thing a person could do was go downtown and pay out of his own pocket.

If we are planning to expand these services by this enormous 70 per cent, which seems to be needed, we have to start at the community level. It will require pediatricians and internists. Also, it will require the assistance of psychiatrists, but the community level comes first. I want you to tell me if I am wrong.

Dr. Schumacher: One of the good signs, if you look at the agreement just reached between the doctors in Ontario and the government, is the government will now reward comprehensive care physicians, whether they are solo practitioners or in a family health group or network. They will give bonuses for taking care of seriously mentally ill patients, people with schizophrenia or bipolar illness. They do not have to be offering all the mental illness services, people can be taken care of by a psychiatrist as well, but if they are seeing a patient like that on a regular basis, some of whom frequently miss appointments, have a lot of admissions and other things going on, they receive a bonus. If they are taking care of five, they get a $1,000 bonus. If they are taking care of 10 or more, they get a $2,000 bonus. It is actually the first time an incentive has been put in place so these seriously challenged individuals can have the stability of having a family doctor at the centre of their care. It has been a very positive sign to many of us who offer that kind of comprehensive care. I have 11 patients who qualify. I was excited about that, because this is difficult work. However, I was very pleased. It is a step in the right direction. Would I like to see other services made available? I would love to see, on a shared, rotational basis, the use of social workers, psychologists, whoever else we can get. Unfortunately, the only place in the community where there are services is in

Nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille, pour avoir plus d'endroits où travailler. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de psychiatres pour pouvoir les envoyer dans les cabinets de tous ces médecins de famille. Il existe des structures et des modèles de travail d'équipe. C'est ce que nous faisons, c'est ainsi que nous avons réussi à tant faire avec si peu de ressources jusqu'à maintenant, mais nous ne pouvons pas suffire à la tâche. Il y a cinq personnes en Ontario qui traitent les patients atteints d'anorexie mentale. J'ai mes limites moi aussi.

Le sénateur Keon : C'est une occasion exceptionnelle.

Je vais vous proposer quelque chose dont j'ai parlé hier à Toronto. Il y a au niveau communautaire des cliniques de soins multidisciplinaires où les personnes atteintes de maladie mentale peuvent se présenter sans crainte d'être jugées, puisqu'elles utilisent la même clinique que quelqu'un qui se serait cassé une jambe, par exemple. Ces cliniques sont bien situées dans les collectivités, elles ont des ressources et elles entretiennent des rapports avec les établissements de soins secondaires et tertiaires et avec les établissements psychiatriques. Évidemment, il faudra de l'argent pour payer les psychologues qui ne sont pas rémunérés par le régime à l'heure actuelle. J'ai vécu cette situation dans mon propre établissement, où les patients devaient payer pour les services d'un psychologue parce que le psychologue à l'interne était débordé. La seule option qui s'offrait à ces clients était d'aller au centre-ville et de payer eux-mêmes.

Si vous projetez d'élargir les services pour englober les 70 p. 100 restants, les personnes qui sont privés d'accès, comme cela semble nécessaire, il faut commencer au niveau communautaire. Nous aurons besoin de pédiatres et d'internes. Nous devrons aussi solliciter l'appui des psychiatres, mais le niveau communautaire vient en premier lieu. Dites-moi si je me trompe.

Le Dr Shumacher : Nous venons de recevoir un signe encourageant. En vertu de l'entente que les médecins et le gouvernement en Ontario viennent de conclure, le gouvernement a accepté d'encourager les médecins qui offrent des soins complets, que ces médecins travaillent seuls, au sein d'un groupe de médecine familiale ou dans un réseau. Ils recevront des primes s'ils acceptent de prendre en charge des patients souffrant de maladies mentales graves, des personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires. On ne leur demande pas d'offrir toute la gamme des services de santé mentale. Les psychiatres continueront d'exercer. Mais si ces généralistes rencontrent de tels patients sur une base régulière, des patients qui manquent souvent leurs rendez-vous, qui sont souvent admis à l'hôpital et qui éprouvent d'autres difficultés, ils auront droit à une prime. S'ils suivent cinq de ces patients, ils toucheront une prime de 1 000 $. S'ils en suivent dix ou plus, ils auront droit à 2 000 $. C'est la première fois qu'un encouragement est accordé pour que les personnes qui connaissent de graves difficultés puissent bénéficier de la stabilité qu'offrent les médecins de famille dans les centres de soins. Pour beaucoup d'entre nous qui offrons ce genre de services complets, cette mesure est très positive. J'ai 11 patients qui sont admissibles. J'étais un peu nerveux, parce que ce travail est difficile. Mais je m'en réjouis.

hospitals, where they have global funding or some other alternate payment system. It does not exist outside the walls of the hospital or the virtual hospital.

C'est un pas dans la bonne direction. Est-ce que je souhaite que d'autres services soient offerts suivant cette formule? Bien sûr. De façon partagée, par rotation, nous pourrions faire appel à des travailleurs sociaux, à des psychologues, à tous ceux qui voudront bien travailler avec nous. Malheureusement, dans les collectivités, ces services ne se trouvent que dans les hôpitaux, c'est-à-dire dans des établissements financés en bloc ou selon une autre formule d'allocation budgétaire. Cela n'existe pas à l'extérieur des hôpitaux, qu'il s'agisse d'établissements concrets ou d'hôpitaux virtuels.

The Chairman: This says a lot about the need to change the funding mechanism, but that is a different issue.

Le président : Voilà qui en dit long sur la nécessité de modifier le mécanisme de financement, mais c'est là un problème différent.

Dr. Woodside: I was intending to provide Dr. Keon with a metaphor that he can explain to the rest of the committee later. Dr. Keon is a cardiac surgeon. You could probably reduce a bypass operation to one or two actions that you had to perform, like sewing the grafts, and have other people do the other things. You can envisage a system where you went from operating room to operating room and all you did was sew the grafts. Maybe if there were a dozen dedicated operating rooms, you could do a lot of cardiac bypass surgery. However, what you start with is one day a week to do operations, instead of 12 running flat out to make maximum use of your time as a cardiac surgeon. That is where we are at with mental health right now. We are like you the cardiac surgeon with one day a week of operating time, and to maximize that, we would need 12 operating rooms running around the clock. That is the magnitude of the resource shortfall right across the system.

Le Dr Woodside : Je voulais fournir au Dr Keon une métaphore qu'il puisse expliquer aux autres membres du comité, plus tard. Le Dr Keon est chirurgien cardiologue. Vous pourriez sans doute réduire un pontage à une ou deux actions à accomplir, comme par exemple recoudre le greffon et laisser le reste du travail à d'autres personnes. Il est possible d'envisager un système où vous passez d'une salle d'opération à une autre et tout ce que vous avez à faire est de recoudre la greffe. Peut-être que s'il y avait une douzaine de salles d'opération consacrées à cela, vous pourriez faire beaucoup de pontages. Toutefois, vous faites des interventions chirurgicales une journée par semaine plutôt que d'en faire pendant 12 jours consécutifs de manière à maximiser votre temps comme chirurgien. C'est là où nous en sommes avec la santé mentale. Nous sommes comme le chirurgien cardiologue qui fait des interventions une journée par semaine et, pour maximiser nos efforts, nous aurions besoin de 12 blocs opératoires tournant
24 heures par jour. Telle est l'ampleur du manque de ressources dans le système.

Dr. Sacks: I wanted to add something to Dr. Keon's comments about community-based systems. One of the additional reasons those are essential in Canada is our multiculturalism. Certainly in pediatrics, I see kids brought in whose families describe behaviour that I would not recognize necessarily as mental illness, but it is, just from a different culture. If we do not go out into the communities with community and cultural specialists, we will miss this entire group, and then we will be back where I am afraid we are now, with a group of new immigrant kids and adolescents who have been missed because we did not recognize their disorders. Therefore, we have to go to the community for a number of reasons, as my colleagues have stated, but also for kids that we will miss for cultural reasons.

La Dre Sacks : Je voulais ajouter quelque chose aux observations du Dr Keon concernant les systèmes communautaires. Notre multiculturalisme est une autre des raisons pour lesquelles cette approche est essentielle au Canada. En tant que pédiatre, je vois des enfants qui viennent de familles dont le comportement n'est pas nécessairement un signe de maladie mentale mais qui est le fait d'une culture différente. Si nous n'allons pas dans la collectivité avec des spécialistes communautaires et des spécialistes culturels, nous risquons de ne pas voir ce groupe et de nous retrouver là où nous en sommes maintenant, avec un groupe d'enfants et d'adolescents immigrants que nous n'avons pas pu voir parce que nous n'avons pas reconnu le désordre dont ils souffrent. Par conséquent, nous devons nous rapprocher de la collectivité pour diverses raisons, comme mes collègues l'ont mentionné, mais aussi pour retrouver les enfants qui nous échappent pour des raisons culturelles.

Dr. Isra Levy, Chief Medical Officer and Director, Office for Public Health, Canadian Medical Association: Thank you. There was a space problem at the start, so I did not join you until later.

La docteure Isra Levy, administratice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique, Association médicale canadienne : Merci. Il y avait un problème d'espace au début, de sorte que je n'ai pu me joindre à vous que plus tard.

I did want to pick up on your last question, Senator Keon. The issue of community, the local level, links right back to your original question, Senator Kirby, about this mental health centre that we are thinking and talking about.

Je voulais revenir sur votre dernière question, sénateur Keon. La question de la collectivité, au niveau local, se rapporte directement à votre première question, sénateur Kirby, concernant ce centre de santé mentale auquel nous pensons et dont nous parlons.

The enormity of the challenge and the multi-dimensional complexity will make it difficult to bring a federal solution to bear on a local issue, perhaps here more than anywhere else. What is underpinning all of the presentations, and I know has underpinned your interim report, is an awareness that at the clinical interface for this particular set of medical and health problems, these are issues that require enormous sensitivity. We see people in tremendous pain, and that pain manifests in a number of ways, anger being one of them, and we have all just witnessed that.

You ask how, at the clinical interface, you can help at the local level with pain that manifests in unusual ways in a structural system. It might seem odd that we bring that solution around and say, "Well, open a centre in the federal government." However, there is logic to that, which is found in our call for strong leadership, notwithstanding the well-articulated needs for increased human resources and, obviously, for ongoing and increased training at the front lines for existing personnel. The other role that the federal government can play so clearly here is the leadership role. It is a leadership role that can be played within the federal government, a cleaning-up your own backyard situation, which calls for both inspirational political leadership and an administrative *gravitas*, adequately resourced wherever you put it, whether in Health Canada, an independent entity or the agency. Our thinking has evolved into a belief that you probably need to put that in Health Canada, because at its core, these are health issues. However, one needs to think about mechanisms whereby that can be resourced and structured in a way that will allow cross-department and sector coordination at the federal level as well as effective leadership through the provincial and territorial level to the local level.

I think that comes back then not only to recognizing the appropriateness of positioning it at the local level, but also to the rationale for a federal centre, probably located within an entity like Health Canada right at a senior management level, twinned with strong political leadership.

The Chairman: Thank you, Dr. Levy.

Senator Cordy: It is obvious that you have all done so much work before you came here. Your recommendations are very helpful to us.

My question is for Dr. Sacks. When you were speaking about children and mental health issues, you said if we do not address the situation early, it can lead to things like anxiety, depression, suicide, bullying and low self-esteem.

In society today, there is a lot of pressure on the school system to deal with bullying because of the increase in violence in society. Many schools systems have developed a policy of zero tolerance for bullying. While that may, in the short term, appease the parents because the bully is punished and, in many cases, removed from the school situation, it really does nothing for the child who has the problem.

I am wondering, first, how you feel about zero tolerance for bullying. Second, you cannot talk about the child in isolation. You have to talk about the family, and you mentioned that the

L'énormité du défi et la complexité multidimensionnelle font en sorte qu'il sera difficile de trouver une solution fédérale à un problème local, peut-être davantage ici qu'ailleurs. La sensibilisation au fait que l'interface clinique pour cet ensemble particulier de problèmes médicaux et de santé sous-tend toutes les présentations, et je sais qu'il en est de même pour votre rapport provisoire. Il y a des problèmes qui exigent une sensibilisation considérable. Nous voyons des gens qui souffrent beaucoup, une souffrance qui se manifeste de diverses façons, notamment par la colère. Nous avons tous vu cela.

Comme vous le savez, la clinique permet d'apporter un soulagement au niveau local qui se manifeste de façon inhabituelle dans une stratégie structurelle. Il peut sembler curieux que nous proposions cette solution en disant « Ouvrons un centre au sein du gouvernement fédéral ». Toutefois, il y a une certaine logique à cela, comme en témoigne notre appel à un leadership solide, malgré les besoins fort bien articulés pour des ressources humaines plus considérables et, de toute évidence, pour une formation continue plus importante du personnel de première ligne. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de leadership, pour faire du nettoyage, approche qui exige une certaine détermination et la capacité d'administrer, et qui doit bénéficier de ressources suffisantes, que ce soit à Santé Canada, ou qu'il s'agisse d'une entité ou d'un organisme indépendant. Notre réflexion nous porte à croire que cet organisme pourrait relever de Santé Canada parce qu'il est au cœur des questions de santé. Toutefois, il faut réfléchir à la façon dont ces mécanismes seront alimentés et structurés, de manière à ce que la coordination interministérielle et intersectorielle, au niveau fédéral, de même que le leadership des provinces et des territoires puissent avoir un bon effet au niveau local.

Tout cela revient non seulement à reconnaître l'à-propos de situer l'organisme au niveau local, mais aussi à justifier un centre fédéral, probablement au sein d'une entité comme Santé Canada, à un niveau supérieur, et assorti d'un leadership politique fort.

Le président : Merci, docteure Levy.

Le sénateur Cordy : De toute évidence, vous avez fait un travail considérable avant de venir nous rencontrer. Vos recommandations nous serons très utiles.

Ma question s'adresse à la Dre Sacks. Quand vous avez parlé des enfants et des problèmes de santé mentale, vous avez dit que si nous n'abordions pas la situation assez rapidement, elle pourrait entraîner des problèmes comme l'anxiété, la dépression, le suicide, l'intimidation et la faible estime de soi.

Dans notre société, les écoles sont de plus en plus poussées à aborder le problème de l'intimidation en raison de l'augmentation de la violence de notre société. Plusieurs systèmes scolaires ont élaboré une politique de tolérance zéro face à l'intimidation. Bien que cela puisse, à court terme, apaiser les parents parce que l'intimidation est ainsi punie et éliminée de l'école, cela n'aide en rien l'enfant qui vit le problème.

Je me demande, dans un premier temps, comment vous réagissez à la politique de tolérance zéro concernant l'intimidation. Deuxièmement, il est impossible de parler des

family, the parents, need help. I used to be an elementary schoolteacher. Certainly, many parents and many families are in crisis.

As a teacher within the school system, very often you felt that you were outside the loop. How do we engage the school system to help these children? When I talk about engaging the school system, I am not talking about the school psychologist, who may have responsibility for 10 or 15 schools, or sometimes more, within the system. I am talking about engaging the teachers who are dealing with the children on a day-to-day basis.

Dr. Sacks: Those are big problems and issues but they are all very addressable. For one, in any new institute, the boards of education need to be included. I note B.C. has a wonderful new system for dealing with the mental health problems of children, and they have included physicians, nurses and psychologists. They have not included education.

Any of the screening tools that I am aware of — and I helped develop some of them — have been addressed to kids who are identified at school. These are kids who, for some reason, are not doing well. Certainly, you can have a school psychologist look for a learning disorder, but we need as a society to look for other reasons these kids are failing in school.

It is interesting to see whether they are absent all the time or they are not doing what they should be doing. You can identify and pick up early anxiety, certainly by the age of six, seven or eight, and a little later on, in young adolescents, depression. The teacher needs only to identify that this kid is not learning and I have tried my best.

In terms of the bullies, it is interesting that the bully has some issues, but not the ones that we necessarily think of. However, the person being bullied almost always has anxiety or depression or some other issues. Bullies pick on the vulnerable. Both of those need to be addressed.

The school does not have the resources to do anything now but send them home; and no one is home, often, so that is a disaster. That does not help anyone, not even the school, because it has not taught anyone a lesson about how to deal with it. Schools need to be taught; and part of the job of this institute would be education of the people involved with children and adolescents. They need to be taught that certain things are not allowed in this school society. Everyone at that school, whether they have been bullied or not, needs to be identified and the school has to change its society.

What we need is coordination. We need to include teachers because, as far as I am concerned, they are the vital ones, not parents. First of all, they spend more time with the child than the

enfants de manière isolée. Vous devez parler de la famille, et vous avez dit que la famille et les parents ont besoin d'aide. J'ai été enseignante au niveau primaire. Assurément, plusieurs parents et plusieurs familles sont en situation de crise.

À titre d'enseignante, je me sentais bien souvent exclue. Comment peut-on inciter le système scolaire à aider ces enfants? Quand je parle d'engagement du système scolaire, je ne parle pas du psychologue scolaire, qui peut avoir une responsabilité pour 10 ou 15 écoles, ou parfois plus, au sein d'une commission scolaire. Je parle plutôt d'engager les enseignants qui traitent avec les enfants sur une base quotidienne.

La Dre Sacks : Ce sont là de gros problèmes et des questions fondamentales qu'il est tout à fait possible d'aborder. Premièrement, dans tout nouvel institut, le conseil d'éducation doit être inclus. Je note que la Colombie-Britannique a un nouveau système qui est merveilleux pour aborder les problèmes de santé mentale chez les enfants. La province y a incorporé des médecins, des infirmières et des psychologues. Par contre, elle ne fait pas intervenir le système d'éducation.

La majorité des systèmes de dépistage que je connais, et j'ai contribué à en élaborer quelques-uns, visent les enfants qui sont identifiés dans les écoles. Ce sont des enfants qui, pour une raison quelconque, ne réussissent pas bien. Bien entendu, vous pouvez demander au psychologue scolaire de vérifier si un trouble d'apprentissage est en cause, mais en tant que société, nous devons chercher d'autres raisons pour lesquelles ces enfants ne réussissent pas à l'école.

Il est intéressant de savoir si ces enfants sont absents fréquemment ou bien s'ils ne font pas ce qu'ils devraient faire. Il est possible de dépister assez tôt, dès l'âge de six, sept ou même huit ans, et même plus tard, au début de l'adolescence, les problèmes d'anxiété, de dépression et autres. Il suffit que l'enseignant note que l'enfant n'apprend pas malgré ses efforts.

Pour ce qui est de l'intimidation, il est intéressant de noter que ce sont des personnes qui ont des problèmes, mais pas nécessairement ceux auxquels nous pensons. Toutefois, la personne qui est victime d'intimidation a presque toujours un problème d'anxiété et de dépression, ou certains autres problèmes. Celui qui intimide choisit ses victimes parmi les plus vulnérables. Les deux aspects du problème doivent être abordés.

Comme l'école n'a pas les ressources nécessaires pour intervenir sauf renvoyer les coupables à la maison, et qu'il n'y a personne à la maison, la situation est désastreuse. Une telle approche n'aide personne, même pas l'école, parce que personne n'a appris ce qu'il faut faire pour corriger le problème. Il faut également apprendre des choses aux écoles. Une partie du travail de cet institut serait d'éduquer les gens qui travaillent auprès des enfants et des adolescents. Ces personnes doivent apprendre que certaines choses ne sont pas autorisées dans le système scolaire. Tous ceux qui fréquentent l'école, qu'ils aient été victimes d'intimidation ou non, doivent être identifiés et l'école doit transformer son système social.

Nous avons besoin de coordination. Nous devons aussi incorporer les enseignants parce que, en ce qui me concerne, ce sont les intervenants clés, et non les parents. D'abord, ils passent

parents, and interaction is when kids' illnesses often are displayed. Therefore, it is more likely that illness in children and adolescents will be picked up in the school society. We need to teach the teachers how to identify that this child needs some screening. It could be put on a report card.

plus de temps avec l'enfant que ne le font les parents, et l'interaction se produit au moment où les problèmes de l'enfant se manifestent. En conséquence, il est plus probable que la maladie des enfants et des adolescents pourra être observée dans le système scolaire. Nous devons montrer aux enseignants comment repérer l'enfant qui a besoin d'aide, et leurs observations pourraient être consignées dans un bulletin.

Having worked in pediatrics for 30 years, I spent the first 20 trying to tell people who insisted on getting the next kind of X-ray that the tummy ache was not due to a stomach tumour. Whether it is because of the media or whatever, that has changed in many cases. Now I have to fight to try to get a physical test because the mother is so sure it is anxiety. They come in ready to accept some of these diagnoses. We have made some steps forward.

J'ai travaillé 30 ans en pédiatrie, dont les 20 premières années à dire aux ceux qui insistaient pour subir des tests toujours plus poussés que le mal de ventre n'était pas dû à une tumeur à l'estomac. Que ce soit à cause de l'influence des médias ou d'autres facteurs, tout cela a changé dans plusieurs cas. Aujourd'hui, je dois me battre pour faire un examen physique parce que la mère est persuadée qu'il s'agit d'un cas d'anxiété. Les gens nous consultent et ils sont disposés à accepter une partie du diagnostic. De toute évidence, nous avons fait quelques progrès.

That is the public support we would have for these conditions, which I think is already there. I do not know who did the work, maybe the psychiatrists and other people, but I think it is available. However, the school must be included in early identification of these kids who are going on to become adults with mental disorders.

C'est le genre de soutien public dont nous aurions besoin pour traiter de ces cas, et je pense que nous l'avons déjà. Je ne sais pas qui a fait le travail, peut-être que ce sont les psychiatres ou d'autres spécialistes, mais je pense que les résultats sont disponibles. Toutefois, l'école doit faire partie du processus de dépistage de ces enfants, qui deviendront des adultes et qui seront aux prises avec des problèmes mentaux.

The Chairman: Can I ask a follow-up question to that? How do you get around the problem? First of all, you mentioned school psychologists; in a great many school boards across this country they have vanished as a part of budget cuts. The speech therapists who used to exist have been reduced dramatically, also the school psychologists and so on.

Le président : Puis-je vous poser une question? Comment peut-on régler le problème? Premièrement, vous avez parlé des psychologues scolaires; dans plusieurs conseils scolaires du pays, ils ont disparu avec les coupures de budget. Le nombre d'orthophonistes a été grandement réduit, et il en est de même des psychologues scolaires et ainsi de suite.

How do you get around the following problem? In effect, what you have is diagnosis of a medical condition by a teacher, at least a diagnosis in the sense that there is a problem. Let us suppose you go to the next step whereby, in some sense, the student will receive some help. At that point, am I not correct that you almost have to cut the teacher out again because the privacy laws make it almost impossible for the person who is treating the patient — whether it is a GP, paediatrician, psychiatrist or whatever — to talk to the teacher or the family about what really needs to happen? Am I correct that the collegial, multidisciplinary treatment that would be required is difficult to offer because of privacy laws?

Comment peut-on régler le problème suivant? L'enseignant diagnostique un problème médical, à tout le moins détermine qu'il y a problème. Supposons qu'il est possible d'aller à l'étape suivante, c'est-à-dire où l'élève recevra de l'aide. N'ai-je pas raison de dire qu'à ce stade il faut presque éliminer l'enseignant en raison des lois sur la protection de la vie privée qui font en sorte qu'il est impossible pour qui traite le patient, qu'il s'agisse d'un généraliste, d'un pédiatre, d'un psychiatre ou ce que vous voudrez, de parler à l'enseignant ou à la famille de ce qu'il faut faire? Ai-je raison de dire que le traitement collégial, pluridisciplinaire qui serait nécessaire est difficile à offrir en raison des lois qui gouvernent la protection de la vie privée?

Dr. Sacks: Not really, with the cooperation of the family. Pediatricians spend a lot of time at schools talking to teachers about what is going on with patients who come to them. As you mentioned, I get scribbled letters from teachers saying this child is out of control, give him something.

La Dre Sacks : Non, pas vraiment, sauf s'il y a coopération de la part de la famille. Les pédiatres passent beaucoup de temps dans les écoles à parler aux enseignants au sujet des consultations avec leurs patients. Comme vous l'avez mentionné, je reçois des notes rédigées par des enseignants qui me disent que tel enfant est impossible à contrôler, et qui me demandent de lui donner quelque chose.

The Chairman: Just get rid of the problem.

Le président : Débarrassez-moi du problème.

Dr. Sacks: That is right. In fact, if we do diagnose a problem that needs to be addressed with the cooperation of the school, we need the teachers on board. By the way, Ritalin is prescribed in

La Dre Sacks : C'est exact. De fait, si nous diagnostiquons un problème qui doit être abordé en collaboration avec l'école, les enseignants doivent collaborer avec nous. Soit dit en passant, il se

this country in about the same percentage number as the kids that we would estimate have ADD or ADHD. It looks as if it is being poured out like water. It is not.

prescrit du Ritalin au pays en proportion égale au nombre d'enfants qui, selon nous, souffriraient de DCA ou de THADA. On semble croire qu'il est prescrit comme s'il s'agissait de bonbons, mais ce n'est pas le cas.

The Chairman: My comment was a different one. To what extent does simply giving Ritalin and doing nothing else merely quiet the disruptive student down and solve the teacher's problem, but not the student's problem?

Le président : Ma préoccupation est différente. Dans quelle mesure le fait de prescrire du Ritalin et de ne rien faire d'autre contribue-t-il à calmer l'élève perturbateur et à régler le problème de l'enseignant, mais non celui de l'élève?

Dr. Sacks: I hate to tell you the answer to that because you will not like it. Attention deficit disorder is a chemical disorder, genetic in origin, which responds in about 70-plus per cent of cases to pharmacological therapy. The truth is that I never treat a child unless I have cooperation on behavioural changes at home and at school — that the teacher will place this kid in a certain place, that she will cue him to pay attention, that she will help me with the use of the medication.

La Dre Sacks : J'hésite à vous donner la réponse parce qu'elle ne vous plaira pas. Le trouble déficitaire de l'attention est un désordre chimique, d'origine génétique, qui se traite dans plus de 70 p. 100 des cas par voie pharmacologique. En vérité, je ne traite jamais un enfant à moins d'avoir la coopération des parents et de l'école. Il faut viser un changement du comportement, il faut que l'enseignant accepte de placer l'enfant à un endroit de la classe où il pourra l'inciter à être plus attentif. Il faut aussi que l'enseignant puisse m'aider dans l'utilisation du médicament.

It is like diet medication. No matter how many diet pills you take, if you want that chocolate cake, it is going in. As much Ritalin or stimulant medication as I give, unless it is supported by behavioural treatments at home and structure at school, it will not work as effectively as it can.

C'est un peu comme les médicaments utilisés dans le cadre de régimes alimentaires. Peu importe le nombre de comprimés que vous pourrez prendre, si vous voulez manger un gâteau au chocolat, vous en mangerez. Peu importe la quantité de Ritalin ou de médicament de stimulation qui peuvent être prescrits, ces médicaments n'auront aucun effet si les parents et le système scolaire ne contribuent pas au traitement du comportement.

The Chairman: You are able to talk to the teachers and the privacy law is not an issue.

Le président : Vous pouvez parler aux enseignants et la législation concernant la protection de la vie privée ne vous pose pas de problème.

Dr. Sacks: With permission from the parent, and most of the time, in the school situation, on that particular issue, ADD, it is okay. They sometimes have more difficulty talking about some of the other psychiatric diagnoses.

La Dre Sacks : Avec la permission des parents et, la plupart du temps, dans le contexte de l'école et pour ce problème particulier, il n'y a pas de problème. Parfois, il est plus difficile de parler des autres diagnostics psychiatriques.

Dr. Woodside: Just to follow up on privacy, the PIPEDA legislation, which for everyone else is a huge shock, is similar to the law about mental health information that has been in place for 20 or 30 years. We have worked under a PIPEDA-like system for decades.

Le Dr Woodside : Je voudrais ajouter un mot concernant la protection de la vie privée, la LPRPDE, qui pose un problème considérable pour la plupart des gens, mais qui est similaire à la législation qui régit l'information sur la santé mentale en vigueur depuis 20 ou 30 ans. Depuis des décennies, nous travaillons dans un système qui ressemble à celui de la LPRPDE.

The Chairman: Would you clarify what PIPEDA is for the television audience, please?

Le président : Pourriez-vous préciser ce qu'est la LPRPDE pour notre auditoire de la télévision, je vous prie?

Dr. Woodside: PIPEDA is the privacy legislation. The restrictions have been in place for mental health information for ages. We have already established our multidisciplinary and collaborative teamwork arrangements under strictures that are about as extreme as the new privacy legislation. We get along with that fine.

Le Dr Woodside : La LPRPDE est la législation sur la protection des renseignements personnels. Les restrictions concernant les renseignements sur la santé mentale existent depuis des années. Nous avons déjà établi nos propres arrangements de travail pluridisciplinaire et de travail en collaboration selon des limites qui sont aussi contraignantes que celles de la nouvelle législation sur la protection des renseignements personnels. Nous nous en accommodons très bien.

Establishing provincial, regional or district networks where mental health information is part of a comprehensive medical record probably will be impossible under the new privacy

Il sera impossible en vertu de la nouvelle législation sur la protection des renseignements privés d'établir des réseaux provinciaux, régionaux ou de district au sein desquels les

legislation, but inside a clinic or a family practice, a single group, we get on fine with very tight constraints on mental health information.

Dr. Levy: You have correctly identified a problem, particularly for the non-institutional setting. The barriers to multidisciplinary work in the community context are indeed significant. The best way to deal with that, given the realities of and the good reasons for the constraints, is to bring it back to de-stigmatization efforts. The nub of the solution is in consent. In my experience, the reason for consent being denied is invariably fear of discrimination at some other level. Again, it does not seem like a direct answer to the question, but in a strange way, the privacy issues go away when the stigma issues go away.

The Chairman: In essence, Dr. Woodside's comment, that psychiatrists dealing with mental illness have been under stricter privacy rules for a longer time than the rest of the medical profession, is a clear indication of the stigma. The reality is that people who had a physical illness felt less need to hide it. It is not that they did not want privacy, but clearly if someone found out about it, they could live with it. If someone found out they had a mental problem, that was quite a different order of magnitude, and I suspect that is the origin of the fact that your rules were different.

Senator Cook: To help you understand the context of my questions, I should tell you I come from the province of Newfoundland and Labrador. The problems there are the same as in other parts of Canada, but the resources, people like you, are very thin. The province has one tertiary care hospital. When I hear about clusters and primary care and all of those things, how I wish we had those resources. Given where we are, the impossible will take a little longer to achieve.

I want to look at structure, because if we intend to begin on a journey, we need to do that. Dr. Woodside recommended that a mental health centre be housed within the public health agency, and Dr. Schumacher mentioned a centre for mental health within Health Canada. I want you to think of that in the context of where I live, with 500,000 people, which is equivalent to just a small corner of the Greater Toronto area. I can see that as a positive for my province.

I want to go a step further. Last year, the people who govern this land signed a 10-year health accord, so we have to work within the parameters of that. We will be moving forward in what I would call trying to put a quart into a pint bottle. Addressing the needs we are hearing about here will challenge the best of us. I

renseignements sur la santé mentale feront partie d'un dossier médical complet. Par contrer, à l'intérieur d'une clinique ou dans une pratique de médecine familiale, à l'intérieur d'un groupe unique, nous nous débrouillons fort bien avec des contraintes réelles concernant l'information sur la santé mentale.

La Dre Levy : Vous avez très bien identifié un problème, particulièrement dans le contexte non institutionnel. Les obstacles au travail pluridisciplinaire dans un cadre communautaire sont assez importants. La meilleure façon d'y faire face, compte tenu de la réalité et des raisons valables qui s'appliquent aux contraintes, il est mieux de chercher à déstigmatiser. La clé de la solution est dans le consentement. Selon mon expérience, la raison pour laquelle on nous interdit d'accéder aux renseignements personnels est plutôt la peur de la discrimination à un autre niveau. Je le répète, même si cela ne semble pas répondre directement à votre question, mais pour une raison qui m'échappe les craintes concernant la protection des renseignements personnels disparaissent presque toujours lorsque disparaissent les stigmates.

Le président : Ainsi, les observations du Dr Woodside à l'effet que les psychiatres qui traitent les maladies mentales sont soumis à des règles de protection de renseignements personnels beaucoup plus rigoureuses depuis fort longtemps et depuis plus longtemps que pour le reste de la profession médicale, sont une indication claire du stigmate. Dans la réalité, les gens qui ont eu des problèmes de santé physique sentent moins la nécessité de le cacher. Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas que les renseignements demeurent privés, mais si quelqu'un découvrait ces renseignements, ils pourraient s'en accommoder. Par contre, si on découvrait qu'ils avaient souffert d'un problème de santé mentale, alors là tout change. Et je soupçonne que l'origine de vos règles puisse être associée à cet aspect.

Le sénateur Cook : Pour vous aider à mieux situer le contexte de mes questions, je vous dirais que je viens de Terre-Neuve-et-Labrador où les problèmes sont les mêmes qu'ailleurs au Canada, mais où les ressources, c'est-à-dire des gens comme vous, sont très disparates. La province compte un hôpital de soins tertiaires. Quand j'entends parler de groupes et de soins primaires et de toutes ces choses, j'aimerais bien pouvoir accéder à ces ressources. Compte tenu de l'endroit où nous sommes, il faudra un peu plus de temps avant que l'impossible ne se réalise.

Je voudrais m'attarder à la structure, parce que si nous avons l'intention de nous embarquer dans une aventure, c'est ce qu'il faut faire. Le Dr Woodside a recommandé l'établissement d'un centre de santé mentale au sein de l'organisme de santé publique, et le Dr Schumacher a parlé d'un centre de santé mentale au sein de Santé Canada. J'aimerais que vous réfléchissiez à cela dans le contexte de mon lieu de résidence, là où il y a 500 000 personnes qui représentent l'équivalent d'une petite partie de la Région du Grand Toronto. Cela serait positif pour ma province.

Permettez-moi d'aller un peu plus loin. L'an dernier, les gens qui gouvernent notre pays ont signé un accord de santé de 10 ans, de sorte que nous devons travailler dans les limites de ces paramètres. Pendant ce temps, nous chercherons à faire ce que j'appellerais « verser le contenu d'un litre dans une chopine ».

am interested in hearing if you would support dedicated funding for this centre so that within public health or Health Canada, you do not have to fight for the money that you need to do the jobs that need to be done.

I will leave the structure for a moment and go on to the human resources that are necessary to deal with the issue. We are looking at a long time, probably 10 years. Is there an opportunity here for federal bursary programs? Should we be looking at not only a curriculum for medical schools but also extra training for nurse practitioners? Do we do it through telemedicine? Are we looking at a curriculum for teachers so they can recognize issues before it is too late? Where are we with all those bits and pieces?

Ideally, a cluster means a group of learned people who can take care of the total person. For my province, that is a dream that will take a long time to become reality. Nevertheless, I think we should strive to do it. We talk about sociologists. We talk about psychologists. We know what the funding is under the Canada Health Act and medicare. Some of those people are outside of that jurisdiction. We need to offer a seamless delivery that treats the total person.

Those are the challenges that we have to look at here first, and if we are to start, Dr. Sacks, yes, let us start at the beginning. Let us start with our children. Let us get this right. In the meantime, we have to maintain the status quo.

I heard you talk about your anorexia nervosa wait list. I experienced a young person's life being turned around with the aid of a dietician and a psychologist who was writing her master's on eating disorders. Because of dedicated people like you, that life was turned around.

While we aim for the ideal, I would like to hear you say what is possible now, and how we can work together in the present environment. I hear that 70 per cent of family physicians have not had a lot of training, if any, in mental health issues. I do not know if that is so or not. As we move forward, I think we have to do so from a human resource perspective. What can we offer in the current system, whether teleconferencing, telemedicine, consulting, to enable my province to have a mobile cluster of learned people so all the pieces might work? I would like to hear your opinions.

The Chairman: That is a good range of questions.

Dr. Woodside: The answer to the question, Senator Cook, is yes. You are right. It will take a long time. If we never start, we will never get there. One of the disadvantages for a province the

Nous aurons tout un défi à relever pour aborder les besoins dont vous nous parlez. Je suis curieuse de savoir si vous êtes favorable à un financement consacré à ce centre de sorte qu'en matière de santé publique, ou même du côté de Santé Canada, il ne soit pas nécessaire de se battre pour obtenir l'argent requis pour faire le travail qui doit être fait.

Je délaisse pour un moment la structure pour parler des ressources humaines requises pour aborder le problème. Il faudra beaucoup de temps, probablement une dizaine d'années. Y a-t-il des possibilités d'établir des programmes de bourses d'études fédérales? Ne devrions-nous pas examiner, non seulement la possibilité d'un programme pour les écoles de médecine mais aussi pour une formation supplémentaire pour les infirmiers et les infirmières? Faut-il avoir recours à la télémédecine? Avons-nous pensé à un programme d'études pour les enseignants afin qu'ils puissent reconnaître les problèmes avant qu'il ne soit trop tard? Où en sommes-nous avec tous ces éléments?

Idéalement, le noyau est un groupe de personnes savantes qui peuvent s'occuper de toute la personne. Dans le cas de ma province, il s'agit d'un rêve qui est encore loin de la réalité. Malgré cela, je crois que nous devrions tendre vers cette solution. Nous avons parlé de sociologues. Nous parlons de psychologues. Nous savons ce qu'est le financement en vertu de la Loi canadienne sur la santé et le régime d'assurance-maladie. Certaines personnes échappent à cette juridiction et nous nous devons d'offrir l'accès à un système qui traite de la personne dans son entier.

Ce sont donc les enjeux sur lesquels nous devons d'abord nous pencher. Si nous devons commencer quelque part, Dr Sacks, commençons par le début. Commençons par nos enfants. Faisons les choses correctement, mais entre-temps nous devrons maintenir le statu quo.

Je vous ai entendu parler de votre liste d'attente pour le traitement de l'anorexie mentale. J'ai connu une jeune personne dont la vie a été transformée grâce à l'intervention d'une diététiste et d'une psychologue qui préparait sa thèse de maîtrise sur les troubles de la nutrition. C'est grâce à des personnes engagées comme vous l'êtes que cette personne a pu retrouver une vie normale.

Nous cherchons à atteindre l'idéal, mais j'aimerais vous entendre dire ce qu'il est possible de faire maintenant, et comment nous pourrons travailler dans le contexte actuel. On me dit que 70 p. 100 des médecins de famille n'ont pas eu une formation poussée en ce qui a trait aux questions de santé mentale. Je ne sais pas ce qu'il en est véritablement. J'estime que si nous voulons avancer, nous devons le faire d'un point de vue de ressources humaines. Que pouvons-nous offrir dans le système actuel, qu'il s'agisse de téléconférence, de télémédecine, de consultation, pour que ma province puisse disposer d'un groupe mobile de personnes savantes, qui fasse en sorte que tous les éléments puissent fonctionner? J'aimerais entendre votre opinion à ce sujet.

Le président : Voilà une gamme de questions assez complète.

Le Dr Woodside : La réponse à la question, sénateur Cook, est oui. Vous avez raison, il faudra beaucoup de temps. Si nous ne commençons pas, nous n'y arriverons jamais. Un des

size of Newfoundland and Labrador is that there is a lot of space and not many people. There is no fish, and maybe there is oil and maybe there is not. There is a resource problem. The advantage is that you can think about it. It is a size that you can actually comprehend in your head. If you ask me to solve the problem in Toronto, my head will explode trying to think about it. It is too big and complicated a problem. If you asked me to consult with people in Newfoundland and Labrador for a year to develop a mental health system that will suit that province, I could probably do that because it is small enough.

Some of the things you propose as a committee may, initially, in fact be more suited to most of the space in this country, the relatively sparsely populated rural areas and smaller communities, because people can think about that.

All of the things that you describe will be part of the solution, and that will be different for Labrador than for Prince Edward Island, Nova Scotia or Newfoundland. As Dr. Keon indicated, you will start at the community level and state that this is the goal. This is what we want to provide for the population, what we want people to have access to. Here is a basket of things that might help. They may be useful strategies.

Let us have you help us design a strategy that will work for your community. It will work best where people can think about it rather than being overwhelmed by the magnitude of the problem.

Dr. Schumacher: First, let me reassure you about medical education. The curriculum is already pretty chock full. While you are right that formal training in geriatrics might be only 1 per cent, and formal training in pediatrics might be 1 per cent, the reality is from the first day in medical school, 30 per cent of our contacts are with seniors and 30 per cent of our contacts are with paediatric patients because they see physicians disproportionately more than others. Therefore, while the absolute training and textbook time might be less, the reality of the experience is that we have daily contact with those kinds of people.

The same is true for mental illness, where 30 per cent of the encounters I have as a family doctor have some emotional component to them. That is just the way it is. If you are not good at it from day one, you will be pretty good at it by day five.

I wish to touch again on screening. It is one of the most important things we can do better right away. One of the most useful acts in my office is to remove the stigmatism attached to this. I have this nice little coloured card in every examining room that just sits there. I try to keep the examining room fairly uncluttered. It displays the different types of symptoms of depression. It makes up two words. It has “sad” and “faces” with an “I” in between. Each letter stand for one of the

inconvénients dans le cas d’une province de la taille de Terre-Neuve-et-Labrador est qu’il y a beaucoup d’espace, mais peu de gens. Il n’y a pas de poisson, et il pourrait y avoir du pétrole. Mais il y a un problème de ressources. L’avantage, c’est qu’il est possible d’y réfléchir. Il s’agit d’un problème que l’on peut facilement comprendre. Si vous me demandez de régler le problème à Toronto, mon cerveau ne tiendra pas le coup parce que le problème est trop grand et trop complexe. Si vous me demandez de consulter les gens à Terre-Neuve-et-Labrador pendant un an en vue d’élaborer un système de santé mentale qui sera adapté à la province, je serai probablement en mesure de le faire parce qu’il s’agit d’un problème de taille réduite.

Certaines des choses que votre comité propose pourraient, au départ, être mieux adaptées à la plupart des régions de notre pays, aux régions qui comptent une population rurale dispersée et aux plus petites collectivités, parce que les gens sont capables de penser en ces termes.

Tout ce que vous décrivez, fera partie de la solution et cette solution sera différente pour le Labrador de ce qu’elle ne pourrait être pour l’Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse ou Terre-Neuve-et-Labrador. Comme l’a dit le Dr Keon, vous devrez commencer au niveau de la collectivité et vous dire qu’il s’agit de l’objectif. C’est ce que nous voulons offrir à la population. Nous voulons que les gens puissent accéder à ces services. Pour y arriver, voici un ensemble d’éléments, de stratégies utiles qui pourraient aider à atteindre le but.

Aidez-nous à concevoir une stratégie qui sera adaptée à votre collectivité. Il sera plus facile d’y arriver dans un contexte où les gens sont capables de l’envisager plutôt que d’être complètement obnubilés par l’ampleur du problème.

Le Dr Shumacher : Laissez-moi d’abord vous rassurer au sujet des études en médecine. Le programme est déjà très complet. Bien que vous ayez raison de penser que l’enseignement en gériatrie ne représente qu’un pour cent, que la formation officielle en pédiatrie ne représente peut-être qu’un pour cent, dans la réalité, à compter de l’entrée à l’école de médecine, 30 p. 100 des contacts se font avec des personnes âgées et 30 p. 100 des contacts se font avec des patients en pédiatrie parce que cette clientèle consulte beaucoup plus les médecins que d’autres. Par conséquent, bien que la formation et les manuels scolaires représentent une proportion moindre, dans la réalité, nous avons des contacts quotidiens avec cette clientèle.

La même chose s’applique à la maladie mentale, où 30 p. 100 des consultations que je donne en tant que médecin de famille comportent un élément relié aux émotions. C’est ainsi que sont les choses. Si vous n’êtes pas apte à fonctionner le premier jour, vous le deviendrez dès le cinquième.

Permettez-moi de revenir au dépistage. C’est une des choses les plus importantes que nous pouvons faire maintenant. Un des actes les plus utiles dans mon cabinet est d’éliminer le stigmate relié à cet aspect. J’ai placé dans toutes mes salles d’examen une jolie petite carte en couleurs. J’évite d’encombrer les salles d’examen. Sur cette carte se trouve une description de différents symptômes de dépression. Il y a deux mots : « sad » et « faces » et la lettre « I » entre les deux. Chaque lettre représente un des

symptoms, whether it is a problem with sleep, increased or decreased appetite. The last one is "thinking about suicide." It will sit there and people will look at it while they are waiting. They will indicate that they are scoring about 6 out of 9 on that one. It removes the stigmatism attached to the idea of mental health because it is there for them to look at. It is the same as if I have another poster there. You would be offended if I started to ask you about your risk for AIDS. However, if I have a poster in the waiting room that asks questions about HIV, you are likely to walk in and ask questions, such as what is the big deal with HIV, and we can start the conversation. That is one of the easiest ways we can do that. Every physician's office is a safe place to talk about mental illness.

symptômes, qu'il s'agisse d'un trouble du sommeil, d'un problème d'appétit ou de manque d'appétit. La dernière concerne le suicide. Les patients qui attendent doivent la regarder. En général, ils constatent que six des neuf problèmes s'appliquent à eux. Cette approche élimine le stigmate rattaché à l'idée de la santé mentale parce que les patients peuvent regarder la carte et s'y retrouver. C'est la même chose que si j'avais une affiche. Vous seriez blessé si je vous demandais quels sont les risques que vous courez d'avoir le sida. Toutefois, si j'ai placé une affiche dans la salle d'attente qui pose des questions au sujet du VIH, vous serez plus probablement porté à en parler et à poser des questions, par exemple qui a-t-il de si important concernant le VIH. Cela permet d'amorcer la conversation. C'est une des façons les plus douces de le faire. Le cabinet de tout médecin est un endroit sûr où parler de santé mentale.

Where should this centre be located? I think it has to be in Health Canada. I do not think we can have one building for somatic and physical illness and a separate building for mental illness. The two have to go hand in hand. The person in charge has to be in the middle of everything. We have to adequately treat and assess mental illness within the federal government first. If we cannot bring the resources into Ottawa or other big centres that need psychologists, social workers, and integrate everything in a place where people have reasonable benefit plans, then where in the country can we? Therefore, as much as we need to start at the beginning, we also need to pick the low-hanging fruit. The federal civil service is the low-hanging fruit. If we want to get to a group in a really good way, let us go there first and use that as a shining example.

Où faudrait-il situer ce centre? Selon moi, il faudrait qu'il soit créé au sein de Santé Canada. Je ne pense pas qu'il soit possible de disposer d'un édifice pour les troubles somatiques et physiques et d'un autre édifice pour la santé mentale. Ces deux volets doivent cohabiter. La personne en charge doit être au cœur de l'action. Il faut d'abord traiter de la question de santé mentale de manière appropriée au sein du gouvernement fédéral. S'il est impossible de réunir les ressources à Ottawa ou dans un autre centre d'importance qui a besoin de psychologues, de travailleurs sociaux et d'intégrer tout ce monde dans un seul endroit où les gens pourront profiter de régimes d'avantages sociaux raisonnables, où pourrait-on installer un tel centre ailleurs au pays? En conséquence, nous devons commencer par le commencement, c'est-à-dire tirer profit des ressources existantes. La fonction publique fédérale est la ressource existante. Si nous voulons rejoindre un groupe donné, nous devons d'abord nous tourner du côté de cette ressource et nous en servir à titre d'exemple.

The Chairman: Dr. Sacks, do you have any comments?

Le président : Docteure Sacks, avez-vous d'autres observations à faire?

Dr. Sacks: I appreciate that Newfoundland is different from Ontario, but I envision a national institute as being a place where we can collaborate and inform. At the annual meeting of the Canadian Paediatric Association, it is wonderful to hear what other people are doing. I wish I had known. I am one of the reviewers of the institute of child centres of excellence. I get many proposals for research. I am amazed how people 200 kilometres away do not know that someone else is trying to research something very similar to what they are doing. We certainly need a place where we can increase collaboration. They are both good projects, why cannot they work on it together?

La Dre Sacks : Je comprends que Terre-Neuve-et-Labrador soit différente de l'Ontario, mais j'envisage un institut national où les intervenants puissent collaborer et informer. Lors de l'assemblée annuelle de l'Association canadienne de pédiatrie, il a été merveilleux d'entendre parler de ce que font d'autres collègues. J'aurais aimé savoir. Je suis un des examinateurs des centres d'excellence de l'Institut. Je reçois de nombreuses propositions de recherche et je suis surpris de constater que les gens qui travaillent à 200 kilomètres de chez moi ne savent pas que quelqu'un d'autre fait des recherches dans un domaine similaire au leur. Nous avons assurément besoin d'un centre qui favorise la collaboration. Ce sont deux bons projets et je me demande pourquoi les responsables ne cherchent pas à travailler ensemble.

Dr. Woodside: Just a brief supplementary comment. There is no solution where one size fits all, and that is where the federal government comes in. It sets a standard, such as nobody should wait more than 30 days after their depression is diagnosed to receive treatment. Those from Newfoundland and Labrador will

Le Dr Woodside : J'aimerais faire une observation supplémentaire. Il n'y a pas de solution unique et c'est là où le gouvernement fédéral doit intervenir. C'est lui qui établit les normes de sorte que personne ne devrait être obligé d'attendre plus de 30 jours après le diagnostic d'une dépression pour recevoir

say, "How will we do that?" People from Health Canada will say, "Here are 200 great ideas. Which ones do you think will be helpful for you?"

un traitement. Les gens de Terre-Neuve-et-Labrador se demanderont comment y parvenir et les fonctionnaires de Santé Canada leur répondront qu'ils ont accès à « 200 idées extraordinaires » parmi lesquelles choisir.

Senator Dyck: I am from Saskatchewan. As you may know, in Saskatchewan we have what I call a brown baby boom. We have a very large and growing population and we are predicting than in about 25 years, 50 per cent of the children within the public system will be Aboriginal. Therefore, in terms of pediatrics and the incidence of any medical illness, it would represent a significant challenge.

Le sénateur Dyck : Je suis de la Saskatchewan, et comme vous le savez, la province connaît ce que j'appellerais une explosion démographique d'enfants de couleur. Nous avons une très importante population en pleine croissance et nous prévoyons que d'ici 25 ans, 50 p. 100 des enfants dans le système public seront autochtones. Par conséquent, la situation et l'incidence de maladies mentales présenteront un défi de taille pour la pédiatrie.

My question relates to screening. You were saying you have screening tools available. I am wondering if they would be as reliable in an Aboriginal population as they would in a Caucasian population. As an Aboriginal person, I get a little nervous about tagging. When you were talking about different cultural populations, you mentioned that you were worried that you might be missing certain mental illnesses in the new immigrant population. My fear is the exact opposite. You might be picking up things that really are not mental illness.

Ma question est reliée au dépistage. Vous disiez avoir des outils de dépistage. Je me demande s'ils sont aussi fiables pour une population autochtone qu'ils le sont pour une population caucasienne. En tant qu'Autochtone, je suis un peu nerveuse face à l'étiquetage. Quand vous avez parlé des différentes populations culturelles, vous avez dit craindre de passer outre à certains problèmes de maladie mentale au sein de la population de nouveaux immigrants. Ma crainte est exactement à l'opposé. Vous pourriez relever des choses qui n'ont rien à voir avec un problème de santé mentale.

Dr. Sacks: Those are very important issues. The Canadian Paediatric Association has a First Nations and Inuit committee, and in May we will be having a First Nations and Inuit summit on the major issues of this group. It will include a strong bias toward mental health issues. As you know, the degree of adolescent alcoholism and suicide in this population is absolutely untenable. It is just a national disgrace. The present screening tools will have to be modified with the help of our First Nations and Inuit colleagues.

La Dre Sacks : Ce sont des questions très importantes. L'Association canadienne de pédiatrie a un comité des Premières nations et des Inuits, et en mai nous tiendrons un sommet des Premières nations et des Inuits sur les questions principales de ce groupe. Ce sommet aura un important volet sur les questions de santé mentale. Comme vous le savez, l'incidence d'alcoolisme et de suicide chez les adolescents de cette population est absolument scandaleuse. C'est une disgrâce nationale. Les outils actuels de dépistage devront être modifiés avec l'aide de nos collègues des Premières nations et des Inuits.

In fact, that is one of the major goals of the summit, to pick out these circumstances.

De fait, c'est un des objectifs majeurs de ce sommet, c'est-à-dire délimiter ces problèmes.

I used the word "tag" and I knew that it would get people's back up. However, if we can help people, then we should tag them, because we know it will not go away and we know what happens if they are not treated. If we cannot help because we do not have the tools, and that may be true of the cultural population that we see, then there is no reason to tag. In fact, it can be dangerous. However, I think, certainly with the help of colleagues and working together, we will develop those tools quite easily. The tools that have been developed are certainly multicultural from the standpoint of many of the cultures that we are seeing in Canada now, but not the Aboriginal culture, you are right.

J'ai utilisé le mot « étiquette » et je savais que cela indisposerait. Toutefois, si nous pouvons aider les personnes, nous devrions par conséquent les étiqueter. Nous savons que le problème ne disparaîtra pas et nous savons aussi ce qui se produit quand le problème n'est pas traité. Si nous ne pouvons aider parce que nous ne disposons pas des outils nécessaires, et cela peut fort bien s'appliquer aux populations culturelles qui nous consultent, il n'y aucune raison d'étiqueter. De fait, cette pratique peut être dangereuse. Toutefois, je suis persuadée que nous parviendrons à développer des outils assez facilement avec l'aide de nos collègues, si nous travaillons ensemble. Les outils qui ont été mis au point sont d'application multiculturelle du point de vue de plusieurs des populations culturelles que nous voyons au Canada, mais non du point de vue de la culture autochtone. À cet égard, vous avez raison.

Dr. Woodside: The purpose of screening is to identify individuals who require further assessment. The purpose of screening is not diagnosis. I will just translate your comments to another field. If we accept your reasoning, we should not do screening Pap smears on women because some women will be falsely identified as possibly having cervical cancer, and we could not have that, could we? The purpose of screening is to pick up

Le Dr Woodside : Le but du dépistage est d'identifier les personnes qui devront faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. Le dépistage n'est pas un diagnostic. Je transposerai vos observations à un autre domaine. Si nous suivons votre raisonnement, nous ne devrions pas soumettre les femmes au test de PAP parce que certaines d'entre elles seront identifiées, à tort, comme pouvant avoir un cancer du col de

the kids who are at risk and do a thorough assessment on them to decide whether they have a depression or not. In mental health, under-diagnosis is the problem, not over-diagnosis. The screening should not stigmatize anybody. Neither should the diagnosis. The screening is to figure out who needs more attention.

We screen across the entire practice of medicine, and I think this is a table where people are pro-mental health; we think about our own attitudes. Maybe we should not screen because people might be defined as at risk when they do not have the illness. We would not think like that in any other area of health care, not a single one, because it is so important to identify the people who are suffering and offer them treatment.

The Chairman: The stigma makes people very reluctant at times.

Dr. Schumacher: If we look at the Aboriginal community as a whole and not specifically the pediatric community, that community carries a greater burden of chronic illnesses, diabetes being one of them. One of the things we have learned in general medicine is that when men have heart attacks, within a year 50 per cent of them will suffer from clinical depression. That is so high that you should think about intervening with everybody who has had a heart attack or bypass surgery. Retrospectively, we should probably have been putting all of Dr. Keon's patients on anti-depressants right in the hospital. The same applies to rheumatoid arthritis, the same applies to diabetes.

We are more cognizant of the fact that those people have a much higher risk of depression than others. You have to be much more proactive. You cannot passively let the sign that says "ask me about depression" sit there. You have to get in there and ask those questions. If we are identifying the populations at risk, yes, we will ask those questions more often, for good reason, as part of the screen and because we have paid attention. We have ignored cardiac illness in women for too long. We have underplayed their symptoms. We have underplayed them in other situations. This extra attention on the part of health care providers is not a bad thing; it is probably a good thing.

Senator Dyck: The difference in screening adult women is that they are adults, and it is done in private. A screening that is done in a school system is on children, and if it is done in a more private way so they are not stigmatized, and if the tagging does not then become a label, that is a better situation. Going back to your example of education, if there is a system in place whereby it is seen as a normal practice and not as segregation or labelling or tagging, it would make a difference.

Senator Fairbairn: Dr. Woodside spoke of the importance of public awareness. I noticed that there is reference to that in the documents. From the perspective of this committee, the issue of federal funding, how and where, would be a very important one.

l'utérus, et nous ne voudrions pas en arriver là, n'est-ce pas? Le but du dépistage est de repérer les enfants à risque et ensuite, de faire une évaluation approfondie de ces enfants pour déterminer s'ils souffrent de dépression ou non. En santé mentale, le problème c'est le manque de diagnostic et non le contraire. Le dépistage ne devrait stigmatiser personne. Pas plus d'ailleurs que le diagnostic. Le dépistage est une façon de savoir qui a besoin d'une plus grande attention.

Tous les médecins font du dépistage, et je pense que nous tous ici sommes favorables à la santé mentale. Nous pensons à nos propres attitudes. Peut-être ne devrions-nous pas faire de dépistage parce que les gens pourraient être définis comme étant à risque alors même qu'ils n'ont pas de maladie. Nous ne penserions même pas comme ça dans un autre secteur des soins de santé parce qu'il est très important d'identifier les personnes qui souffrent et de leur offrir un traitement.

Le président : Le stigmate rend parfois les gens très hésitants.

Le Dr Shumacher : Si on considère la collectivité autochtone comme un tout et non uniquement du point de vue des pédiatres, cette collectivité porte un lourd fardeau de maladies chroniques, notamment de diabète. Nous avons appris en médecine générale que 50 p. 100 des hommes qui font un arrêt cardiaque, souffriront de dépression clinique au cours de l'année qui suivra. Ce taux est si élevé que l'on serait porté à intervenir auprès de toute personne qui a fait un arrêt cardiaque ou qui a subi un pontage. Rétrospectivement, nous aurions probablement dû prescrire à tous les patients du Dr Keon des antidépresseurs pendant qu'ils étaient à l'hôpital. La même chose s'applique à la polyarthrite rhumatoïde et au diabète.

Nous sommes plus conscients du fait que ces personnes courent un plus grand risque de dépression que d'autres. Il faut être plus proactif et éviter de nous en remettre à l'affiche qui se lit « Parlez-moi de la dépression ». Il faut poser les questions directement aux patients. Pour identifier les populations à risque, il faut poser des questions plus souvent dans le cadre du dépistage. Nous portons attention à ces problèmes. Nous avons ignoré trop longtemps les problèmes cardiaques chez les femmes, nous en avons sous-estimé les symptômes. Nous avons également sous-estimé ces symptômes dans d'autres situations. L'attention supplémentaire qui est apportée par les fournisseurs de soins de santé n'est pas une mauvaise chose; c'est probablement même une bonne chose.

Le sénateur Dyck : La différence en matière de dépistage des femmes adultes est justement que ce sont des adultes et que le dépistage se fait en privé. Un dépistage qui se fait à l'école auprès des enfants doit être plus discret afin de ne pas stigmatiser. S'il n'est pas nécessaire d'étiqueter, tant mieux. Pour en revenir à votre exemple de l'éducation, s'il existait un système qui serait perçu comme une pratique normale et non pas comme un système de ségrégation ou d'étiquetage, cela ferait une grande différence.

Le sénateur Fairbairn : Le Dr Woodside a parlé de l'importance de sensibiliser le public. On y trouve une référence dans les documents qui nous ont été fournis. Du point de vue de notre comité, la question du financement fédéral, y compris la façon de le faire et les bénéficiaires, serait une question importante.

It seems to me that this is crucial in getting to where you want to go. In a sense, it is also one of the most difficult things to do. It is fair to say that some of the media now spend a lot more time writing about mental illness and the various incidents that happen in communities. Very often, it is after the fact, and it is a tragedy. I am thinking of how much public awareness has been generated, for instance, through television, the Internet and everything else. I am thinking particularly of some of the ads that are put out. I believe there is federal funding for some of them. I think of smoking. A woman who was a waitress here in Ottawa has gone onto the airwaves and personally across this country to say she is dying of lung cancer because of second-hand smoke, never having smoked a day in her life. It is a powerful personal message. There are others that have to do with alcohol and, of course, driving, and what alcohol does to families.

Cela me semble essentiel à votre démarche. Dans une certaine mesure, c'est aussi une des choses les plus difficiles à faire. On peut dire que certains médias passent plus de temps à rédiger des articles sur la santé mentale et sur les divers incidents qui se produisent dans les collectivités. Bien souvent, cela se fait après-coup, et c'est là le drame. Je pense notamment à la sensibilisation du public qui se fait par l'entremise de la télévision, de l'Internet et des autres médias. Je pense aussi en particulier à certaines annonces qui sont publiées. Je crois certaines de ces campagnes bénéficient d'un financement fédéral, plus particulièrement la campagne de lutte contre le tabagisme. Une personne qui travaillait comme serveuse à Ottawa s'est servie des médias pour dire partout au pays qu'elle se mourait d'un cancer du poumon attribuable à la fumée secondaire, malgré qu'elle n'ait jamais fumé de sa vie. Il s'agit là d'un message personnel très fort. Il y en a d'autres qui concernent la consommation d'alcool et, bien entendu, la conduite en état d'ébriété et sur les effets de l'alcoolisme dans les familles.

It would seem to me that this is such a huge issue, such a personal issue. All of our systems always need pressure in order to produce, and pressure ultimately has to come from the public. This is something that should be high on your list, and I suppose you would want to know more, and this committee certainly would, about how you can present that to the people whom you want to fund it. Mental Health Awareness Week is great, but it is a week. This is something on which you want to be consistent. Could you give us some suggestions, because this is certainly within the realm of a federal responsibility? Also, perhaps tell us, in your discussions with, be it Health Canada or some other part of government, what kind of reaction you have had from people in public life, whether it is federal, provincial or whatever, to taking this on as a cause. You mentioned children, start with children, because by the time people get into adulthood, the situation is not just worse for the individual, it is also worse for the public purse because it goes on and on. To me, it is a very critical part of the equation in moving this issue toward greater understanding and greater action. I am wondering if you see a spark of success anywhere along the line, or even promise in some of the discussions that you may have had with people in government.

Cela me semble être un problème considérable, un problème personnel. Chose curieuse, tous nos systèmes ont besoin d'une certaine pression pour donner des résultats, et cette pression doit, en bout de ligne, venir du public. Voilà une chose qui devrait figurer en tête de votre liste et je suppose que vous voudriez en savoir davantage, que votre comité aimerait en savoir davantage sur la façon dont vous présenterez la situation à ceux qui accordent le financement. La semaine de sensibilisation à la santé mentale est une très bonne initiative, mais elle ne dure qu'une semaine. Voilà un aspect pour lequel il faut de la constance. Pourriez-vous nous donner des suggestions, parce qu'il s'agit là d'une question qui relève assurément d'une responsabilité fédérale? Peut-être pourriez-vous nous parler aussi du type de réaction que vous avez eue du public, soit du fédéral, soit du provincial face à cette cause lors de vos discussions avec Santé Canada ou avec d'autres niveaux du gouvernement. Vous avez mentionné les enfants. Vous avez dit qu'il fallait commencer par les enfants, car une fois arrivés à l'âge adulte, la situation n'est pas seulement pire pour l'individu, elle l'est également pour le Trésor public, et ainsi de suite. Selon moi, il s'agit d'un élément essentiel de l'équation pour en arriver à une plus grande compréhension et à des mesures plus immédiates. Je me demande si vous voyez un espoir de succès dans votre démarche ou dans les discussions que vous pouvez avoir eues avec les fonctionnaires.

Dr. Woodside: Someone has to take the lead. We are willing to help. We think there is a role for the federal government as well. You commented on the woman who is going across the country dying from cancer very publicly. Forty years ago she probably would not have admitted that she had cancer. She would have felt too badly about that. Attitudes do change over time.

Le Dr Woodside : Quelqu'un doit prendre l'initiative. Nous sommes tous disposés à aider. Selon nous, il s'agit aussi d'un rôle pour le gouvernement fédéral. Vous avez parlé de la femme qui parcourt le pays pour dire publiquement qu'elle se meurt d'un cancer. Il y a 40 ans, elle n'aurait probablement pas reconnu qu'elle souffrait d'un cancer; elle aurait été trop embarrassée par cette situation. Les attitudes changent avec le temps.

The federal government can say, "It is okay to have a mental illness, it is okay to come forward, you deserve treatment; we are making this a priority and we will tell everyone that the needs of this segment of the population have been neglected and now have to be addressed." That is an important step in allowing people to feel more comfortable abut saying, "I guess I do need some help." Most people with mental illness know they are ill. They are not in

Le gouvernement fédéral peut dire qu'il est acceptable d'avoir un problème de santé mentale, qu'il est acceptable d'en parler et que la personne mérite d'être traitée. Il peut dire aussi qu'il en fait une priorité et il peut dire que les besoins de ce segment de la population ont été négligés et qu'il est maintenant temps de corriger la situation. C'est là une démarche importante pour permettre aux gens de se sentir plus à l'aise de dire qu'ils ont

denial about that. There are exceptions, but most people know they are sick. There are advocacy groups, but their funding is a patchwork. We are suggesting that the mental health agency, however it might be constituted, perhaps have a coordinating role to help fund or organize financial support for non-governmental advocacy groups, family groups, consumer groups and so on. It is possible to generate consensus among these groups.

besoin d'aide. La plupart des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale savent qu'ils sont malades. Elles ne le nient pas. Il y a pourtant des exceptions, mais la plupart des gens qui sont malades le savent. Il y a aussi des groupes de défense des intérêts, mais leur financement est disparate. Nous suggérons que l'agence de santé mentale, peu importe sa structure, puisse jouer un rôle de coordination pour aider à financer, ou du moins à organiser un soutien financier pour les groupes non gouvernementaux de défense des intérêts, pour les groupes de famille, pour les groupes de consommateurs, et ainsi de suite. Il est possible de générer un consensus parmi ces groupes.

CPA is part of a group called CAMIMH. We held a summit two or three years ago with 27 national mental health advocacy groups. We were able to agree on a five-point plan to make a start on reforming the mental health system. There are things that people agree on. The federal government needs to help. It needs to make public statements about how important this is, so that the other people who are attempting to advocate about increased awareness, about the importance of treating those with mental illnesses, do not feel they are just left hanging. That is why we advocate strongly for the federal government to take a leading role in assisting in both funding public awareness directly and coordinating funding efforts for other non-governmental advocacy groups in the mental health area.

L'APC fait partie de l'ACMMSM. Nous avons participé à un sommet il y a deux ou trois ans avec 27 groupes de défense des intérêts nationaux en matière de santé mentale. Nous avons pu nous entendre sur un plan en cinq points pour amorcer une réforme du système de santé mentale. Ce sont des éléments sur lesquels il est possible de s'entendre. Le gouvernement fédéral doit aider et il doit faire des déclarations publiques sur l'importance de cette démarche afin que les autres intervenants qui tentent de sensibiliser le public, de parler de l'importance de traiter les personnes qui souffrent de santé mentale, ne se sentent pas isolés. C'est pourquoi nous insistons fortement pour que le gouvernement fédéral joue un rôle de leader pour aider à financer directement les campagnes de sensibilisation du public et à coordonner les efforts de financement des autres groupes de défense non gouvernementaux dans le domaine de la santé mentale.

If there is a consolidated effort over a long time, it will be like cancer. Thirty or forty years from now there will be someone going across the country talking about their bipolar disease, or whatever. It will take time. It is worth the effort. We know how to do it. We have done it with other illnesses.

S'il y a un effort concerté à long terme, ce sera comme dans le cas du cancer. Dans 30 ou 40 ans d'ici, il y aura peut-être quelqu'un qui parcoura le pays pour parler du problème de bipolarité ou d'autres troubles semblables. Il faudra du temps, mais l'effort en vaut le coup. Nous savons comment le faire, nous l'avons fait dans le cas d'autres maladies.

Senator Fairbairn: In your discussions with government, what has the response been?

Le sénateur Fairbairn : Quels ont été les résultats de vos discussions avec le gouvernement?

Dr. Schumacher: The response, unfortunately, has not been the $800 million that was invested in Aboriginal health and not the $800 million that was invested in public health. You need a big number like that to make an impact on a national issue that is as prevalent as this one.

Le Dr Shumacher : Malheureusement, la réponse n'a pas été les 800 millions de dollars qui ont été investis pour la santé des Autochtones ni les 800 millions de dollars qui ont été investis en santé publique. Il en faut beaucoup plus pour avoir une incidence quelconque sur une question nationale aussi importante que celle-là.

It has been tackled with some very small budget diversions, not any kind of substantial investment that the federal government has recently made in other areas. It is very important. When the five priority areas for wait-list times, on reducing wait times for heart, hip, knee and cataract surgeries, were announced, one of the first things that Dr. Woodside and I said was, "Where was mental health?" As far as we were concerned, although it might not be number one on the list, it is at least number six. This should be recognized. We have to do everything we can to ensure that psychiatric mental health and other services receive the same level of respect that cardiac surgery receives. Unfortunately, being a cardiac surgeon is on a par with being an astronaut; it is very

On a abordé le problème en faisant de très petites diversions budgétaires mais non en faisant un investissement important comme celui qu'a fait le gouvernement fédéral dans d'autres secteurs récemment. Cela est très important. Quand les cinq éléments prioritaires pour réduire les listes d'attente, pour réduire le temps d'attente pour une chirurgie cardiaque, une chirurgie de la hanche, du genou et des cataractes ont été annoncés, le Dr Woodside et moi nous sommes d'abord demandés ce qu'on avait fait de la santé mentale. En ce qui nous concerne, même si cette question n'apparaît pas sur la liste des priorités, elle est tout de même au sixième rang. Il faudrait le reconnaître. Nous devons tout faire pour que la santé mentale et

cool. There are no fancy shows about psychiatrists. There was *Frazier*, but few others where the psychiatrist was the coolest person. We need to change that societal perception.

les autres services psychiatriques obtiennent le même respect que les chirurgies cardiaques. Malheureusement, le statut de chirurgien cardiaque est à peu près le même que celui d'un astronaute : c'est génial. Il n'y a pas d'émissions de qualité concernant les psychiatres. Il y a bien eu l'émission *Frazier*, mais il y en a eu très peu d'autres où le psychiatre est le personnage principal. Nous devons tenter de modifier cette perception sociétale.

Dr. Sacks: I think most of the psychiatrists I know are very cool. Senator Fairbairn, you quoted me, although I am not sure that you were here for my presentation. Much of what you said I agree with. In respect of advertisements, we supply medical information education to give people the knowledge. That is the first step. That will eventually help them change their attitude toward the subject and then they will change their behaviour. I feel the same way about the governments we are talking to about this issue. We need to teach them that we can identify these people and provide some positive treatments. We have to teach governments. Your reports are doing that in a way that we professionals could never do. Governments must know that we are able to not only screen and diagnose, but also to provide positive treatments. That will change governments' attitude toward mental health and, hopefully, open their pocketbooks. We are willing to wait, although I am afraid our patients are not willing to wait, and may not be able to wait.

La Dre Sacks : La plupart des psychiatres que je connais sont des gens très bien. Sénateur Fairbairn, vous m'avez citée, mais je ne suis pas tout à fait sûre que vous étiez ici pour entendre mon exposé. Je suis d'accord avec une bonne partie de ce que vous avez dit. En ce qui a trait à la publicité, nous fournissons des documents d'information médicale pour renseigner les gens. C'est une première étape. Éventuellement, cette approche permet de modifier les attitudes vis-à-vis la question, puis de changer les comportements. J'ai la même impression en ce qui a trait au gouvernement quand on parle de cette question. Il faut dire aux fonctionnaires que nous comprenons ce qu'ils font et que nous pouvons fournir des traitements positifs. Il faut également renseigner les gouvernements. D'une certaine manière, les rapports que vous soumettez au gouvernement font ce travail d'une manière que des professionnels ne pourraient jamais faire. Les gouvernements doivent savoir que nous pouvons non seulement faire du dépistage et poser des diagnostics, mais que nous pouvons également offrir des traitements positifs. Cela modifiera l'attitude du gouvernement vis-à-vis la santé mentale et nous ouvrira la porte à des subventions, du moins nous l'espérons. Nous sommes tous disposés à attendre, bien que nos patients ne soient pas aussi disposés que nous et qu'ils puissent être dans l'impossibilité d'attendre.

Dr. Levy: Social marketing and attitudinal changes are a big part of the difference that you can make. It takes big-ticket dollars to do this. There is also the structural issue. When you ask about the response we receive from government on this issue, it is difficult to identify which bureaucrat is at what level in the government. Occasionally, individuals show up who are dedicated people working in very diluted structures. If the federal-provincial-territorial network was not literally disbanded back in 1990, it was effectively disbanded. At every level, you cannot identify people within government with whom to speak. When you do, they are dedicated, committed and extraordinarily frustrated because they are working within systems that create roadblocks to policy relevance.

La Dre Levy : Le marketing social et le changement des habitudes sont une composante importante de l'apport que vous pouvez avoir. Pour y parvenir, il faut des budgets importants. Il y a aussi toute la question de structure. Quand vous nous demandez de vous parler des résultats que nous obtenons du gouvernement sur cette question, il est difficile de vous dire quel bureaucrate travaille à quel niveau au sein du gouvernement. À l'occasion, nous traitons avec des personnes très consciencieuses oeuvrant dans les structures très ténues. Si le réseau fédéral-provincial-territorial n'a pas été démantelé en 1990, il l'a bel et bien été par la suite. À quelque niveau que ce soit, il est impossible de trouver quelqu'un à qui s'adresser au gouvernement. Par contre, quand y parvenez, vous constatez que ce sont des gens très dévoués, engagés et extrêmement frustrés parce qu'ils doivent travailler dans des systèmes qui constituent des obstacles à la pertinence des politiques.

Senator Fairbairn: When it comes to the issue of public awareness and using all of the opportunities to communicate the messages, you will probably have to address this at the political level because the direction to get something done will come from there. The message has to be communicated so people can learn, understand, feel better and be encouraged to come forward to seek help.

Le sénateur Fairbairn : En ce qui a trait à la question de la sensibilisation du public et du recours à toutes les occasions possibles de communiquer les messages, vous devrez probablement vous tourner du côté politique parce que l'orientation viendra de là. Le message permettre au public d'apprendre, de comprendre, de se sentir mieux et de se sentir encouragé à demander de l'aide.

I will not beat the drum any further, but in this age, visual messages that can be sent to millions of people stand a fairly good chance of connecting on this difficult issue in a way that we have not known before. Perhaps it would be a good idea to address the issue using someone in the communications business. We are conscious of the issue and we will do the best we can.

Je n'insisterai pas davantage, mais les messages visuels qui peuvent être transmis à des millions de personnes ont une bonne chance de faire progresser ce sujet très difficile d'une manière qu'il était impossible d'imaginer auparavant. Peut-être qu'il serait bien d'aborder la question en recourant aux services d'une personne spécialisée en communications. Nous sommes parfaitement conscients du problème et nous ferons de notre mieux pour le régler.

The Chairman: I want to thank our panel of witnesses and give them a homework assignment. As we look at this problem, there are a couple of things that strike us in comparison to the physical health system: The mental health system is in much greater disarray than the physical health system, and with much less momentum behind it. I have two requests. First, the committee does not like to produce reports that have no impact. Our previous report is beginning to have an impact across the system, as you know. Your three organizations could help substantially by giving us a list of between five and ten specific, concrete things that could be done within 18 months of the release of the report. That could create the momentum. Many of our recommendations will take time to implement, and clearly we do not have the necessary $800 million. I will not argue that the money is not needed, obviously. My concern is that it is so easy, because of the stigma and other issues, for government to wait us out, that the more concrete and specific you can be with your recommendations, the more we could get moving on this. We would have specifics to speak to rather than the non-specific, less tangible wish-list.

Le président : Je remercie nos témoins et je voudrais leur donner un peu de devoirs à faire. Face à ce problème, il y a des éléments qui nous frappent en comparant la situation à celle du système de santé physique : Le système de santé mentale est en bien plus mauvais état que le système de santé physique et il ne profite d'aucun momentum. J'ai deux demandes à vous faire. Premièrement, notre comité n'aime pas préparer et soumettre des rapports qui n'ont pas de répercussions. Notre rapport précédent commence à avoir un effet dans le système, comme vous le savez. Les trois organisations que vous représentez pourraient nous aider considérablement en nous fournissant une liste de cinq à 10 choses spécifiques qui pourraient être entreprises au cours des 18 mois suivant la publication du rapport. C'est cela qui créerait un effet d'entraînement. Il faudra du temps pour donner suite à la plupart de nos recommandations et nous n'avons pas nécessairement les 800 millions de dollars requis pour le faire. Je ne conteste pas le fait que les fonds sont nécessaires, mais ma crainte qu'il est tellement facile pour les gouvernements de nous faire attendre, à cause du stigmate et d'autres questions, que plus vos recommandations pourront être concrètes et spécifiques, plus nous aurons de possibilités de progresser. Nous pourrions alors traiter d'éléments spécifiques plutôt que de parler d'éléments intangibles.

Second, assuming that we use those lists to generate initial momentum, what do we put in place to ensure that this issue does not vanish for another 20 years in the way that it has in the past? There is a real risk of that. The committee genuinely appreciates the positive comments made by all of you about our work to date. However, there is the risk that we could finish this and after three months, it could disappear. Some of us are bound and determined to do our damnedest to ensure that that does not happen. You could help the committee greatly by telling us what the baby steps are to start us down that road and how we can maintain the momentum. If you can give us that by September, or any time before, that would be helpful to the committee. For all of the reasons you have talked about, the collective resistance within the system is enormous.

Deuxièmement, en supposant que nous utilisions cette liste pour créer un effet d'entraînement général, que devons-nous mettre en oeuvre pour que la question ne s'estompe pendant 20 autres années comme cela s'est déjà produit? Le risque est réel. Le comité apprécie grandement les observations positives que vous lui avez formulées sur le travail accompli jusqu'à maintenant. Toutefois, il y a le risque que tout disparaisse trois mois après que nous aurons terminé notre travail. Certains d'entre nous sont déterminés à user de tous les moyens possibles pour éviter que cela ne se produise. Vous pourriez grandement aider notre comité en lui disant quels sont les premiers pas à faire pour tendre vers une solution et créer un effet d'entraînement. Si vous pouviez nous faire part de ces idées au plus tard en septembre, ou même avant, vous nous aideriez grandement. Pour toutes les raisons que vous avez évoquées, la résistance collective est considérable au sein du système.

I have a final comment to Dr. Levy. Do not feel badly about not being able to find the people in the federal government responsible for mental health. We did a search and our best result was one and one-half person years in an 8,000-person department, so the odds were against it.

J'ai une dernière observation à l'intention du Dr Levy. Ne soyez malheureux de ne pas être en mesure de trouver quelqu'un au gouvernement fédéral qui soit responsable de la santé mentale. Nous avons fait notre recherche et nous avons pu trouver que dans le meilleur des cas il y a l'équivalent d'une année-personne et demie au sein d'un ministère comptant 8 000 et quelques employés. Par conséquent, la situation n'est pas en notre faveur.

The Chairman: The first of our three witnesses on the next panel, continuing our hearings on mental illness and addiction, is Ms. Christine Davis, President of the Canadian Federation of Mental Health Nurses. We have heard from the Canadian Nurses Association repeatedly over the years, so we are delighted that the Canadian Federation of Mental Health Nurses is here tonight. With her is Penelope Marrett, who is the Chief Executive Officer of the Canadian Mental Health Association, and Mr. John Arnett, the new President of the Canadian Psychological Association. We had your predecessor with us a number of times in the past.

Le président : Nous poursuivons nos audiences sur la maladie mentale et les toxicomanies en accueillant Mme Christine Davis, présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale. Elle est la première de notre prochain groupe de trois témoins. Nous avons à maintes reprises, au fil des ans, entendu parler de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et nous sommes heureux que la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale soit représentée ici ce soir. Outre, Mme Davis, nous avons le plaisir d'accueillir Mme Penelope Marrett, directrice générale de l'Association canadienne pour la santé mentale, et M. John Arnett, le nouveau président de la Société canadienne de psychologie. Nous avons accueilli votre prédécesseur à quelques reprises par le passé.

Ms. Christine Davis, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses, Canadian Nurses Association: I am the President of the Canadian Federation of Mental Health Nurses, which is the national voice of registered nurses working in the area of mental health, mental illness and addictions. I want to note that as of 2003, there were 12,016 registered nurses working in the area of mental health, mental illness and addictions across the country.

Mme Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, Association des infirmières et infirmiers du Canada : Je suis présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, la voix nationale des infirmières et infirmiers autorisés qui travaillent dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et des toxicomanies. En 2003, il y avait 12 016 infirmières et infirmiers autorisés travaillant dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et des toxicomanies au Canada.

I would like to take this opportunity to congratulate the committee for its forward thinking in addressing such a critical issue for my fellow nurses and for Canada as a whole. Mental health, mental illness and addictions are specialty areas of health care, employing a significant proportion of the total pool of registered nurses in various settings in communities, hospitals, prisons, homeless shelters and on the street. To leave more time for dialogue, I will take this opportunity to highlight a few key points rather go through our entire written brief.

Je profite de l'occasion pour féliciter votre comité pour son attitude progressiste dans l'examen d'une question essentielle pour mes confrères et consœurs et pour le Canada dans son ensemble. La santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies sont des domaines de spécialisation qui emploient une proportion importante de l'ensemble des infirmières et des infirmiers autorisés dans les cadres divers de la collectivité, des hôpitaux, des établissements de détention, des refuges pour sans-abri et sur la rue. Pour que nous ayons davantage de temps pour dialoguer, je me contenterai de souligner certains points clés plutôt que de vous donner lecture de tout le mémoire.

For the most part, patients cannot access one program without having first dealt with issues related to another. For too many, treatment is limited to one ailment at a time. Just as patients are asked to address one issue per visit in walk-in clinics, so is the care of mental health issues approached in a segregated manner. Unfortunately, it would seem that holistic approaches are few and far between.

De façon générale, le patient ne peut avoir accès à un programme sans avoir réglé les problèmes qui relèvent d'un autre programme. Pour un trop grand nombre, le traitement se limite à un malaise à la fois. De même, on demande aux patients de n'aborder qu'une question par visite dans les cliniques ambulatoires, et il en est de même pour les questions de santé mentale, dont l'approche est limitée. Malheureusement, il semblerait que les approches holistiques soient peu nombreuses.

There are, however, pockets of service integration across the country. For example, in British Columbia, the Ministry of Health Services has brought the mental health and addictions programs together at the ministerial level, and this is actually being implemented across the province in the health authorities. As we know, primary health team approaches also bring together teams of professionals who are able to deal with the whole person and all their needs.

Il y a par contre de petits secteurs d'intégration des services un peu partout au pays. En Colombie-Britannique, par exemple, le ministère des Services de santé a réuni les programmes de santé mentale et de toxicomanies au niveau ministériel et cette nouvelle approche est présentement mise en application par les autorités sanitaires de la province. Comme nous le savons, l'approche du travail d'équipe de santé primaire fait aussi appel à d'autres professionnels de la santé de manière à traiter de tous les besoins d'une personne.

The issue of waiting lists became politically hot during the last election. This led to federal, provincial and territorial agreement to reduce waiting lists in five priority areas. We are concerned that mental illness and addiction was not viewed as one of those priorities.

Le problème des listes d'attente est devenu une question politique brûlante lors des dernières élections. Ce dossier a amené le fédéral, les provinces et les territoires à conclure une entente pour réduire les listes d'attente dans les cinq secteurs prioritaires. Nous sommes préoccupés par le fait que la maladie mentale et les toxicomanies ne sont pas parmi les priorités.

The Canadian Mental Health Association stated that as of July 2003, 1,500 mentally ill and addicted people remain on the streets in Ottawa because there are no services for them. Once on a wait list for community mental health services, the waiting period is from three to five years. Of the 175 people waiting for community mental health services in Ottawa, 50 per cent have attempted suicide.

L'Association canadienne pour la santé mentale a dit qu'il y avait, en juillet 2003, quelque 1 500 personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie demeurant dans les rues d'Ottawa faute de services. Une fois inscrites sur une liste pour recevoir des services communautaires en santé mentale, ces personnes doivent attendre de trois à cinq ans. Sur les 175 personnes qui attendent des services communautaires en santé mentale à Ottawa, la moitié ont tenté de se suicider.

The lack of service is a huge issue across the country. That some patients/clients and their families have to wait for services imposes costs on employers, communities, patients/clients and their families. There is a need for a tertiary service to support the patients/clients and their families while they are waiting to receive ongoing service.

Le manque de services est un problème de taille à l'échelle du pays. Les périodes d'attente pour les patients, les clients et leurs familles imposent des coûts aux employeurs, aux collectivités de même qu'aux patients et aux clients et à leurs familles. Par conséquent, il faut mettre en place un service tertiaire qui soutiendrait le patient, le client et sa famille dans l'attente de services continus.

Nurses can provide solutions to the lack of services for those affected by mental illness and addictions. For example, expanding the role of public health nurses in schools would facilitate early detection and intervention. I would add that this would be a return to a role that public health nurses used to play.

Les infirmières et les infirmiers peuvent offrir des solutions pour palier le manque de services aux personnes touchées par la maladie mentale et les toxicomanies. Par exemple, il serait plus facile de détecter les problèmes et d'intervenir rapidement si on étendait le rôle des infirmières de la santé publique dans les écoles. J'ajouterais que ce serait là retourner à un rôle que les infirmières de la santé publique jouaient par le passé.

Too often, we approach illnesses through acute care. Nurses believe that more emphasis on prevention would benefit society not only from a perspective of overall good mental health, but would relieve pressures related to lack of acute care services. School nurses would identify the problems early on, directing the child concerned to the appropriate services.

Trop souvent, nous abordons les maladies par le biais de soins aigus. Les infirmières estiment qu'il faut accorder plus d'importance à la prévention, ce qui profiterait à la société non seulement du point de vue de l'ensemble de la santé mentale, mais qui atténuerait les pressions qui s'exercent relativement au manque de services de soins de santé aigus. Les infirmières qui seraient présentes dans les écoles pourraient identifier les problèmes, et orienter l'enfant vers les services appropriés.

By increasing telehealth services, nurses can respond to the needs of those in rural and remote areas of Canada. Tele-mental health can provide initial relief to a crisis situation before it leads to negative consequences such as we have seen in rural communities.

L'accroissement des services de télésanté permettrait aux infirmières et aux infirmiers de répondre aux besoins des résidents des régions rurales et des régions éloignées du Canada. La télésanté permet d'intervenir en cas de crise auprès de patients qui souffrent de problèmes et de troubles en santé mentale avant que cela ne débouche sur des conséquences négatives, comme cela s'est produit dans les collectivités rurales.

With proper training, nurses within the prison environment could play a more active role in the area of mental health assessments, evidence-based practice and long-term care of the inmate with mental health issues. Too often, people are incarcerated because of the lack of forensic beds. If nurses providing physical care were supported to perform mental health assessments and treatments, there would be less pressure on

Si on leur donnait la formation appropriée, les infirmières et les infirmiers qui travaillent en milieu carcéral pourraient jouer un rôle plus actif en matière d'évaluation de la santé mentale, de méthodes de traitement fondées sur l'expérience clinique et de soins à long terme des détenus souffrant de problèmes de santé mentale. Trop souvent, les gens sont détenus faute de place dans les établissements de médecine légale. Si les infirmières qui

forensic institutions and more chance that persons within the justice system affected by mental illness could be directed toward care sooner.

Occupational health nurses manage programs to create healthier workplaces, employee health and firm-level productivity. We know that a high level of absenteeism in the workplace relates to mental health issues. Occupational health nurses managing wellness programs may be able to address issues before they result in costly absenteeism.

Innovative models that include nurse practitioners as part of community mental health services need implementation and/or replication. Nurse practitioners with particular expertise in the area of mental health and addictions are an integral resource for a multidisciplinary mental health system, a resource currently not used to its full potential.

As part of the solution, the federation strongly supports a pan-Canadian mental illness/mental health strategy. As part of this strategy, the federation believes there is also a need for an education campaign among health professionals. There is a generalized discomfort and lack of knowledge about mental health, mental illness and addictions throughout the system of providers. This has a direct impact on our patients.

To wrap up my presentation, I would like to address the key areas in which the federal government can demonstrate leadership. The federal government must play a role in making the connections between the social determinants of health and the promotion of mental health for children, youth, their families and adults.

The federal government must play a key role in ensuring services and education in the area of mental health, mental illness and addictions are available, and that it is a priority across this country. Merely turning funds over to provinces will not ensure that patients/clients and their families will see any improvement in service.

The federal government must ensure that every Canadian has shelter or a roof over their head. Housing is protection from illness. Housing is protection from the vagaries of mental illness, from the voices, from the fears. The federal government must address the lack of affordable housing. I have only touched on the tip of the iceberg here, and I would be pleased to answer your questions when my colleagues are finished.

Ms. Penelope Marrett, Chief Executive Officer, Canadian Mental Health Association: Good evening. I am the CEO of the Canadian Mental Health Association, Canada's only voluntary charitable organization that deals with both mental health and mental illness. Our mandate is to promote the mental

fournissent des soins physiques bénéficiaient d'un soutien pour faire des évaluations de santé mentale et apporter des traitements, il y aurait moins de pression sur les établissements de médecine légale et les personnes qui sont dans le système de justice et qui sont affectées par la maladie mentale pourraient être dirigées vers les soins appropriés en temps opportun.

Les infirmières et infirmiers en santé au travail gèrent des programmes visant à créer des milieux de travail plus sains, à améliorer la santé des employés et à maintenir la productivité à un niveau intéressant. Nous savons que les forts taux d'absentéisme en milieu de travail sont reliés à des questions de santé mentale. Les infirmières et les infirmiers en santé au travail qui gèrent des programmes de mieux-être peuvent être en mesure d'aborder les problèmes avant qu'ils n'entraînent un absentéisme coûteux.

Les modèles innovateurs qui comprennent des infirmiers et des infirmières praticiennes dans le cadre de services de santé mentale communautaires doivent être mis en place ou reproduits. Ces praticiens et praticiennes qui ont une expérience particulière en santé mentale et en toxicomanie constituent une ressource intégrale pour un système pluridisciplinaire de santé mentale, une ressource qui, pour l'instant, n'est pas utilisée à sa pleine capacité.

Dans le cadre de la solution, la fédération recommande fortement l'élaboration d'une stratégie concernant la maladie mentale et la santé mentale à l'échelle du pays. Cette stratégie, selon la Fédération, devrait aussi comporter une campagne d'éducation auprès des professionnels de la santé. Il y a chez ceux qui fournissent des soins en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie, un inconfort généralisé et un manque de connaissance. Tout cela a des répercussions directes sur nos patients.

Pour terminer mon exposé, j'aimerais vous mentionner les secteurs clés où le gouvernement fédéral peut faire preuve de leadership. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle pour établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et la promotion de la santé mentale chez les enfants, les jeunes, leurs familles et chez les adultes.

Le gouvernement fédéral doit également jouer un rôle clé pour faire en sorte que les services et l'éducation dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et des toxicomanies sont disponibles, et qu'ils constituent une priorité à l'échelle du pays. Le simple fait de donner de l'argent aux provinces ne fera rien pour améliorer véritablement les services qui sont offerts aux patients, aux clients et à leurs familles.

Le gouvernement fédéral doit s'assurer que chaque Canadien a un toit ou un abri. Le logement est une forme de protection contre la maladie. Le logement est aussi une protection contre les caprices de la maladie mentale, contre les voix et contre les peurs. Le gouvernement fédéral doit aborder la question du manque de logements abordables. Je n'ai fait qu'effleurer la pointe de l'iceberg. Il me fera plaisir de répondre à vos questions lorsque mes collègues auront fait leurs présentations.

Mme Penelope Marrett, chef de la direction, Association canadienne pour la santé mentale : Bonjour. Je suis chef de la direction de l'Association canadienne pour la santé mentale, le seul organisme de bienfaisance bénévole au Canada à s'intéresser à la fois à la santé mentale et à la maladie mentale. Notre mandat

health of the people of Canada and to support the recovery and resilience of people with mental illness. The work being done by the committee is extremely important, and the association wishes to congratulate the committee on the work done thus far. The three reports provide an excellent base from which to continue this critical effort.

Supporting and ensuring the good mental health of the people of Canada has never been as high a priority for the Government of Canada as ensuring accurate diagnosis and availability of treatments and services for other medical conditions such as cancer, cardiovascular disease, diabetes or HIV/AIDS. Too often referred to as the health system's poor cousin, mental health and mental illness concerns are often sidelined. Mental health and mental illness have been neglected in Canada for far too long. At least one in five people is directly affected by mental illness during their lifetime. Indirectly, it affects millions of Canadians who are involved with loved ones, friends, colleagues and neighbours who have a mental illness. At the same time, good mental health is critical to everyone's well-being.

[*Translation*]

For two years now, the Canadian Mental Health Association has been managing a project that has involved its participants in the process of developing a framework for a mental health policy. The document entitled "*Citizens for Mental Health*" offers a mechanism for discussing the impact of the social factors of health on mental health policy. Two decisive factors, identified as a priority by Canadians across the country, are housing and income support.

Today, we would like to focus on those two issues. Research on housing has shown that 30 percent of homeless persons suffer from mental illness. Approximately 75,000 homeless single women suffer from mental illness. Mentally ill persons who are housed by others often have an unsanitary living environment. Between 1980 and 2000, the number of affordable housing units created by the federal government declined from 24,000 to 940.

[*English*]

As David Hulchanski has rightly stated, the lack of affordable housing for the people of Canada cuts off significant numbers of Canadians from supportive communities, from access to employment and, indeed, from the exercise of their citizenship rights. Try to get a job when you do not have an address.

Quite apart from the morality of the situation, this represents an enormous waste of human potential in this country, with serious consequences for the community at large. Therefore, the Canadian Mental Health Association strongly urges this committee to recommend, as part of the federal government's commitment to affordable housing, that funds be allocated for the

est de promouvoir la santé mentale des Canadiens et de fournir des services de soutien aux gens atteints d'une maladie mentale afin qu'ils puissent s'en sortir et y résister. Le travail de votre comité est très important et l'association tient à vous en féliciter. Les trois rapports constituent une excellente base sur laquelle poursuivre votre démarche essentielle.

Les efforts pour favoriser et maintenir une bonne santé mentale chez les Canadiens n'ont jamais été une grande priorité du gouvernement du Canada comme c'est le cas pour les services de diagnostic et pour la disponibilité de traitements pour les autres problèmes de santé comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou le VIH/sida. Trop souvent reléguées au rang de cousin pauvre du système de santé, les préoccupations relatives à la santé mentale et à la maladie mentale sont souvent laissées de côté. Au Canada, ces deux aspects ont été négligés depuis trop longtemps. Au moins une personne sur cinq est directement affectée par la maladie mentale au cours de son existence. Indirectement, les maladies mentales affectent des millions de Canadiens qui voient un de leurs proches, amis, collègues ou voisins atteints d'une maladie mentale. De même, il est essentiel que chacun bénéficie d'une bonne santé mentale pour assurer son bien-être.

[*Français*]

L'Association canadienne pour la santé mentale dirige depuis deux ans un projet qui a engagé ses participants dans le processus d'élaboration d'un cadre pour une politique en santé mentale. Ce document intitulé *« Les citoyens pour la santé mentale »* offre un mécanisme de discussion sur l'incidence des facteurs sociaux de la santé sur la politique en santé mentale. Deux des facteurs déterminants, identifiés comme étant une priorité par les Canadiens de partout au pays, sont le logement et le soutien du revenu.

Nous aimerions aujourd'hui nous concentrer sur ces deux questions. La recherche sur le logement a fait ressortir que jusqu'à 30 p. 100 des personnes sans logis souffrent de maladie mentale. Environ 75 000 femmes célibataires, sans abri, souffrent d'une maladie mentale. Les personnes atteintes de maladie mentale qui sont logées par autrui sont souvent dans un milieu de vie insalubre. Entre 1980 et 2000, le nombre d'unités de logement à prix abordable, créées par le gouvernement fédéral, est passé de 24 000 à 940.

[*Traduction*]

Comme l'a si justement dit M. David Hulchanski, le manque de logements abordables pour les Canadiens prive un nombre important de Canadiens d'une collectivité pour les soutenir, d'un accès à l'emploi et de l'exercice de leurs droits de citoyen. Essayez de trouver un emploi quand vous n'avez pas d'adresse; vous m'en direz des nouvelles.

À part le problème moral de la situation, il s'agit d'un gaspillage considérable de potentiel humain dans notre pays, et les conséquences sont désastreuses pour l'ensemble de la collectivité. Par conséquent, l'Association canadienne pour la santé mentale prie instamment votre comité de recommander, dans le cadre de l'engagement du gouvernement fédéral à assurer l'accès à des

following: 20,000 new housing units, 10,000 units of rehabilitated housing, $300 million to ramp up the Affordable Housing Framework Agreement, $150 million for homeless initiatives, and $500 million over the next five years for a new housing rehabilitation fund.

logements abordables, que des fonds soient attribués aux fins suivantes : construction de 20 000 nouvelles unités de logement, réaménagement de 10 000 unités de logement, 300 millions de dollars pour accélérer la mise en œuvre de l'accord-cadre sur les logements à prix abordable, 150 millions de dollars pour des initiatives visant les sans-abri, et 500 millions de dollars au cours des cinq prochaines années pour l'établissement d'un nouveau fonds de rénovation des logements.

[*Translation*]

Our second major concern is income security. Health is dependent on income security. As our colleagues have already said, income security is really a key factor in the mental health of our communities. Low-income Canadians are more vulnerable in health terms. Over the years, research has shown that chronic conditions are more widespread in the poorer regions of Canada. Approximately 15 per cent of children and young persons — that is one in seven — experience mental health problems serious enough to have an impact on their development and functioning. The children of poor families are more prone than the children of high-income families to suffer from low self-esteem, related mental problems and disorders and exclusion from cultural and athletic activities.

[*Français*]

Notre deuxième grand sujet de préoccupation est la sécurité du revenu. La santé est tributaire de la sécurité du revenu. Comme nos collègues l'ont déjà dit, la sécurité du revenu est vraiment un facteur clé de la santé mentale dans nos collectivités. Les Canadiens à faible revenu sont plus vulnérables sur le plan de la santé. Au fil des ans, la recherche a fait ressortir que les conditions chroniques sont plus répandues dans les régions plus pauvres au Canada. Environ 15 p. 100 des enfants et des jeunes, soit un sur sept, connaissent des problèmes de santé mentale suffisamment graves pour que cela ait une incidence sur leur développement et leur fonctionnement. Les enfants issus de familles pauvres sont plus susceptibles que les enfants de familles à revenu supérieur de souffrir de faible estime de soi, de difficultés et de troubles mentaux connexes, et de l'exclusion d'activités culturelles et sportives.

[*English*]

Issues related to the working poor are also of concern. The National Council of Welfare's 1993 report underlined a sharp decline in the value of minimum wages since 1976 and the trend towards part-time, precarious and temporary work instead of well-paid, secure jobs. The result of the diminishing minimum wage is that minimum wage workers could not reach the 1998 poverty line by working 40 hours a week, even if they were without dependents. We could go on and list many other examples.

[*Traduction*]

Les questions reliées aux travailleurs pauvres sont également préoccupantes. Le rapport du Conseil national du bien-être social publié en 1993 fait état d'une diminution marquée de la valeur du salaire minimum depuis 1976 et la tendance vers des emplois à temps partiel, précaires et temporaires plutôt que des emplois bien rémunérés et assurés. La baisse relative du salaire minimum fait en sorte que les travailleurs qui touchent le salaire minimum ne pourraient pas atteindre le seuil de pauvreté de 1998 en travaillant 40 heures par semaine, même s'ils n'avaient aucune personne à charge. Nous pourrions continuer l'énumération avec plusieurs autres exemples.

The Canadian Mental Health Association strongly urges this committee to recommend the federal government address limitations of income security programs as they impact the people of Canada and their mental health and mental illness. More detailed information about this is contained in our formal submission to the committee.

L'Association canadienne pour la santé mentale prie instamment votre comité de recommander au gouvernement fédéral d'aborder les lacunes des programmes de sécurité du revenu qui ont des répercussions sur les Canadiens, sur leur santé et sur les maladies mentales. Le mémoire que nous avons soumis à votre comité contient davantage de renseignements sur cet aspect.

In conclusion, despite a healthy, highly competitive Canadian economy, we still face high levels of homelessness, household debt, child poverty, diminishing health care services and the exclusion of many segments of Canadian society from a quality of life that should be expected in a country as rich as ours.

En guise de conclusion, malgré une économie canadienne en santé et hautement compétitive, il y a toujours des niveaux élevés de sans-abri, la dette des ménages est élevée, il y a de la pauvreté chez les enfants et il y a une diminution des services de soins de santé. De plus, plusieurs segments de la société canadienne qui n'ont pas accès à une vie de qualité comme on devrait s'y attendre dans un pays riche comme le nôtre sont exclus.

[*Translation*]

So as to better distribute the impact of this economic growth, the Government of Canada must show leadership and make a major investment in affordable housing and improve income

[*Français*]

Afin de mieux distribuer les retombées de cette croissance économique, le gouvernement du Canada doit faire preuve de leadership et consentir un important investissement dans le

security for all Canadians. The government must also ensure that the social fabric of the country continues to develop and respond to citizens through various initiatives, including strengthening the voluntary and community sector.

[*English*]

Mr. John Arnett, President, Canadian Psychological Association: I am very pleased to be here to represent the association. In my day job, I am also a professor and head of the Department of Clinical Health Psychology, University of Manitoba. This is my evening job, obviously.

CPA agrees with the committee's basic vision that mental health and addiction services should be of high quality, individualized, and well integrated with other health services. We also agree that the care delivery system should be focused on the specific needs of the individual, with the goal being recovery to the fullest extent possible. In addition to being patient centred and focused on recovery, we would suggest that the vision should also strongly emphasize illness prevention as an integral component of the program. We appreciate the committee's recognition of the strong influence that a wide range of factors plays in mental health, mental illness and addiction as outlined in report 1, and that many of these factors extend well beyond the traditional realm of the health care system per se. This very fact leads to the conclusion that mental health, mental illness and addiction are best approached from a broadly based population health perspective.

It is also true that mental health issues are important not only in relation to mental health conditions, but also in relation to physical illnesses, as we are continuing to learn. Thus, we need to build on the prevailing biomedical model in order to provide the best possible and most comprehensive care to Canadians.

Dr. George Engel, an internist by training, recognized that the traditional distinction between mental health and physical health was, at best, arbitrary, as each strongly affects the other. In 1977, he proposed the need for a new model, the bio-psycho-social model, to more comprehensively integrate the biological, psychological and social factors that are so important not only in mental health but in all illness.

Given that a model tends to shape our perception of circumstances, it substantially influences how and what services we seek to construct, be they in mental health or in physical health. Dr. Engel's biopsychosocial model fits nicely with the population health approach advanced by this committee. It also provides a conceptual framework that diminishes the factors that support and maintain separate physical and mental health silos, about which this committee has also spoken, and that tend to divide rather than integrate health care. The biopsychosocial

logement abordable et améliorer la sécurité du revenu pour tous les Canadiens. Le gouvernement doit également s'assurer que le tissu social du pays continue de se développer et de répondre aux citoyens grâce à diverses initiatives dont le renforcement du secteur bénévole et communautaire.

[*Traduction*]

M. John Arnett, président, Société canadienne de psychologie : Je suis très heureux de représenter notre Société. Le jour, je suis professeur et chef du Département de psychologie clinique à l'Université du Manitoba. Le soir, je m'occupe de la Société.

La SCP est en accord avec la vision fondamentale de votre comité à l'effet que les services de santé mentale et de toxicomanie devraient être de qualité élevée, devraient être adaptés aux individus et devraient être bien intégrés aux autres services de santé. Nous sommes aussi d'accord pour dire que le système de prestation de soins devrait mettre l'accent sur les besoins spécifiques de l'individu, l'objectif étant que ces personnes puissent récupérer dans toute la mesure du possible. En plus d'être axée sur les besoins du patient et sur la nécessité d'une récupération, nous estimons que la vision devrait également mettre l'accent sur la prévention de la maladie en tant que composante intégrale du programme. Nous apprécions le fait que votre comité reconnaisse la forte influence qu'une vaste gamme de facteurs ont sur la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies comme il est indiqué dans le premier rapport, et que plusieurs de ces facteurs vont bien au-delà de la couverture traditionnelle du système de soins de santé. C'est cela même qui mène à la conclusion que la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies sont plus faciles à aborder du point de vue plus général de la santé de la population.

Il est également vrai que les questions de santé mentale sont importantes non seulement en rapport avec l'état de santé mentale, mais aussi en rapport avec l'état de santé physique comme nous continuons de le découvrir. C'est ainsi que nous devrons élaborer un modèle biomédical de base pour être en mesure d'offrir les soins les meilleurs et les plus complets aux Canadiens.

Le Dr George Engel, interne de formation, a reconnu que la distinction traditionnelle entre santé mentale et santé physique était, dans le meilleur des cas, arbitraire puisque chaque aspect influence l'autre. En 1977, il a fait état de la nécessité d'un nouveau modèle, le modèle bio-psycho-social permettant de mieux intégrer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux si importants, non seulement pour la santé mentale, mais aussi pour toutes les maladies.

Compte tenu qu'un modèle a tendance à modeler notre perception des choses, il influence grandement la façon d'élaborer les services que nous voulons, qu'il s'agisse de santé mentale ou de santé physique. Le modèle bio-psycho-social du Dr Engel cadre très bien avec l'approche de santé de la population adoptée par votre comité. Ce modèle constitue également un cadre conceptuel qui réduit les facteurs qui soutiennent et favorisent les approches distinctes à la santé physique et à la santé mentale, dont votre comité a également parlé, et qui tendent

model brings mental health into the mainstream of health and thereby provides an important tool to diminish the stigma about which I spoke to this committee some time ago. This is a significant impediment to securing better care for all Canadians with mental health problems.

We also need to ensure that the research agenda is broadly based, not only in concept, but also in the actual disbursement of grant funding. A brief review of the CIHR grants disbursed in January 2005 suggests there is still a need for improvement in this regard.

Canadians with mental health and addiction problems should have greater access to a wider range of clinical services and service providers than is now available with existing funding under current legislation. At present, for example, most psychological services that people require are provided in the private rather than the public sector, and are therefore primarily available to Canadians of some financial means. Unemployed and underinsured or uninsured Canadians have little or no access to needed psychological services. Furthermore, we believe that access to these services will likely worsen in the future without an appropriate legislative remedy. This is particularly troubling with regard to services for Aboriginal populations, children and adolescents, elderly Canadians and individuals who live in rural areas, as well as services in the schools and criminal justice systems, where there is an exceptionally high demand.

This committee, as well as the Health Council of Canada, has expressed concern about the shortages of human resources in health care. We believe that this is indeed a serious problem. With psychology now having the dubious distinction of being one of the health professions with an ageing practitioner base, excluding present company, we are particularly concerned about human resource and training issues. Institutional cutbacks in recent years due to budgetary restraints, particularly in Ontario, have resulted in the elimination of a significant number of psychology training positions. These decisions and actions that are quick to implement may take years to reverse when there is a recognition that this cutting has gone too far. Although understandable in terms of the economics of the moment, they will almost certainly lead to serious supply and access problems in the long run. In Ontario the present number of training positions has fallen below a level sufficient to fully train the required number of doctoral-level psychologists needed to meet present demand and replace those psychologists retiring and leaving practice. This situation can only exacerbate the current problems with access to psychological services for Canadians who need them.

à diviser plutôt qu'à intégrer les soins de santé. Le modèle bio-psycho-social ramène la santé mentale au cœur des services de santé et constitue un important outil pour diminuer le stigmate dont j'ai parlé à votre comité il y a un certain temps. Voilà un moyen important d'assurer de meilleurs soins à tous les Canadiens qui ont des problèmes de santé mentale.

Nous devons également nous assurer que le programme de recherche repose sur des fondements larges, non seulement au plan conceptuel mais aussi dans l'attribution de subventions à la recherche. Un bref examen des subventions versées par l'IRSC en janvier 2005 laisse entrevoir qu'il y a place à l'amélioration.

Les Canadiens qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie devraient avoir un meilleur accès à une vaste gamme de services cliniques et de fournisseurs de services qui sont présentement accessibles en vertu du financement existant dans le cadre de la législation courante. À l'heure actuelle, par exemple, la plupart des services psychologiques dont les gens ont besoin sont fournis par le secteur privé plutôt que par le secteur public et sont donc surtout accessibles aux Canadiens qui en ont les moyens financiers. Dans le cas des sans-emploi et des personnes qui n'ont pas suffisamment d'assurance ou qui n'en ont pas du tout, l'accès aux services psychologiques est réduit ou nul. De plus, nous estimons que l'accès à ces services se détériorera sans doute dans le futur sans un remède législatif approprié. Cela est particulièrement troublant en ce qui a trait aux services offerts aux populations Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux Canadiens âgés et aux personnes vivant en milieu rural, de même qu'aux services dans les écoles et aux systèmes de justice criminelle où la demande est exceptionnellement élevée.

Votre comité, de même que le Conseil canadien de la santé, ont exprimé des réserves sur la pénurie de ressources humaines en matière de soins de santé. Selon nous, il s'agit d'un véritable problème. Avec la psychologie qui a la distinction douteuse d'être une des professions de la santé où les praticiens sont vieillissants, à l'exclusion de ceux qui vous parlent, nous sommes particulièrement préoccupés par des questions de ressources humaines et de formation. Les récentes coupures institutionnelles décrétées ces dernières années en raison de restrictions budgétaires, particulièrement en Ontario, ont entraîné l'élimination d'un nombre important de postes de formation en psychologie. Dans le meilleur des cas, il pourrait s'écouler de nombreuses années avant que ces décisions et les mesures que l'on s'empresse d'apporter permettent de corriger la situation. Nous savons déjà que les coupures ont été trop lourdes. Bien que les conditions économiques du moment puissent expliquer la situation, ces réductions auront certainement des conséquences graves pour l'approvisionnement et l'accès à long terme. En Ontario, le nombre de stagiaires est sous le niveau suffisant pour assurer la formation complète du nombre de docteurs en psychologie requis pour répondre aux besoins actuels et remplacer les psychologues qui prennent leur retraite et qui quittent la profession. Une telle situation ne peut qu'aggraver les problèmes actuels qu'éprouvent les Canadiens à accéder à des services psychologiques.

We understand the intent underlying the committee's considerations relative to separate funding envelopes for mental health and addiction and a special charter attempting to guarantee improved access and financial parity with physical health care. However, we would ask the committee to further consider whether such a well-intentioned policy change could unintentionally lead to further entrenchment of the very silos that this committee has appropriately criticized and the continued separation of mental health and addiction services from primary health services.

The Chairman: I will ask you to think about something, and then we can come back to it. This is directed to you, Ms. Marrett. I do not disagree with you at all on the critical importance of the determinants of health, and you have talked specifically about various forms of affordable housing programs and income support programs. This is not disagreeing with that. We will not get $1 billion or more in the next 18 months to two years to throw at this issue. Recognizing the long-term goal is exactly what you have outlined it to be, how do we get manageable bite-sized items that we can begin to make some progress on? I will ask you to think about that. Mr. Arnett, just a clarification on your material. We absolutely understand the importance of the primary health services as the way 85 or 90 per cent of people will get into the system. We would never suggest creating a silo in that sense.

Here is the issue with which we wrestle: Every other country that has tried to do this has found that if you do not ring-fence new money, then the acute care system immediately swallows up most of it. It is a practical problem, and not a philosophical problem, of wanting to break down the silos, although frankly, even within the mental health area there are all kinds of silos. Secondly, how do you nevertheless ensure that if you do obtain new money and make changes, that it is not overwhelmed by the rest of the system? Any thoughts you have on that would be helpful.

Also, you commented on doctoral-level psychologists. I have always been under the impression — maybe they are the only ones I know — that a substantial amount of clinical work is done by master's-level psychologists, or sometimes those with a master's degree in social work, and not those with doctoral-level degrees. Is the supply of master's-level psychologists dropping below the replacement rate, as you indicate the doctoral level is?

Third, for Ms. Davis, you commented, and I took it as a favourable comment, on the creation in British Columbia of the Minister of State, or whatever the official title is, for Mental Health and Addictions, and in fact they have combined various things into a cross-sectoral program. I would love to know, either today or subsequently from you or your members who are involved with that program, what has made that work. It would

Nous comprenons bien les considérations sous-jacentes de votre comité relativement à des enveloppes distinctes pour la santé mentale et les toxicomanies et d'une charte spéciale pour tenter d'assurer un meilleur accès et une parité financière avec les soins de santé physique. Toutefois, nous demandons à votre comité de reconsidérer un tel changement de politique bien intentionné de crainte qu'il n'entraîne un cloisonnement plus prononcé, situation dénoncée par votre comité, et le cloisonnement des services de santé mentale et de toxicomanie par rapport aux services de santé primaires.

Le président : Je vous demanderai de réfléchir à quelque chose, puis nous reviendrons à notre sujet. Je m'adresse à vous, Madame Marrett. Je ne suis pas en désaccord avec vous sur l'importance critique des déterminants pour la santé, et vous avez parlé de manière spécifique de diverses formes de programmes de logement abordable et de programmes de soutien du revenu. Il ne s'agit pas d'être en désaccord avec cela. Nous n'obtiendrons pas un milliard de dollars ou plus au cours des 18 prochains mois ni même des deux prochaines années pour tenter de régler ce problème. Compte tenu que l'objectif à long terme est exactement ce que vous avez décrit, comment pouvons-nous obtenir de petits éléments gérables qui nous permettraient de commencer à connaître du succès? Je vous demande d'y réfléchir. Monsieur Arnett, je vous prie de me donner une clarification sur votre document. Nous comprenons tout à fait l'importance des services de santé primaire qui représentent la façon dont 85 à 90 p. 100 de la population a accès au système. Nous ne voudrions jamais suggérer de faire du cloisonnement en ce sens.

Voici le problème avec lequel nous devons composer : tous les pays qui ont cherché à le faire ont constaté que s'ils ne parviennent pas à isoler des fonds nouveaux, le système de soins aigus absorbe immédiatement la majorité des fonds. Il s'agit d'un problème pratique et non d'un problème philosophique que celui de chercher à abattre le cloisonnement dans le secteur de la santé mentale comme dans tous les autres secteurs. Deuxièmement, comment faites-vous pour vous assurer que si vous obtenez des fonds nouveaux et que vous apportez des changements, que ces fonds ne seront pas dilués le reste du système? Nous aimerions beaucoup connaître vos idées sur ce sujet.

Vous avez également parlé des psychologues qui en sont au niveau du doctorat. J'ai toujours été sous l'impression, peut-être parce que ce sont les seuls que je connaisse, qu'une part importante du travail clinique était effectuée par des psychologues du niveau de la maîtrise, ou même par des professionnels qui détiennent une maîtrise en travail social, et non par les diplômés du niveau du doctorat. Est-ce que le nombre de ceux qui ont fait une maîtrise en psychologie diminue sous le taux de remplacement, comme vous l'indiquez pour le niveau doctoral?

Troisièmement, et je m'adresse à vous Madame Davis, vous avez commenté, favorablement à mon point de vue, la création en Colombie-Britannique d'un poste de ministre d'État, responsable de la santé mentale et des toxicomanies. De fait, ce poste regroupe divers éléments en un seul programme. J'aimerais que vous ou les membres de votre groupe qui participent à ce programme, me disent ce que constitue ce travail. Il serait intéressant de le

be helpful for is to understand that. I say that because frequently in organizational changes, it turns out that the successful ingredient is the people rather than the organizational change per se. Therefore, if any of you want to comment on any of those three points, you can do it now or later.

Mr. Arnett: Just a comment on doctoral versus master's degrees. Partly, it depends on where you are in the country. For example, in Quebec, the vast majority of psychologists are now master's-level psychologists. However, if you look at the actual level of training, it is almost the equivalent of the doctoral level in terms of the requirements that have been added over the years.

The Chairman: Without the thesis.

Mr. Arnett: That is correct. They are now moving to eliminate the master's program in Quebec because they recognize that the difference between that and the doctoral program is very small and the demands and requirements in terms of skill sets are increasing.

The Chairman: Except, just to argue the other side of that, it would be okay if you had a degree that did not involve spending the year and a half or two years doing the dissertation.

Mr. Arnett: You can move toward a professional degree, which is what they are doing.

The Chairman: It is a professional degree minus the dissertation.

Mr. Arnett: It is an important, interesting point, because it is not always minus the dissertation. The CPA board recently took a look at the requirements for the proposed Pys.D and one particular program in Quebec versus the Ph.D. It is hard to drive a wedge between the two programs.

The Chairman: Ms. Marrett, would you like to make a comment?

Ms. Marrett: I would like to answer it subsequent to the testimony because I would like to go back and speak to a couple of colleagues. I think there are some steps.

The Chairman: There have to be some steps. I am not being critical of you. Understand our dilemma here: If we do not give government something that allows them to start showing progress, it will be easy for them to say "It is another pie-in-the-sky social services study, so we are not doing it."

Ms. Marrett: One of the challenges is in the Affordable Housing Framework Agreement. If I recall, Mr. Ralph Goodale, during discussions on the budget, indicated there was approximately $500 million left in that agreement. It was not being used by the provinces. We consider that a serious issue and we need to find ways in which the federal government, the provinces and territories can work to ensure that blockage is removed. Ontario has not picked much of the monies. Therefore, in a sense, he has made a commitment that once that money is

comprendre. Je le dis parce qu'il arrive fréquemment, lors d'un changement organisationnel, que l'élément de succès soit les personnes plutôt que le changement lui-même. En conséquence, si vous pouviez commenter sur l'un ou l'autre de ces trois points, soit maintenant, soit plus tard.

M. Arnett : Permettez-moi de faire une observation sur le diplôme de doctorat par rapport au diplôme de maîtrise. Tout dépend, en partie, de l'endroit où vous vous trouvez au pays. Au Québec, par exemple, la vaste majorité des psychologues détiennent actuellement une maîtrise. Toutefois, si vous vous attardez au niveau réel de formation, ce diplôme est presque l'équivalent d'un diplôme de doctorat, particulièrement si l'on tient compte des éléments qui ont été ajoutés au fil des années.

Le président : Sans la thèse.

M. Arnett : C'est exact. Le Québec cherche maintenant à éliminer le programme de maîtrise parce que l'on reconnaît que la différence entre ce diplôme et le programme de doctorat est très mince et que les exigences en termes de compétence sont à la hausse.

Le président : Je me fais l'avocat du diable et je vous dis que cela serait tout à fait acceptable si vous aviez un diplôme qui n'exige pas de consacrer une année et demie ou deux ans à faire des dissertations.

M. Arnett : Vous pouvez chercher à obtenir un diplôme d'études professionnelles, ce que ces gens cherchent à faire.

Le président : C'est un diplôme professionnel moins la dissertation.

M. Arnett : Il s'agit là d'un point intéressant et important parce que ce diplôme n'est pas toujours obtenu sans la dissertation. Récemment, le conseil d'administration de la SCP s'est intéressé aux exigences pour le diplôme proposé de Psy.D et à un programme particulier au Québec par rapport au diplôme de Ph.D. Il est difficile de faire la distinction entre les deux programmes.

Le président : Madame Marrett, voulez-vous commenter?

Mme Marrett : J'aimerais répondre à la suite du témoignage. J'aimerais en parler à quelques collègues. Je crois qu'il y a des étapes possibles.

Le président : Il doit y avoir des étapes. Je ne vous critique pas. Mais je vous prie de bien vouloir comprendre notre dilemme : si nous ne donnons pas au gouvernement quelque chose qui lui permettra de marquer des points, il sera très facile pour lui de dire « qu'il s'agit d'une autre étude farfelue sur les services sociaux, et nous ne la ferons pas ».

Mme Marrett : Un des défis à relever se trouve dans l'Accord-cadre sur le logement abordable. Si je me souviens bien lors des discussions sur le budget, le ministre Ralph Goodale avait dit qu'il restait environ 500 millions de dollars dans cet accord. Et les provinces ne les utilisent pas. Pour nous, il s'agit d'un problème grave et nous devons trouver des façons qui permettent au gouvernement fédéral, aux provinces et aux territoires de travailler à éliminer les obstacles. L'Ontario n'a pas reçu une grande part de cet argent. En conséquence, le ministre il s'est

used up, more will be available. One of our challenges is we all need to work out how best to do that. That is a general comment, but I will come back to it.

Ms. Davis: I would like to comment on what is happening in British Columbia. I have just come from Victoria. Mental health and addictions were put together at the ministerial level. I can tell you it was difficult. I worked in the Vancouver Island Health Authority at the time and people were presenting for service who had addiction problems, and they could not be treated in the mental health system until their addiction problems were treated. It created all kinds of chaos. People were being shuffled back and forth. The Vancouver Island Health Authority did all kinds of innovative things. They have, for instance, developed and built a sobering centre where people can come in off the street for up to 23 hours. They can be drunk, they can be stoned, they can be however they come, and they can stay there for 23 hours. If they need mental health services, then mental health personnel can go there to see them, or vice versa.

They have created a new psychiatric emergency service, which is right next to emergency. They are triaged from emergency into the psychiatric emergency. We had people there who worked in addictions who would do assessments, and we would do assessments together to see what people needed first and foremost; was it addictions counselling, or was it mental health services. There are all sorts of innovative things happening on the ground.

The Chairman: Is that a one-off? There are interesting, innovative things going on across the country. By the way, one of the things this business clearly lacks is one place in this country where you can go to find out what is working well on the ground. People come here and they tell us. We probably know more than many others because people from all over the country have given us great examples.

Senator Cochrane: I have a supplementary question on what Dr. Arnett was talking about. I am talking about Quebec now and the master's program. If this program will be eliminated, will there not therefore be a void in Quebec while these people pursue higher education?

Mr. Arnett: No, because we are talking about the future production, not necessarily changing the requirements for people who are currently in the system. It is in the future. They will be moving to a Psy.D approach that will just add a little to the training that subsequent students will get. There will be no change in the levels.

engagé à ce que d'autres fonds soient disponibles dès que l'argent sera épuisé. Notre défi est que nous devons tous travailler à trouver la meilleure façon d'y arriver. C'est une observation générale, mais j'y reviendrai.

Mme Davis : J'aimerais commenter sur ce qui se passe en Colombie-Britannique. J'arrive tout juste de Victoria. Les programmes de santé mentale et de toxicomanie ont été réunis au niveau ministériel. Je puis vous assurer que cela a été difficile. J'ai travaillé à la Vancouver Island Health Authority à l'époque. Les patients se présentaient au service pour des problèmes de toxicomanie et nous ne pouvions les traiter dans le système de santé mentale tant que les problèmes de toxicomanie n'avaient pas été traités. Une telle situation devenait intenable. Les gens étaient renvoyés à droite et à gauche. La Vancouver Island Health Authority a fait de nombreuses innovations. Par exemple, les responsables ont élaboré et aménagé un centre où les itinérants peuvent se réfugier pour une période allant jusqu'à 23 heures pour retrouver leur sobriété. Ils peuvent être en état d'ébriété, ils peuvent être sous l'influence de drogues, ils arrivent comme ils sont, et ils peuvent rester dans ce centre pendant 23 heures. S'ils ont besoin de services de santé mentale, le personnel de santé mentale peut se rendre sur place pour les voir et les rencontrer ou vice versa.

Les responsables ont également créé un nouveau service d'urgence psychiatrique situé tout juste à côté des services d'urgence. Les patients qui se présentent à l'urgence font l'objet d'un triage et, s'il y a lieu, sont ensuite orientés vers l'urgence psychiatrique. Nous étions deux à avoir travaillé en toxicomanie et à pouvoir faire les évaluations; nous les faisions ensemble, de manière que les patients qui avaient besoin d'être traitées en priorité bénéficiaient d'une consultation sur la toxicomanie ou de services en santé mentale. Il y a toutes sortes de choses innovatrices qui se produisent sur le terrain.

Le président : S'agit-il d'un événement unique? Il y a des choses intéressantes et innovatrices qui se passent à l'échelle du pays. Soit dit en passant, une des choses qui manquent manifestement à votre secteur est un endroit au pays où l'on puisse trouver ce qui donne des résultats sur le terrain. Les gens viennent ici et nous le disent. Nous le savons probablement plus que quiconque parce que les gens de partout au pays sont venus nous donner des exemples merveilleux.

Le sénateur Cochrane : Je voudrais poser une question supplémentaire au sujet de ce que disait le Dr Arnett. Je fais référence au Québec maintenant et au programme de maîtrise. Si on doit éliminer ce programme, n'y aura-t-il pas un vide au Québec pendant que les futurs professionnels poursuivront leurs études?

M. Arnett : Non, parce que nous parlons de la production future, et non nécessairement d'une modification des exigences pour le personnel qui est déjà dans le système. Nous parlons de l'avenir. Ces gens passeront à un doctorat en psychologie qui ne fera qu'ajouter un peu de temps à la formation que recevront les étudiants de demain. Il n'y aura pas de changement dans les niveaux.

Senator Cochrane: What happens to the ones who are already in the system?

Mr. Arnett: They will continue in the system. Some of them will choose to upgrade, although they do not need to do that. The key point here is that the master's degree in Quebec means something different, and it is in many ways a higher standard to begin with. The difference between them and doctoral-level people in other places is not very great. It has grown that way over the years because they have added more and more requirements as they recognized that people needed more and more training. They have added so many requirements that they have virtually created a doctoral program.

Senator Cochrane: Is there a change in salary?

Mr. Arnett: I cannot answer that question. I am not positive.

Senator Keon: I find I am sticking with a theme with everyone who comes before us because I agree with the chairman that the expenditure we would be looking at to move services from covering 30 per cent of the population to 100 per cent would be enormous. We have to try to think about how we can do that gradually. Consequently, at one level we have to develop a structural framework or a national strategy for mental health. Then we have to move to the ground and look at the community, what resources have to go into the community to allow entry into the system and appropriate triage up the line, with, of course, continuity of care when people come back into the system. I was very pleased to hear what you had to say, Ms. Davis, about some of the innovative things that can be done when you get down to a reasonable level where you can make something work, change something.

The medical people were here before you, the specialists and the family physicians and the in-betweens, interns, pediatricians and so forth. I would like to glean from you what kind of unit you see in the community that could deal with mental health and the associated social problems as part of family medicine. In other words, help people find a job or an income or housing or whatever and deal with the emergencies that they encounter that are now being handled by police and other people who are doing the best they can; deal with the counselling services and psychological services, Dr. Arnett, that your folks have to offer.

Are you aware of any model that is working anywhere at this time? What kind of model do you see in the community that could integrate the specialized mental health system, the social system, so to speak, or the other components into the larger medical system? I would like all three of you to comment on that. I appreciate that I am putting you on the spot, and I do not at all suggest what you say has to be definitive. We are just groping around here.

Le sénateur Cochrane : Qu'arrivera-t-il à ceux qui sont déjà dans le système?

M. Arnett : Ils continueront d'évoluer dans le système. Certains choisiront de poursuivre leurs études, bien qu'il ne soit pas nécessaire qu'ils le fassent. Il faut surtout rappeler que le diplôme de maîtrise au Québec représente quelque chose de différent et que, comme dans plusieurs autres cas, il s'agit d'une norme plus élevée au départ. La différence entre ces gens et les personnes qui détiennent un doctorat ailleurs n'est pas très grande. La situation s'est développée au fil des ans parce qu'ailleurs, on a ajouté de plus en plus d'exigences au fur et à mesure où l'on reconnaissait que les professionnels avaient besoin d'une formation plus poussée. Les exigences qui se sont ajoutées ont fini par créer un programme de doctorat.

Le sénateur Cochrane : Y a-t-il un changement au niveau du salaire?

M. Arnett : Je ne saurais répondre à cette question. Je n'en sais rien.

Le sénateur Keon : Je me rends compte que je m'en tiens à un thème avec toutes les personnes qui viennent témoigner devant notre comité parce que je suis d'accord avec le président sur le fait que les dépenses que nous envisageons pour que les services qui visent 30 p. 100 de la population s'appliquent à 100 p. 100 de la population. Ces dépenses seraient considérables. Nous devons tenter de déterminer comment il est possible de le faire de manière progressive. Par conséquent, nous devons d'abord élaborer un cadre structurel ou une stratégie nationale pour la santé mentale. Puis, nous devrons ensuite aller au niveau de la collectivité, déterminer les ressources dont elle aura besoin pour favoriser l'accès au système et établir un triage approprié, tout en assurant la continuité des soins lorsque les gens reviennent dans le système. J'ai été très heureux d'entendre ce que vous aviez à dire aujourd'hui, madame Davis, au sujet des approches innovatrices qui peuvent être prises quand on se replie à un niveau raisonnable, où il est possible de faire du travail, de changer les choses.

Vous avez été précédé par des représentants de la médecine, des spécialistes et des médecins de famille et des intermédiaires, c'est-à-dire les internes, les pédiatres et ainsi de suite. J'aimerais que vous me disiez quel genre d'unité vous percevez au sein de la collectivité pour traiter de la santé mentale et des problèmes sociaux qui s'y rapportent dans le cadre de la médecine familiale. En d'autres mots, Dr Arnett, comment peut-on aider les gens à trouver un emploi ou un revenu ou un logement ou quoi que ce soit et à composer avec les situations d'urgence qui se présentent et qui sont actuellement réglées par la police ou par d'autres intervenants qui font de leur mieux, à traiter avec les services de counselling et les services de psychologie?

Connaissez-vous un modèle qui donne des résultats à l'heure actuelle? Quel genre de modèle voyez-vous au sein de la collectivité qui puisse intégrer un système de santé mentale spécialisé, le système social, si je puis m'exprimer ainsi, ou d'autres composantes dans le système médical plus large? J'aimerais que tous les trois commentiez cet aspect. Je suis bien conscient que je vous force la main, et loin de moi l'idée que vos propos aient un caractère définitif. Nous ne faisons que chercher notre voie.

Mr. Arnett: As you know, most of the resources are allocated to institutions, hospitals, at the present. On the other hand, the vast majority of mental health problems do not require the resources of the hospital. What you need in the community, and what does not now exist, is a multidisciplinary team who can work with family doctors, with psychiatrists, with psychologists, with the social workers, with the nurses and with others. That system is underdeveloped. The vast majority of resources are in the institutions. I do not think developing that kind of multidisciplinary approach is rocket science, but it does require a change in emphasis away from the traditional places of practice, which are institutions.

Senator Keon: Are you aware of any? I have looked at some examples of primary health care delivery systems that work fairly well, but I do not know of any that have the broad dimension that I just described and that I think is necessary to give a mentally ill person a job, an income, a place to live and so forth.

Ms. Marrett: That is an excellent question. The Canadian Mental Health Association works under the rubric of a framework for support where the individual is at the centre and then the resources that are required are available and surround the individual. We have a number of branches at the community level that are involved in some very innovative work and are trying to implement more. Part of it is that they have health care professionals who work for them. That includes psychiatrists and general practitioners, as well as, in one or two branches, nurse practitioners. The programs that they offer include housing or employment, but also some health care issues.

One branch in particular is trying to find sufficient funding whereby they would also be able to have a program for primary health care for individuals who are seriously mentally ill that would look after not only that portion of their life, but also their whole being. Oftentimes, people who are seriously mentally ill do not have a family physician if they are not connected in some way either to their family or to someone else, and they have other health issues as well. This is our Windsor-Essex branch, based out of Windsor. They have moved to that approach because of the realization that, as they provide support and services and treatment through their professional welcome teams, a piece is missing that no one else in the community is offering. They are trying to be the conduit to offer that.

In several of our branches — we have 125 across the country — some of the services are provided through the health care professionals. For example, people will leave their medication with those professionals and then come in to get it because they have decided that is the only way they can be sure to stay on track with their medication. Also, it enables the health care professional to help them if they need to see a social worker because they are having trouble with housing, for example, or if they need to see

M. Arnett : Comme vous le savez, à l'heure actuelle la presque totalité des ressources sont attribuées aux institutions et aux hôpitaux. D'autre part, la grande majorité des problèmes de santé mentale n'exigent pas des ressources des hôpitaux. Ce qu'il faut dans la collectivité, et ce qui n'existe pas encore, c'est plutôt une équipe pluridisciplinaire pouvant travailler avec les médecins de famille, avec les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières et d'autres intervenants. Ce système est sous-développé. La vaste majorité des ressources sont attribuées aux institutions. Selon moi, il ne faut pas être un génie pour élaborer ce type d'approche pluridisciplinaire, mais il faut plutôt s'éloigner des lieux traditionnels de pratique que sont les institutions.

Le sénateur Keon : Savez-vous s'il y en a? J'ai examiné certains exemples de systèmes de prestation de soins de santé primaires qui fonctionnent assez bien, mais je ne sais pas s'il y en a qui ont la dimension élargie que je viens de vous décrire et qui, selon moi, sont requis pour offrir aux personnes atteintes de maladie mentale un emploi, un revenu, un toit et ainsi de suite.

Mme Marrett : Voilà une excellente question. L'Association canadienne pour la santé mentale travaille à l'élaboration d'un cadre de soutien où l'individu est au centre et où les ressources nécessaires sont disponibles et permettent de soutenir cet individu. Nous avons un certain nombre de filiales au niveau de la collectivité qui participent à des travaux plutôt innovateurs et qui cherchent à en faire davantage. Parmi les professionnels de la santé qui travaillent avec eux, notons des psychiatres et des praticiens généraux, de même que des infirmiers et infirmières praticiens dans une ou deux filiales. Les programmes offerts comprennent le logement ou l'emploi, mais il y a également les questions de soins de santé.

Une filiale en particulier cherche à amasser suffisamment de fonds pour mettre sur pied un programme de soins de santé primaires pour les personnes qui souffrent de maladie mentale sérieuse et qui s'occuperait non seulement de cet aspect de leur existence, mais également de leur être tout entier. Bien souvent, les personnes atteintes d'une maladie mentale sérieuse n'ont pas accès à un médecin de famille si elles ne sont pas reliées d'une façon ou d'une autre à leur famille ou à quelqu'un d'autre, et si elles ont également d'autres problèmes de santé. Il s'agit de notre filiale de Windsor-Essex, établie à Windsor. Cette filiale a adopté cette approche parce que les membres se sont rendu compte, dans le cadre de la prestation de services de soutien et de traitements par l'entremise de leurs équipes d'accueil professionnelles, qu'il manquait un élément que personne d'autre au sein de la collectivité n'était capable d'offrir. Aujourd'hui, la filiale essaie d'offrir ce qui manque.

Dans plusieurs de nos filiales, nous en comptons 125 à l'échelle du pays, certains des services sont offerts par l'entremise de professionnels des soins de santé. Par exemple, des patients laisseront leurs médicaments à ces professionnels, puis reviendront les chercher parce qu'ils ont décidé que c'est la seule façon de mener une existence à peu près équilibrée. De même, cette approche permet aux professionnels des soins de santé d'aider ces personnes si elles ont besoin de consulter un

someone else. It helps those people access the rest of the team. We have several branches like that. I can provide a list of the branches that offer services of that nature.

travailleur social à cause de problèmes de logement, par exemple, ou si elles ont besoin de voir quelqu'un d'autre. La filiale aide les personnes à accéder au reste de l'équipe. Nous comptons plusieurs filiales qui fonctionnent de cette manière. Je pourrai vous fournir la liste des filiales qui offrent des services de cette nature.

The Chairman: That would be helpful. Clearly, it is one thing for us to describe what ought to happen. It is another for us to be able to say, "Here are two or three or four illustrative examples that are actually working."

Le président : Cela serait très utile. De toute évidence, nous pouvons bien vous décrire ce que nous souhaiterions ce qui se produise, mais c'est une toute autre chose que d'être capable de dire « Voici deux ou trois ou quatre exemples de situation qui donnent des résultats ».

Ms. Christine Davis: That is an excellent question, but there are pockets of programs that are working quite effectively across the country. We need to broaden our thinking so that it is not, "How can these programs fit into the larger system?" which are the institutions, or which includes institutions. People do not stay in institutions for any length of time, and they come back to institutions when they are not being maintained in the community. We need to look at innovative ways to keep people in the community.

Mme Christine Davis : C'est une excellente question, mais il y a des éléments de programme qui donnent de très bons résultats à l'échelle du pays. Nous devons élargir notre approche afin de ne pas avoir à nous demander comment faire pour incorporer ces programmes dans l'ensemble du système que sont les institutions ou qui comprennent les institutions. Les gens ne séjournent pas dans les institutions pendant de longues périodes; ils reviennent aux institutions lorsque la collectivité ne parvient pas à les aider. Nous devons chercher des façons novatrices de garder les gens au sein de la collectivité.

I know about what is happening on Vancouver Island. At the Comox Valley Nursing Centre they have multidisciplinary teams who are offering all kinds of services to keep people in that community and out of the hospital down the island in Victoria. There are all kinds of innovative programs in the Downtown Eastside in Vancouver that are trying to support people in finding housing and doing what they need to do to be healthy, however they define that.

Je suis au courant de ce qui se passe sur l'île de Vancouver. Au Comox Valley Nursing Centre il y a des équipes pluridisciplinaires qui offrent toutes sortes de services pour maintenir les gens dans la collectivité et leur éviter d'aller à l'hôpital, à Victoria. Il y a toutes sortes de programmes innovateurs dans le Downtown Eastside de Vancouver qui cherchent à soutenir les gens et à les aider à se trouver un logement et à faire ce qu'il faut pour demeurer en santé, peu importe la définition qu'ils en donnent.

I get concerned about our focus on the people who are living with mental illness and addictions. We need to think about prevention too. There needs to be a continuum of services. There are programs at the Hospital for Sick Children for infant mental health. That means looking at the family and what supports are in place to the family to encourage parenting methods that will promote the child's mental health. That includes housing. That includes food. It includes access to support, community programs and those kinds of things. The whole early development initiative that the government has undertaken is one step in the right direction, but how that is implemented in each area is a dog's breakfast. I do not have an answer, but there are pockets of innovative programs, and certainly I could provide you with information on those.

J'ai des réserves concernant la façon dont nous concentrons nos énergies sur les personnes qui vivent avec une maladie mentale ou qui vivent des problèmes de toxicomanie. Nous devons penser à la prévention, et il doit y avoir une continuité dans les services. L'Hôpital pour les enfants malades administre des programmes de santé mentale pour les jeunes enfants. Cela suppose d'examiner la situation de la famille et des mesures de soutien qui existent pour cette famille afin d'encourager des méthodes parentales qui favoriseront la santé mentale de l'enfant. Cela comprend aussi le logement. Cela comprend également l'alimentation. Cela comprend l'accès à des services de soutien, à des programmes communautaires et ainsi de suite. L'ensemble de l'initiative de développement précoce lancée par le gouvernement est un pas dans la bonne direction mais la façon de la mettre en œuvre dans chaque secteur pose problème. Je n'ai pas de réponse, mais il y a des éléments de programme innovateurs et je pourrais assurément vous fournir de l'information sur ces éléments.

Senator Keon: Thank you very much.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup.

Mr. Arnett: I agree with Ms. Davis wholeheartedly about the need for health promotion and prevention. It is not on the radar screen as much as it should be. The Winnipeg Regional Health Authority has developed what are called health access centres. These are, in concept, exactly what you have described. They not only bring together multidisciplinary groups, but also social services if you are trying to find a job — employment counselling and so on. The reality, however, is that while they are terrific in concept and some bricks and mortar have gone up, in fact the

M. Arnett : Je suis tout à fait d'accord avec Mme Davis concernant a nécessité de faire la promotion de la santé et de faire de la prévention. Cela n'est pas aussi présent que nous l'aimerions. Le Winnipeg Regional Health Authority a mis au point ce que l'on appelle des centres d'accès à des soins de santé. En théorie, ce sont exactement ce que vous avez décrit. Non seulement réunit-on des groupes pluridisciplinaires, mais aussi des services sociaux pour les personnes qui recherchent un emploi, du counselling d'emploi et ainsi de suite. Toutefois, si ces concepts

professional staff and other staff have never been funded. While we have a great concept, we cannot actualize it because of a lack of funding. That funding exists in the institutions, but it is very difficult to move it to the community.

Senator Keon: One of the problems there is that the institutions have been around for a long time. They have their organization and their agenda. When a little funding becomes available, they are positioned to go after it. For the kind of thing you are talking about, we somehow have to get ahead of the situation we are in now, develop a plan, and at least open the door to the growth of the concept. At the present time, the people who develop these concepts have nowhere to go.

Mr. Arnett: You are absolutely correct.

Ms. Christine Davis: You are right about organizations. They have been in place for so long and are very powerful. When money is given to ministries of health and then to health authorities, health authorities do what is most pressing, and that is to reduce wait lists for hip surgery, knee replacement, cardiac surgery and that kind of thing. If it is not earmarked for mental health, it is not put into mental illness and addictions. Mental illness and addictions are at the bottom of the hierarchy of health care, and people with those problems are seen as less deserving than others. It almost needs to be earmarked for mental health from the get-go.

Again, I will talk about British Columbia because that is where I am from. The Ministry for Children and Family Development there instituted a mental health plan. They put dollars behind that. It is a community-based mental health plan with lots of dollars for early detection, prevention, intervention, all of those aspects. They have to do certain specific things with that money. It can be done.

Senator Fairbairn: I have tried to go through your presentations, all of which were great, and find a question for each of you.

I will rattle off the questions and then one can start and you can think about it as you go along.

Mr. Arnett, you mentioned in your remarks that underinsured Canadians have little or no access to needed psychological services. You say that this will likely worsen in the future without an appropriate legislative remedy. Could you explain what you are looking at as far as a legislative remedy is concerned, whether it is just dollars and cents or a significant change in policy?

Mr. Arnett: What I mean by that is that the vast majority of psychological services, probably three-quarters, are paid for privately. There are a small number of services that are paid for

sont extraordinaires et s'ils ont donné lieu à certaines réalisations, le personnel professionnel et les autres intervenants n'ont jamais obtenu de financement. Malgré l'existence d'un concept intéressant, nous ne pouvons y donner suite faute de fonds. Par contre, les institutions bénéficient de fonds, mais il est très difficile de transférer ces fonds à la collectivité.

Le sénateur Keon : Un des problèmes est que les institutions sont là depuis fort longtemps, qu'elles ont leur propre organisation et leurs propres programmes. Dès que des fonds sont disponibles, elles sont en mesure de se les approprier. En ce qui concerne les initiatives dont vous parlez, nous devons dépasser le stade où nous en sommes présentement, élaborer un plan et à tout le moins ouvrir la porte à un développement de ce concept. À l'heure actuelle, les personnes qui élaborent ce concept n'ont nulle part où aller.

M. Arnett : Vous avez tout à fait raison.

Mme Christine Davis : Vous avez raison en ce qui a trait aux organisations. Elles sont en place depuis fort longtemps et elles sont très puissantes. Les fonds des ministères de la Santé sont attribués aux autorités de la santé qui s'empressent de faire ce qui est de plus pressant, c'est-à-dire réduire les listes d'attente pour la chirurgie de la hanche, du genou, la chirurgie cardiaque et ainsi de suite. Ces fonds ne sont jamais réservés à la santé mentale, et ils ne seront jamais consacrés à la maladie mentale ni aux toxicomanies. La maladie mentale et les toxicomanies sont au bas de l'échelle des soins de santé et les personnes aux prises avec ces problèmes sont perçues comme étant moins méritantes que les autres. Il faut que ces fonds soient réservés à la santé mentale dès le départ.

J'en reviens à la Colombie-Britannique, parce que je viens de là. Le ministère pour le Développement des enfants et la Famille a instauré un plan de santé mentale. Ce plan de santé mentale est axé sur la collectivité et bénéficie de subventions importantes pour le dépistage hâtif, la prévention, l'intervention et ainsi de suite. Les responsables du plan ont des choses spécifiques à faire avec ces fonds. Ce qui prouve qu'il y a moyen d'y arriver.

Le sénateur Fairbairn : J'ai cherché à revoir vos exposés, qui étaient tous très bien, afin de trouver une question pour chacun de vous.

Je vous énumère les questions, puis vous pourrez commencer à y répondre et à y réfléchir au fur et à mesure.

Monsieur Arnett, vous avez dit dans vos observations que les Canadiens qui ne sont pas suffisamment assurés ont peu ou pas d'accès aux services psychologiques nécessaires. Vous dites que cela risque de se détériorer dans le futur sans un remède législatif approprié. Pourriez-vous expliquer ce que vous recherchez en ce qui a trait à ce correctif législatif, pour nous dire s'il s'agit d'une simple question de financement ou d'un changement important à la politique?

M. Arnett : Je veux dire que la vaste majorité des services psychologiques, probablement les trois quarts, sont payés par le secteur privé. Il y a un petit nombre de services qui sont payés

within the health care system. However, the vast majority of psychological services that people receive are paid for out of their own pockets or through some kind of an insurance scheme.

If we look at the various acts, they refer to funding for medically necessary procedures, and I use the words "medically necessary" because that is the term in the legislation. That means it excludes a large number of services that are provided by non-medical disciplines. This creates a serious problem of access to these services, which are very effective; in fact, if you ask people about their preferences, they will choose them. They will choose them over a lot of pharmaceutical products, but they do not have access to them because the legislation does not create the conditions where these are funded to any significant level.

Unless there is some legislative change, and you would know better about that than I, we will have a continuing situation where people who are uninsured, or do not have supplementary plans, simply cannot afford them because most of them are in the private domain; they are not in the public domain.

Senator Fairbairn: Thank you very much. It might be one issue we can follow up. Ms. Davis, you have talked about seniors, and I think this is one of the saddest end-result pieces of this puzzle. You talk about the need to explore the use of non-traditional approaches to maintain people in the community as much as possible. Yet you often find that seniors are almost encouraged, if they are in hospital, to go into a home that is not their own. Could you talk a little about the non-traditional approaches that you were referring to?

Ms. Christine Davis: Some of those non-traditional approaches include daycare for seniors. For instance, people who have a longstanding mental illness or late-onset mental illness with aging are taken to places for the day so that family members who provide care to them in their own homes can still continue to work and have a life outside of taking care of their parent or whatever.

There are arrangements like having people who are not nurses do home visits and spell people off for a couple of hours to go out and buy groceries, go to doctors' appointments, et cetera. Those are some of the more innovative, non-traditional kinds of programs that I am aware of.

I think if we ask families and people who work with the elderly what kind of non-traditional, innovative programs they would like to see, they have ideas; they have that knowledge. I cannot speak to those off the top of my head, but I can certainly find out and forward that to the committee. All I am aware of is the daycare kind of model.

Senator Fairbairn: Ms. Marrett, you have talked about progressive subsidies supporting, for example, training and child care. You focus on a strong link between education level and income.

dans le cadre du système de soins de santé. Toutefois, la vaste majorité des services psychologiques qui sont dispensés aux patients sont payés par les patients eux-mêmes ou par une assurance quelconque.

Si on considère les divers textes de loi, ils font référence à du financement pour les procédures nécessaires au plan médical, et j'utilise les mots « nécessaires au plan médical » parce que c'est souvent l'expression que l'on retrouve dans les textes de loi. Cela exclut un grand nombre de services fournis par des disciplines qui ne sont pas reliées à la médecine. Cela crée un problème sérieux d'accès à ces services, lesquels sont très efficaces. De fait, les gens à qui on pose la question les choisiront. Ils les choisiront au lieu de se rabattre sur les produits pharmaceutiques, mais ils n'y ont pas accès parce que la législation ne crée pas les conditions nécessaires pour que le financement atteigne un niveau suffisant.

À moins de changements législatifs, et vous êtes sûrement mieux placé que moi pour le savoir, les gens qui ne sont pas assurés ou qui n'ont pas de régime d'assurance complémentaire ne pourront tout simplement pas s'offrir ces services, parce qu'ils sont offerts par le secteur privé et non par le secteur public.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. Il s'agit peut-être là d'une question que nous devrions suivre de plus près. Madame Davis, vous avez parlé des personnes âgées et je crois que c'est là une des conséquences les plus tristes de tout ce casse-tête. Vous parlez de la nécessité d'explorer l'utilisation d'approches non traditionnelles pour maintenir les gens dans la collectivité dans toute la mesure du possible. Pourtant, on constate que souvent les personnes âgées sont incitées, surtout si elles sont hospitalisées, à aller dans une résidence qui n'est pas la leur. Pourriez-vous nous parler un peu des approches non traditionnelles auxquelles vous faites référence?

Mme Christine Davis : Certaines de ces approches non traditionnelles comprennent des centres de soins de jour pour les aînés. Par exemple, des personnes atteintes d'une maladie mentale de longue date ou associée à la vieillesse sont amenées dans ces centres pour la journée afin que les membres de la famille qui s'en occupent à leur domicile puissent travailler et avoir une vie normale à part les soins qu'ils assurent à leurs parents ou à une autre personne.

Il y a des ententes selon lesquelles des personnes qui ne font pas partie du personnel infirmier font des visites au domicile de ces personnes âgées et les accompagnent à l'épicerie ou à un rendez-vous chez le médecin, et cetera. Ce sont les programmes les plus novateurs et non traditionnels que je connaisse.

Je pense que si nous demandons aux familles et aux personnes qui travaillent avec les personnes âgées de quel type de programmes non traditionnels et novateurs ils auraient besoin, ils auront des idées; ils connaissent ce domaine. Je ne peux pas répondre précisément à cette question, mais je peux certainement me renseigner et transmettre cette information au comité. Le seul modèle que je connais, c'est celui des centres de jour.

Le sénateur Fairbairn : Madame Marrett, vous avez parlé de subventions progressives qui encouragent, par exemple, la formation et les soins aux enfants. Vous établissez une relation étroite entre le niveau d'éducation et les revenus.

One issue I have spent a lot of time on over the years is literacy. One of the saddest aspects is the adults who have not learned to read or write for whatever reason, whether they have problems physically or mentally or have just fallen through the cracks. Whether their child is in daycare or not, they still have to come home at night and face the lack of that support, because it is not there.

The strain on individuals and families due to this situation is huge. I am wondering whether, when you are speaking of education, you are thinking of them as well, and not just institutional education.

Ms. Marrett: We are looking at it in a broader sense. Recently, we produced a booklet with the Hincks-Dellcrest Centre, for example, on mental health and early childhood care. It was specifically designed for early childhood educators: What are some of the things that they could do working in a child care setting to improve and maintain a young child's mental health? It is specifically designed to assist people working with very young children — in a daycare setting, for example — and it is not just the child, it is the family.

I have a young child myself and I can recall going to an evening session held by the daycare centre about "literacy and my child." I was quite stunned by the number of parents who did not recognize the importance of reading to children, and then I realized that many of those individuals had not been read to themselves. Because of that, they were not aware of the importance of it; but the daycare was taking on that responsibility to help parents understand the importance and the importance of continuing with it over a long period.

In that sense, from our perspective, it is not just individuals in a formal institution or setting, it is everyone.

We produced a booklet recently, a resource for individuals who are in higher education. It is called *Your Education - Your Future*, and it is to assist the mentally ill in community college or university, if they need accommodations, for example, with how to go about finding those accommodations to enable them to complete their program.

We also have produced a new resource for high school students called *Mental Health in High School*, and it talks about mental health on the broadest continuum, which would include mental illness. It is designed to help them as individuals who may or may not wish to speak to their parents about some of their anxieties or issues or how they are feeling with what steps they can take to help themselves, and also what steps they can take if a friend is feeling anxious.

I think the education system is trying to address some of those issues through education of parents; but in the end, the resources are so limited that only a certain number can do it. One of our biggest challenges is where the resources are being spent.

Je m'intéresse depuis des années au problème de l'alphabétisation. Un des aspects les plus désolants est celui des adultes qui n'ont pas appris à lire et à écrire parce qu'ils avaient des problèmes physiques ou mentaux ou parce qu'ils ont simplement été oubliés par le système. Peu importe si leur enfant fréquente ou non un service de garde, ils doivent tout de même rentrer à la maison le soir et faire face à ce manque de soutien, car ce soutien n'existe pas.

Cette situation est une source de tension énorme du point de vue personnel et familial. Je me demandais si, lorsque vous parlez d'éducation, vous pensez également à eux et pas seulement à l'éducation offerte dans les établissements scolaires.

Mme Marrett : Nous considérons la situation dans un sens plus large. Par exemple, nous avons récemment publié une brochure sur la santé mentale et les soins aux jeunes enfants en collaboration avec le Hincks-Dellcrest Centre. Cette brochure s'adresse spécialement aux éducateurs de la petite enfance et identifie ce qu'ils peuvent faire dans le cadre de leur travail en vue d'améliorer et de préserver la santé mentale des jeunes enfants. Elle a été élaborée spécialement pour aider ceux qui travaillent avec les jeunes enfants — dans une garderie, par exemple — et pas aider seulement l'enfant, mais aussi la famille.

Je suis moi-même mère d'un jeune enfant et je me souviens d'une rencontre organisée par la garderie et dont le thème était « l'alphabétisation et mon enfant ». J'ai été extrêmement surprise de constater qu'un grand nombre de parents ne réalisait pas l'importance de la lecture pour les enfants, et j'ai ensuite compris que plusieurs ne s'étaient jamais fait lire des histoires. Cela expliquait pourquoi ils ne comprenaient pas son importance. Cependant, la garderie prenait l'initiative d'aider les parents à comprendre l'importance de la lecture et aussi l'importance d'en faire une habitude à long terme.

Dans ce sens, nous pensons qu'il n'est pas question uniquement des personnes dans un contexte d'établissement scolaire, cela touche tout le monde.

Nous avons récemment produit une brochure intitulée *Your Education — Your Future* qui s'adresse aux personnes qui étudient présentement à un niveau d'éducation plus élevé. Cette brochure aide les personnes atteintes d'une maladie mentale et qui fréquentent les collèges ou les universités en expliquant, par exemple, comment trouver l'hébergement dont elles auront besoin pendant leurs études.

Nous avons aussi produit un outil pour les étudiants de niveau secondaire, *Mental Health in High School*, qui traite de la santé mentale dans le sens le plus large et qui englobe les maladies mentales. Cette brochure a été conçue pour aider les jeunes qui peuvent décider de parler ou non à leurs parents de leurs anxiétés et des questions qui les préoccupent, de leurs sentiments à l'égard de ce qu'ils doivent faire pour s'aider, ainsi que des conseils si un de leurs amis souffre d'anxiété.

Je pense que le système d'éducation essaie de résoudre certains de ces problèmes en éduquant les parents; mais finalement, les ressources sont tellement limitées que seul un petit nombre y arrive. Un de nos plus grands défis relève de l'allocation des ressources.

Senator Cook: On the question of continuing education, I would like your opinion on a possible federal bursary program for people within the system, such as a nurse wanting to become a nurse practitioner. Any number of disciplines could be provided for and the programs delivered in myriad ways, such as teleconferencing, telemedicine and correspondence courses. The nurse may be married with a family and not have the resources or time to pursue those goals.

Ms. Marrett, I would like to speak to the issue of affordable housing. We have not talked much about the role of the NGOs in this mental health system. Am I to understand that there is money sitting in the federal treasury because of the lack of matching funds from the provincial treasuries or NGOs? Is that correct? In my province, the United Church of Canada is in partnership with the federal government to provide affordable housing for consumers of mental health services. Currently we have up to 79 units. The good news is that the clients run the facilities. It is a good news story. I think there is a role for us in reaching out to the volunteer sector. With the proper underpinnings to help them, they can provide a wonderful service. I think that across this country many NGOs and volunteer agencies are doing that kind of work. Have you ever looked at the value of that to see if we could enhance it?

Also in my province, seniors' resource centres play a valuable role in the enhancement of their lives. Loneliness is common among seniors and get-togethers for activities and meals at a resource centre can provide wonderful relief. Many good things are happening across this country but we do not know about them all. Is there some way that they could be coordinated? We are looking for ways to care for people in a heart-warming, dignified manner.

I am a member of a drop-in centre for consumers of mental health care. We are celebrating 25 years this year. Senator Fairbairn has heard about my literacy program. About 75 to 80 people dropping in there each day could not focus on their medicines. They did not know how to read the prescription information and would forget to take them. These social centres become their second home, because their first home might be a boarding house. At the social centre they become part of an extended family. I hope that when you go to Newfoundland you will visit us. Now, because of its evolution, we are able to bring in nursing students and social worker students on their rotation systems. This all happens thanks to the generosity of a volunteer sector of this country. I would like your opinions on some of those activities.

Ms. Marrett: I will talk a little about the housing issue. Many local affiliates of the Canadian Mental Health Association are actively involved in housing within their communities for people who are seriously and persistently mentally ill. There are some wonderful examples across the country of how the organization has been able to raise the necessary funds to build apartment

Le sénateur Cook : Sur la question de l'éducation permanente, j'aimerais savoir ce que vous pensez d'un éventuel programme fédéral de bourses pour les personnes qui travaillent déjà dans le milieu, par exemple, une infirmière qui voulait devenir infirmière praticienne. Les programmes pourraient offrir plusieurs disciplines et être réalisés de nombreuses façons, comme la téléconférence, la télémédecine et les cours par correspondance. Cette infirmière pourrait être mariée et avoir une famille et ne pas avoir les moyens ni le temps de réaliser cet objectif.

Madame Marrett, j'aimerais aborder la question du logement à prix abordable. Nous n'avons pas beaucoup parlé du rôle des ONG dans le système de santé mentale. Dois-je comprendre qu'il y a des fonds disponibles et inutilisés au niveau fédéral en raison de l'absence d'une contribution égale de la part des provinces ou des ONG? Ai-je bien compris? Dans ma province, il existe un partenariat entre l'Église unie du Canada et le gouvernement fédéral afin d'offrir des logements à prix abordable aux clients des services de santé mentale. Présentement, nous comptons 79 logements. La bonne nouvelle est que les clients assurent la gestion des lieux. C'est une nouvelle intéressante. Je pense que nous pourrions jouer un rôle pour rejoindre le milieu des bénévoles. En ayant le soutien nécessaire, il pourrait offrir un excellent service. Je pense qu'il y a au Canada plusieurs ONG et organismes bénévoles qui font ce genre de travail. Avez-vous étudié la pertinence de cette question pour voir comment si nous pourrions mieux utiliser ces ressources?

Dans ma province, les centres de ressources pour personnes âgées sont un facteur important dans l'amélioration de leur vie. Les personnes âgées souffrent souvent de la solitude et les activités et les repas organisés par les centres offrent un formidable réconfort. Il se passe des choses intéressantes dans l'ensemble du pays sans que nous le sachions. Ne serait-il pas possible de les coordonner? Nous cherchons comment prendre soin des gens de manière chaleureuse et digne.

Je suis membre d'un centre de jour pour personnes ayant besoin de services en santé mentale dont nous célébrerons cette année le 25e anniversaire. Le sénateur Fairbairn a entendu parler de mon programme d'alphabétisation. Près de 75 à 80 personnes qui le fréquentent quotidiennement étaient incapables de s'occuper de leurs médicaments. Elles ne savaient pas lire l'information qui accompagne les médicaments et elles oubliaient de les prendre. Ces centres deviennent leur second foyer parce qu'elles habitent dans des pensions. Au centre social, elles font partie d'une famille élargie. J'espère que vous nous pourrez nous visiter lorsque vous viendrez à Terre-Neuve. Maintenant, parce que le centre s'est développé, nous pouvons accueillir des étudiants en soins infirmiers et en travail social dans le cadre de leurs stages. Tout ceci s'est organisé grâce à la générosité du milieu des bénévoles. Que pensez-vous de ces activités?

Mme Marrett : Je vais parler brièvement de la question du logement. De nombreux membres de l'Association canadienne pour la santé mentale travaillent activement dans leur communauté pour améliorer le logement des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Nous voyons dans l'ensemble du pays de merveilleux exemples d'organisations qui

dwellings or other appropriate housing for individuals so that they can live as independently as possible. There are different models available, such that some may have more supportive housing arrangements than others.

The challenge for NGOs in this area is the continuing, regular, day-to-day costs of maintenance, particularly when governments change and then spending priorities change. What do we do? Do we abandon the individuals? There needs to be the ability to plan on a multi-year basis, so that if capital costs are involved, the NGO is able to plan for those, knowing that the funding will be available.

Many seriously mentally ill people in this country do not live in housing that any of us have ever seen or would want to live in. We need to provide those things that give people dignity and make them proud of where they live.

Unfortunately, because of the stigma, it is much more difficult for people who are mentally ill to find the right housing to meet their needs in many communities. Yet we are stretched to the absolute limit in our ability to provide appropriate housing or programs. In one community that I am aware of, we do not provide the housing but we do provide all the independent living services. In Calgary, the organization that provides the housing used to be attached to our organization, but it became a separate, incorporated, charitable organization and now raises all the money. It is a fabulous program because these two organizations are working closely together. One provides the housing, the bricks and mortar, and the other provides the independent living services to enable people to live as independently as possible.

Senator Cook: There are a couple of similar places in Ottawa that the committee might want to explore. They are provided through a partnership between a church and the Mennonites. The Mennonites provide the housing and its maintenance, and the church provides other services.

The Chairman: That would be worth doing.

Mr. Arnett: We believe in the importance of social support such as you described at the seniors' resource centres. Social support is important in mental health problems, addictions, and in physical health problems. The seniors' resource centres and the kind of support they provide serve as a good example for health care in general. I was intrigued by your concept of a bursary. This would allow people who could not train otherwise to upgrade their skills. That is a most interesting idea.

ont réussi à recueillir les fonds nécessaires à la construction d'immeubles à appartements ou d'autres formes de logement appropriées pour ces personnes et qui leur permettent de vivre de la façon la plus autonome possible. Différents modèles sont possibles afin que certains endroits offrent un plus grand soutien que d'autres.

Le défi qui se présente aux ONG dans ce domaine est celui des coûts récurrents, réguliers et quotidiens de l'entretien, plus particulièrement lors de l'arrivée d'un nouveau gouvernement et des changements apportés aux priorités de dépenses. Que faire? Allons-nous abandonner ces personnes? Nous devons être en mesure de planifier sur une base pluriannuelle, de façon à ce que si des dépenses d'immobilisations sont nécessaires, les ONG soient en mesure d'en faire la planification en sachant que les fonds seront disponibles.

Plusieurs personnes atteintes de maladies mentales graves vivent dans des logements comme certains d'entre-nous n'en ont jamais vu ou ne voudraient vivre. Nous devons faire ce qu'il faut pour que les gens se sentent dignes et fiers de l'endroit où ils habitent.

Malheureusement, en raison du stigmate, les personnes atteintes d'une maladie mentale éprouvent de grandes difficultés à trouver un logement qui convienne à leurs besoins dans de nombreuses communautés. Pourtant, nous avons atteint la limite absolue dans notre capacité à offrir des logements ou des programmes appropriés. Je connais le cas d'une communauté où nous n'offrons pas de logements mais dans laquelle assurons tous les services d'aide à la vie autonome. À Calgary, l'organisation qui s'occupe de la question du logement relevait auparavant de notre organisation, mais elle est devenue un organisme caritatif distinct et incorporé qui s'occupe maintenant de trouver le financement. Il s'agit d'un programme extraordinaire parce que ces deux organisations travaillent en étroite collaboration. Une s'occupe du logement, des briques et du ciment tandis que l'autre s'occupe des services d'aide à la vie autonome.

Le sénateur Cook : Il existe deux cas semblables à Ottawa qui pourraient intéresser le comité. Ils sont issus du partenariat entre une église et les Mennonites. Les Mennonites assurent les services associés au logement et à l'entretien et l'église se charge des autres services.

Le président : Cela vaudrait la peine de s'y intéresser.

M. Arnett : Nous croyons en l'importance du soutien social tel que vous nous l'avez décrit et qui est offert dans les centres de ressources pour personnes âgées. Le soutien social est important pour les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de santé physique. Les centres de ressources pour les personnes âgées et le genre de soutien qu'ils assurent sont un exemple pour les services de santé en général. Votre concept de bourses a éveillé ma curiosité. Ces bourses permettraient à certaines personnes de perfectionner leurs compétences alors qu'elles ne pourraient pas le faire autrement. Cette idée est vraiment très intéressante.

Senator Cook: The federal government could take ownership of such a program and there would be a single source of funding and resources. The diversity of the country causes fragmentation, and this is an opportunity to put the idea forward, if you think there is merit in it.

Le sénateur Cook : Le gouvernement fédéral pourrait décider d'offrir un programme de ce genre. Il n'y aurait qu'une seule source de financement et de ressources. La diversité du pays est une source de fractionnement, et il est possible de promouvoir cette idée si vous trouvez qu'elle en vaut la peine.

Ms. Davis: I understand that the Canadian Nurses Association asked for such bursaries in its last presentation before the Finance Committee. I think it is a great idea. Many nurses would like to work as nurse practitioners but may have young families and not be able to afford to go back to school full time. It is difficult to work, raise a family and study. People do it, but a bursary would make it much easier and would speak to the value that we put on people's education and the skills that they would bring to their work.

Mme Davis : Je comprends que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a demandé des bourses de ce genre la dernière fois qu'elle s'est présentée devant le Comité des finances. Je pense qu'il s'agit d'une excellente idée. Beaucoup d'infirmières aimeraient devenir des infirmières praticiennes, mais elles sont incapables de retourner aux études parce qu'elles ont de jeunes familles. C'est très difficile de travailler, d'élever une famille et d'étudier. Certaines personnes y arrivent, mais cela serait plus facile avec une bourse qui témoignerait de l'importance que nous accordons à l'éducation et aux compétences que ces personnes apporteraient à leur travail.

I would like to support the idea of the drop-in centres and resource centres. I have worked in mental health for many years.

Je voudrais souligner mon soutien aux centres de jour et aux centres de ressources. J'ai travaillé dans le domaine de la santé mentale pendant plusieurs années.

I am contradicting myself here, but I do not agree with keeping people in institutions. I worked in institutions, and when they were closed in this province it was a very sad thing to go and visit people in one-room back garages. I remember visiting a man who sat in an armchair in a shed all day, and the highlight of his day was me coming to give him two cigarettes, a loonie and his medications. That, to me, is the saddest part, when people who have been raised and spent all of their lives in these institutions are now put out into communities where they are isolated and have no family. The nurses, the hospital staff and the other patients were their family.

Je vais maintenant me contredire, mais je n'approuve pas l'idée de garder les gens dans des établissements. J'ai travaillé dans des établissements provinciaux et, après leur fermeture, c'était très triste de visiter ces personnes qui vivaient dans un logement d'une pièce à l'arrière des garages. Je me souviens d'avoir visité un homme qui passait toute la journée assis dans une chaise dans un cabanon et pour lequel le moment le plus important de la journée était lorsque je lui apportais deux cigarettes, un dollar et ses médicaments. À mes yeux, il n'y a rien de plus triste que de voir ces gens qui ont été élevés et qui ont vécu toute leur vie dans ces établissements se retrouver dans des communautés où ils sont isolés et sans famille. Les infirmières, le personnel de l'établissement et les autres patients étaient leur famille.

Recently in British Columbia they closed Riverview, which is a provincial hospital. They are sending some of the seniors back to Vancouver Island because that is where they came from many years ago. They put those people on an airplane. They had never been out of the institution, and they put them on an airplane. They were terrified. There are all sorts of stories about people being moved out of what was their home and put in isolated places. They need places to go where they can connect socially.

Dernièrement, la Colombie-Britannique a fermé l'hôpital provincial Riverview. Certaines personnes âgées ont été retournées à l'île de Vancouver, là d'où elles étaient venues il y a de nombreuses années. Ils ont mis ces personnes dans des avions. Ces personnes qui n'avaient jamais quitté l'établissement ont été déplacées par avion. Elles ont été terrifiées. Nous entendons toutes sortes d'histoires sur des personnes qui ont été obligées de quitter ce qui était leur foyer pour se retrouver dans des endroits isolés. Ces personnes ont besoin d'endroits où elles peuvent avoir des contacts sociaux.

Senator Cook: Going back to my idea of a bursary program, I understand that the nurse practitioners across this nation are developing national standards?

Le sénateur Cook : Je reviens sur mon idée d'un programme de bourse. Si j'ai bien compris, les infirmières praticiennes du pays sont en train d'établir des normes nationales?

Ms. Davis: Yes.

Mme Davis : Oui.

Senator Cook: There is an opportunity here for a nurse practitioners' discipline. I think they have a role to play here. If we could dream a little and put a bursary program in place — and there is an underpinning now that you are talking about accessing, Mr. Chair — we could access that program and show where the system has been proactive.

Le sénateur Cook : Il y a présentement une possibilité pour définir la discipline d'infirmière praticienne. Je pense que nous avons un rôle à jouer à cet égard. Si nous pourrions rêver un peu et mettre sur pied un programme de bourse — et qu'il y a le soutien possible auquel vous avez fait référence, monsieur le Président — nous pourrions utiliser ce programme et montrer comment le système a été proactif.

Senator Cochrane: My question is to Mr. Arnett in regards to his presentation. You were saying that most psychological services that people require are provided in the private sector rather than the public sector. I would like to ask you about the private sector, because generally, patients who cannot get, say, operations or whatever, do go to the private sector. That private sector is generally outside Canada.

What private sector are you talking about here in regard to mental illness?

Mr. Arnett: In this country, there is a tremendous shortage of services that are funded with public dollars. When I talk about public sector funding, I am talking about money for psychological services within communities or within institutions. There is very little of that. The vast majority of psychologists in this country work outside of institutions, outside of community centres, and in fact support themselves through the income that they generate by providing their services.

That is in significant contrast to physicians, who get 98 per cent of their income from the public sector. Very little money comes from the public sector to support the overall psychological activities in the country. That means that those people who require those services more often than not have to access them and pay for them themselves.

Senator Cochrane: Would it be fair to say that people with mental illness do not get the holistic program that they should be getting, services from psychologists, psychiatrists, doctors and nurses and so on? Do they get this holistic program if they access private care, or is it just a stopgap? They will get a certain part of the treatment and then possibly go back to the public sector?

Mr. Arnett: By and large, people do not get comprehensive care within the context of our public system. On any given day, in any given institution or any community facility, they may, but there is a greater chance that they will not. There is a much greater chance that they will pretty well exclusively receive medications for their problems, whether they like it or not.

If you ask people, for example, whether they want any treatment or no treatment, they will take any treatment. If you ask them whether they want a more comprehensive approach or a medication approach, they will choose the more comprehensive approach. However, they do not have access to that.

Senator Cochrane: You say in Ontario the present number of training positions has fallen below a level sufficient to fully train the required number of doctoral-level psychologists. What has happened? Have we closed down some of the universities? Have we closed some of the training positions in hospitals? What has happened in Ontario?

Mr. Arnett: What has happened in Ontario is exactly that. They have closed training positions in hospitals. Hospital budgets have been squeezed to the extent that staff psychologists are given a choice. They either maintain themselves or cut their training

Le sénateur Cochrane : Ma question s'adresse à M. Arnett et porte sur sa présentation. Vous disiez que la plupart des services psychologiques nécessaires sont dispensés par le secteur privé plutôt que par le secteur public. J'aimerais en savoir plus sur le secteur privé, parce que généralement les patients qui ne peuvent pas, disons, obtenir une opération ou certains traitements, s'adressent au secteur privé. Ce secteur privé est souvent à l'extérieur du Canada.

De quel secteur privé parlez-vous par rapport aux maladies mentales?

M. Arnett : Dans notre pays, il y a une énorme lacune dans les services financés avec l'argent des contribuables. Lorsque je parle du financement du secteur public, je veux dire de l'argent consacré aux services psychologiques offerts au niveau communautaire ou dans les établissements. Il y a très peu de ces services. La grande majorité des psychologues du pays travaillent hors des établissements et des centres de santé communautaires et, de fait, leurs salaires proviennent généralement des services qu'ils dispensent.

Cette situation offre un contraste important avec les médecins dont les salaires sont versés à 98 p. 100 par le secteur public. Le secteur public ne consacre que très peu d'argent aux services de psychologie à l'échelle nationale. Ceci signifie que les gens qui ont besoin de ces services n'y ont pas souvent accès et qu'ils doivent eux-mêmes en défrayer les coûts.

Le sénateur Cochrane : Serait-il correct d'affirmer que les personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale ne reçoivent pas le programme holistique qu'ils devraient recevoir de la part des psychologues, des psychiatres, des médecins, des infirmières, et cetera? Si ces personnes se tournent vers le secteur privé, ont-elles accès à un programme holistique ou à un service de dépannage? Est-ce qu'elles reçoivent une partie des traitements et qu'elles reviennent ensuite au secteur public?

M. Arnett : Généralement, les patients ne reçoivent pas des soins de santé intégrés dans notre système public. Une certaine journée, dans un certain établissement, cela peut arriver, mais il est plus probable que cela ne sera pas le cas. Il est beaucoup plus probable que l'intervention se limite à la prescription de médicaments pour leurs problèmes, que cela leur convienne ou non.

Par exemple, si vous demandez aux gens s'ils préfèrent recevoir un traitement ou n'en recevoir aucun, ils choisiront de recevoir un traitement. Si vous leur demandez s'ils veulent une approche plus intégrée ou une approche médicale, ils choisiront l'approche intégrée. Le problème, c'est qu'ils n'ont pas accès à cette approche.

Le sénateur Cochrane : Vous dites qu'en Ontario, le nombre actuel de postes de stagiaires est sous le seuil nécessaire pour assurer la formation du nombre nécessaire de docteurs en psychologie. Que s'est-il passé? Avons-nous fermé des universités? Avons-nous aboli un certain nombre de postes de stagiaires dans les hôpitaux? Que s'est-il passé en Ontario?

M. Arnett : C'est exactement ce qui s'est passé en Ontario. Ils ont aboli des postes de stagiaires dans les hôpitaux. Les budgets des hôpitaux ont été tellement réduits que le personnel en psychiatrie a été dans l'obligation de choisir entre préserver leurs postes ou abolir

positions. It is a *Sophie's Choice* in many instances that is unpalatable. With the squeezing of hospital budgets here, they have cut these training positions and they are no longer adequate to replace the current practitioners.

Senator Cochrane: Could you give us some positive stories in which people with mental illness have experienced great improvements? Have funds been used to build on great solutions that we can pass on to our own provinces?

Mr. Arnett: Are you directing that to me?

Senator Cochrane: To anyone, I am looking for positive stories.

The Chairman: It is called "looking for a ray of sunshine after five hours of gloom."

Mr. Arnett: Let's face it, the vast majority of the conditions that people suffer from are treatable and they do well with treatment. There are a small percentage of people who do not. There are a small percentage of people who do not recover. If you look at mood disorders and anxiety disorders, which are the most prevalent disorders, people can be treated for those successfully, either pharmacologically or psychologically, socially, and they do very well. The good news is that most people do very well with appropriate treatment. That is the reality.

There are a small percentage of people who, no matter what you do, need and will continue to need a great deal of support over the long haul. It is not a negative picture overall.

Ms. Marrett: There are lots of positive stories. One of the positive stories is what is happening right now. The treatments and services that were available 10, 12, 15, 20 years ago were vastly different from those that are available now.

That does not mean that it is perfect, by any means. At the same time, individuals who are able to work, if they have found an employer who is open to accommodation and to respecting the fact that the individual may need some flexibility — it may be flex hours or any number of different things — have a much greater chance of having a successful life and contributing to society.

Many more individuals are able to do many more things because of the treatments and services that they have been able to access. However, I say this with a little caution, because there are pockets where this happens.

It is not right across the board.

Certainly, when you are talking about the public versus the private sector, even those individuals who are working and have an extended health benefits program are limited in how much money can be spent on accessing psychological services, for example. For individuals who need psychological services on a regular basis, that is used up within a few months. Where does the money come from after that? Many psychiatrists will tell you that the treatment for many people living with mental illness of any kind must involve psychological counselling. However, if they

des postes de stagiaires. Un choix comme
Le choix de Sophie, désagréable sous tous ses aspects. En raison de la compression des budgets des hôpitaux, des postes de stagiaires ont été éliminés et les établissements ne sont plus en mesure de remplacer adéquatement les praticiens qui travaillent actuellement.

Le sénateur Cochrane : Pourriez-vous nous offrir quelques exemples positifs de personnes atteintes de maladie mentale qui ont vu leur état s'améliorer considérablement? Est-ce que l'argent a permis de trouver d'excellentes solutions que nous pourrions mettre en pratique dans nos propres provinces?

M. Arnett : Cette question s'adresse-t-elle à moi?

Le sénateur Cochrane : À tout le monde, je voudrais entendre des histoires positives.

Le président : Ça s'appelle « chercher un rayon de soleil après cinq heures de noirceur ».

M. Arnett : Soyons francs, la vaste majorité des troubles peut être traitée et les patients se sentiront mieux à la suite du traitement. Un faible pourcentage ne s'améliorera pas. Un petit pourcentage des patients ne retrouve pas la santé. Si vous prenez l'exemple des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, les plus courants, les personnes qui en sont atteintes peuvent être traitées, pharmacologiquement ou socialement, et elles iront mieux. La bonne nouvelle est que la plupart des gens s'améliorent avec le traitement approprié. C'est la réalité.

Peu importe ce que nous faisons, il y aura toujours un petit pourcentage de personnes qui auront besoin d'un important soutien à long terme. Dans l'ensemble, la situation n'est pas mauvaise.

Mme Marrett : Il y a plusieurs histoires positives. Une de ces histoires positives est en train de se produire en ce moment. Les traitements et services qui étaient offerts il y a 10, 12, 15 et 20 ans sont très différents de ceux qui sont dispensés maintenant.

Cela ne signifie pas pour autant que tout soit parfait. Par contre, les personnes qui ont la capacité de travailler ont beaucoup plus de possibilités de réussir leur vie et de contribuer à la société, en autant qu'elles trouvent un employeur qui accepte la situation et qui respecte le fait que cette personne puisse nécessiter une plus grande souplesse — heures flexibles ou autres arrangements.

Un plus grand nombre de personnes sont capables d'accomplir beaucoup plus grâce aux traitements et aux services qu'ils ont reçus. Je dis cela avec prudence parce que cela se produit à certains endroits.

Cette situation n'est pas généralisée.

Certainement, lorsque vous comparez le secteur public et le secteur privé, même ceux qui travaillent et qui ont droit à des prestations complémentaires sur les soins de santé doivent respecter des limites sur les montants qui sont alloués aux services de psychologie. Pour les personnes qui sont besoin de services réguliers en psychologie, ce montant sera dépensé en quelques mois. D'où vient l'argent après ça? De nombreux psychiatres vous diront que les traitements pour plusieurs personnes atteintes de maladie mentale doivent comporter des

cannot access it because they do not have the funds, or can only access it for a short time, we have a problem. It is a huge challenge in this country.

Ms. Christine Davis: There are tons of good stories about how well people do. There are also many about people who do not do so well. For me, it is about people doing well according to how they describe that. It is about how people would describe their lives. I hear stories from many people about how their lives are much better outside of institutions and organizations where they have been housed for long periods of time.

I teach nursing, and I can tell you that I take students into mental health facilities. At the end of their 12 weeks on a floor working with patients who have mental illness, all 10 of them want to go back to work on that floor. When they first went there, they were terrified because they had not had any experience. For me, that is heart-warming.

The Chairman: Thank you for that ray of sunshine. I thank all of you for coming. We really appreciate it.

Senators, our last witness tonight is Ian Potter, the assistant deputy minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada. Kathryn Langlois is the director general in the same program. In light of the time, I have asked Mr. Potter to be brief in his opening comments. He has given us his opening statement. I have asked him to shorten a bit in the hope that we can ask him some questions. Mr. Potter, I appreciate your tolerance. I know you have been here for a while, listening to the discussion. In many ways, it was probably a good thing you were not here at the time we originally wanted to have you, because the session went overtime, even with one less witness. As you can appreciate, this is a subject that tends to emotionally engage the committee. Thank you for coming. Please hit the highlights of your opening statement.

Mr. Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: Thank you, Mr. Chairman and senators, for your invitation. I will try to cut my opening statement short and just deal with some of the more important issues. As Senator Kirby said, I am joined by Ms. Langlois, who is the Director General of Community Programs in First Nations Inuit Health Branch and responsible for mental health and addictions programming in our services.

First, I will try to set out what we do versus what provinces and territories do. It is often confusing, even for those of us who are in this on a day-to-day basis.

Basic mental health services and addiction services are provided primarily by provincial governments to all residents of the province, which includes First Nation, Inuit and other Aboriginal people. They provide hospital care, psychiatric and

consultations psychologiques. Toutefois, si les patients n'y ont pas accès par manque d'argent, ou qu'ils n'y ont accès que pendant une courte période, nous avons un problème. C'est un défi immense pour le pays.

Mme Christine Davis : Il y a une multitude de bonnes histoires qui témoignent de la réussite des gens. Il y en a aussi plusieurs à propos des personnes qui ne réussissent pas aussi bien. Je pense qu'il faut considérer la réussite des gens en fonction de leur propre description. Il faut tenir compte de la façon dont les gens décrivent leur vie. J'ai entendu plusieurs personnes raconter comment leur vie s'était améliorée hors de l'établissement ou de l'organisation où ils avaient vécu pendant longtemps.

L'enseigne les soins infirmiers et je peux vous affirmer que j'amène les étudiants dans les établissements de santé mentale. À la fin de leur période de travail de 12 semaines avec des patients atteints de maladie mentale, tous les 10 étudiants voulaient continuer à travailler dans cette section. Au début, ils avaient peur parce qu'ils n'avaient aucune expérience. J'ai trouvé ça très gratifiant.

Le président : Je vous remercie pour ce rayon de soleil. Je vous remercie tous pour votre participation. Nous l'apprécions vraiment.

Sénateurs, notre dernier témoin est monsieur Ian Potter, sous-ministre adjoint de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Madame Kathryn Langlois est la directrice générale du même programme. En raison de l'heure, j'ai demandé à M. Potter de s'en tenir à une brève déclaration préliminaire. Il avait déposé sa déclaration préliminaire et je lui ai demandé de la raccourcir un peu afin que nous puissions lui poser quelques questions. Monsieur Potter, j'apprécie votre patience. Je sais que vous êtes ici depuis un bon moment et que vous avez suivi la discussion. Somme toute, c'est peut-être bien que vous ne soyez pas venu au moment initialement prévu, parce que l'audience s'est prolongée, même en ayant un témoin de moins. Comme vous pouvez le constater, ce sujet soulève des émotions parmi les membres du comité. Je vous remercie d'être venu. Veuillez nous présenter les points importants de votre déclaration préliminaire.

M. Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Monsieur le président et honorables sénateurs, je vous remercie de votre invitation. Je vais raccourcir ma déclaration préliminaire et me concentrer sur les points les plus importants. Comme le sénateur Kirby l'a précisé, je suis accompagné de Mme Langlois, directrice générale de la Direction des programmes communautaires, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui est responsable de nos programmes pour la santé mentale et les toxicomanies.

Je vais tout d'abord tenter de préciser ce que nous faisons et ce que les provinces et les territoires font. Cette situation porte souvent à confusion, même pour nous qui travaillons dans ce domaine à tous les jours.

Les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie de base sont assurés principalement par les provinces qui offrent ces services à tous leurs résidents, y compris les membres des Premières nations, les Inuits et les autres peuples autochtones. Ces

general physician services. Provinces also provide community-based prevention, outpatient treatments, aftercare, detoxification services and residential addiction treatment services.

services englobent les soins hospitaliers universels, les soins psychiatriques et les soins médicaux. Les provinces offrent également des services communautaires de prévention, des services de traitement ambulatoire et de suivi, des services de désintoxication et des services de traitement de la toxicomanie en résidence.

Health Canada, through First Nations and Inuit Health Branch, works with the provinces and adds to those services by providing specific services for First Nations and Inuit for some elements of the overall mental health and addiction system. In particular, we provide mental health counselling through a program called Non-insured Health Benefits, which provides supplementary health services to First Nations and Inuit regardless of residency.

Santé Canada, par l'entremise de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, en collaboration avec les provinces et les territoires, fournit des services supplémentaires en matière de santé mentale et de traitement des toxicomanies aux Premières nations et aux Inuits. Plus précisément, des services de counselling en santé mentale sont dispensés dans le cadre du programme Services de santé non assurés qui permet aux membres des Premières nations et aux Inuits de recevoir des services de santé supplémentaires, peu importe leur lieu de résidence.

In 2003-04, we spent approximately $11.6 million under that program on mental health counselling. This is usually provided by psychologists, and it is usually in cases where there is urgency and, frequently, some crisis. We also provide community-based prevention and promotion programs focused on mental health and addiction on reserves and in Inuit communities and residential addiction treatment services for First Nations individuals.

En 2003-2004, nous avons consacré près de 11,6 millions de dollars aux services de counselling en santé mentale. Ces services sont généralement dispensés par des psychologues lorsqu'il se présente des situations urgentes. Nous offrons aussi des programmes communautaires de prévention et de promotion axés sur la santé mentale et la toxicomanie dans les réserves et les communautés inuites ainsi que des services de traitement de la toxicomanie en résidence aux membres des Premières nations.

We provide $40 million a year in ongoing funding to community-based mental health programs through a program called Building Healthy Communities, and an additional $51 million per year for mental health and child development activities through Brighter Futures.

Nous consacrons 40 millions de dollars au financement sur une base continue aux programmes communautaires de santé mentale dans le cadre de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé et un autre 51 millions annuellement à des activités axées sur la santé mentale et le développement de l'enfant, dans le cadre de l'initiative Grandir ensemble : les enfants c'est important.

[*Translation*]

To assist communities to address addiction issues, FNIHB provides funding to First Nations and Inuit organizations through the National Native Alcohol and Drug Abuse Program ($59 million per year), the Youth Solvent Abuse Program ($11 million per year), the First Nations and Inuit Tobacco Control Strategy ($12 million per year), and the Canadian Drug Strategy ($1 million per year).

[*Français*]

Pour aider les collectivités à cerner les problèmes liés à la toxicomanie, la DGSPNI finance les activités des organismes des Premières Nations et des Inuits dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (59 millions de dollars par année), du Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes (11 millions de dollars par année), de la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (12 millions de dollars par année) et de la Stratégie canadienne antidrogue (1 million de dollars par année).

[*English*]

Most of these programs are managed and delivered by First Nations and Inuit people. We have given the committee two summaries of community programs that are offered under the funding that we provide. I believe we have left those with the clerk of the committee for your information, and I will not get into them today in the interests of time.

I will just talk a little about our agenda. I would like to identify four main issues that we are working on to strengthen our service. The first is related to a significant commitment from first ministers and Aboriginal leaders in September of 2004 in which the Prime Minister, the premiers and all the national

[*Traduction*]

La majorité de ces programmes sont gérés et dispensés par les membres des Premières nations et les Inuits. Nous avons apporté de la documentation sur deux programmes communautaires réalisés grâce au financement Santé Canada. Nous les avons remis à la greffière pour votre information, mais je ne vais pas en parler parce que cela serait trop long.

Je vais parler brièvement de nos plans. Nous avons ciblé quatre principaux secteurs où les services doivent être améliorés. Le premier découle d'un important engagement pris par les premiers ministres et les dirigeants autochtones lors de la réunion de septembre 2004 dans lequel le premier ministre, les premiers

leaders agreed to work together on a blueprint for Aboriginal health. The goal is to improve Aboriginal people's health outcomes and to ensure they have access to quality health care.

There is a process currently in which provinces, territories, Aboriginal leaders and the federal government are meeting to consider what should be in that long-term plan. This is an area in which mental health services could be highlighted. The intent is to develop a plan in consultation and to table it at the scheduled first ministers' meeting on Aboriginal issues, which is likely to take place before the end of the calendar year.

As part of that September initiative, the federal government announced new funding, and in particular, an Aboriginal youth suicide prevention strategy, with $65 million allocated over five years. We are working on the program jointly with the Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami and with input from other national Aboriginal organizations, provinces and territories and federal departments. This strategy will support communities in stopping youth from becoming suicidal, reaching youth who are at risk of committing suicide and preventing suicide clusters in the aftermath of a completed suicide.

[*Translation*]

Second, Health Canada has engaged the AFN, ITK, federal/provincial/territorial networks, and national and Aboriginal expert organizations to work together to strengthen mental health and addictions services for First Nations and Inuit. One key objective of this work is to improve coordination of services, so that people who are coping with both mental health and addictions issues, and who are moving between federal, provincial and community-based programs do not experience gaps in service or duplication of processes.

[*English*]

Third, Health Canada will be engaging experts in a review this year to strengthen the evidence base for mental health and addictions programs for First Nations and Inuit.

Fourth, Health Canada is making progress on increasing the number of front-line addictions and mental health workers who have received accredited training. We are seeking accreditation for all our facilities, particularly our alcohol and solvent treatment facilities. We are taking steps to increase the number of Aboriginal mental health and addiction professionals, who have a critical role to play in supporting front-line workers and providing direct services.

ministres provinciaux et les dirigeants nationaux ont convenu d'élaborer un plan d'action préliminaire en vue d'améliorer la santé des Autochtones. L'objectif est d'améliorer l'état de santé des Autochtones et d'assurer qu'ils ont accès à des soins de santé de qualité.

Il y a présentement un processus dans lequel les provinces, les territoires, les dirigeants autochtones et le gouvernement fédéral se rencontrent afin de déterminer ce qui devrait être inclus dans ce plan à long terme. Il y a un secteur dans lequel les services de santé mentale pourraient être mis de l'avant. L'objectif visé est d'élaborer conjointement un plan et de le déposer lors de la prochaine réunion des premiers ministres sur les questions autochtones, qui devrait avoir lieu d'ici la fin de l'exercice financier.

Également dans le cadre de la réunion du septembre, le gouvernement fédéral a annoncé de nouveaux investissements, particulièrement pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones, projet pour lequel un budget de 65 M$ réparti sur cinq ans a été prévu. Ce projet sera réalisé avec la participation de l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami avec la collaboration d'autres organisations autochtones nationales, des provinces, des territoires et de certains ministères fédéraux. Cette stratégie vise à aider les collectivités à empêcher les tendances suicidaires de se développer chez les jeunes, à communiquer avec les jeunes qui sont susceptibles de se suicider et à prévenir les suicides en série après qu'un suicide se soit produit.

[*Français*]

En deuxième lieu, Santé Canada s'emploie à inciter l'APN, l'ITK, les réseaux fédéraux, provinciaux et territoriaux et les organisations nationales autochtones spécialisées, à travailler ensemble pour améliorer les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie offerts aux membres des Premières nations et des Inuits. Ce travail vise en particulier à améliorer la coordination des services afin que les intervenants du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie, qui ont recours aux programmes fédéraux, provinciaux et communautaires, n'aient pas à faire face à des lacunes au niveau des services ou à des dédoublements au niveau des processus.

[*Traduction*]

Troisièmement, Santé Canada demandera à des spécialistes d'examiner les données afin de renforcer les programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie offerts aux membres des Premières nations et aux Inuits.

Quatrièmement, Santé Canada augmente graduellement le nombre de travailleurs de première ligne en santé mentale et en toxicomanie qui ont complété une formation menant à l'accréditation. Nous tentons d'obtenir l'accréditation de tous nos établissements, plus particulièrement ceux qui sont spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et l'abus de solvants. Nous prenons aussi des mesures pour accroître le nombre de professionnels autochtones en santé mentale et en toxicomanie dont le soutien est essentiel aux travailleurs de première ligne et à la prestation de services directs.

I have also provided the committee with information on First Nations and Inuit, "A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada." This could provide more detailed information, should the committee wish to have it.

I thank the committee for this opportunity to be here. I hope that I can be helpful in its deliberations.

The Chairman: Mr. Potter, I would like to ask you a question or two. You began by describing what you provide and what the provinces provide. Do you reimburse the provinces for services that they provide to Aboriginal and First Nations people?

Mr. Potter: No. When hospitalization and physician services under the Medical Care Act and Hospital Act were introduced, it was the intention of the Government of Canada that those services would be available to all residents of the province, except for RCMP and a few other federal employees. That would include all First Nations and Inuit.

The Chairman: It would include those on or off reserve?

Mr. Potter: Yes. There was some controversy during the 1960s and 1970s as to the application of that, which led to an agreement in 1979 that defined the roles of the federal and provincial governments. It meant that on isolated reserves and areas where provinces were not providing primary care, the federal government would continue to finance and provide that. It meant that the federal government would provide public health services on all reserves, including prevention services. As well, it meant that the federal government would provide non-insured drugs, dental work and transportation for all First Nations and Inuit on and off reserve. For physician services, the federal government bills the province at the rate that they are provided, which is usually a part of it. For example, where the federal government may arrange for physician services on a northern reserve in Manitoba, we would enter into contracts, for example with the university, to provide that service, which includes transportation, et cetera. We would then charge the province for the billing days of those physicians who are covered under the provincial legislation.

The Chairman: You pay the balance.

Mr. Potter: Yes, we pay the rest. Usually, we bill the province about one quarter to one third of the cost of providing those services.

The Chairman: Your budget is about $1.4 billion. Is that right?

Mr. Potter: It is close to $2 billion this year.

The Chairman: That lowers my number even more. If I add up your expenditures on mental health and addiction, out of a budget of $2 billion, it comes to about 5 per cent. Given the

J'ai apporté pour consultation le document intitulé « Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada » dans lequel le comité trouvera de plus amples détails sur la santé des Premières nations et des Inuits, s'il le désire.

Je remercie le comité de m'avoir donné l'occasion de témoigner. J'espère être en mesure de vous aider dans vos délibérations

Le président : Monsieur Potter, j'aimerais vous poser une ou deux questions. Vous avez commencé par décrire les services que vous offrez et ceux que les provinces offrent. Remboursez-vous les provinces pour les services dispensés aux Autochtones et aux membres des Premières nations?

M. Potter : Non. Lorsque des services d'hospitalisation et médicaux ont été définis dans la Loi sur les soins médicaux et la loi sur les hôpitaux, le gouvernement du Canada voulait que ces services soient offerts à tous les résidents des provinces, à l'exception des membres de la GRC et certains employés de la fonction publique fédérale. Cela incluait les Premières nations et les Inuits.

Le président : Cela incluait ceux qui vivent dans les réserves et hors des réserves?

M. Potter : Oui. Il y a eu des discussions pendant les années 1960 et 1970 concernant l'application de ces dispositions, qui ont amené l'entente de 1979 dans laquelle les rôles des gouvernements fédéral et provinciaux sont définis. Ainsi, le gouvernement fédéral demeurait responsable du financement et des services dans les réserves éloignées et dans les endroits où les provinces n'offrent aucun service. Cela signifiait que le gouvernement fédéral serait responsable des services de santé publics dispensés dans les réserves, y compris les services de prévention. Cela signifiait aussi que le gouvernement fédéral serait responsable des coûts associés aux médicaments non assurés, aux soins dentaires et au transport nécessaire des membres des Premières nations et aux Inuits vivant dans les réserves. Dans le cas des services des médecins, le gouvernement fédéral présente une facture aux provinces selon les taux établis, ce qui couvre généralement une partie des coûts. Par exemple, s'il désire que les services d'un médecin soient dispensés dans une réserve située dans le Nord du Manitoba, le gouvernement fédéral conclura une entente avec l'université, par exemple, afin d'assurer la prestation du service, le transport, et cetera. Le gouvernement réclamera ensuite à la province le remboursement des honoraires des médecins qui sont assujettis à la législation provinciale.

Le président : Vous assumez l'autre partie des coûts.

M. Potter : Oui, nous défrayons ce qui reste. D'habitude, les provinces nous remboursent le quart ou le tiers des coûts des services dispensés.

Le président : Votre budget s'élève à environ 1,4 milliards. C'est bien ça?

M. Potter : Cette année, il atteint presque 2 milliards.

Le président : Cela diminue encore mon chiffre. Si j'additionne vos dépenses dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies, sur un budget de 2 milliards, cela représente

magnitude of the problem, that strikes me as incredibly low. I will say that you might have noticed that we were not terribly complimentary about your branch in our *Issues and Options* paper. Please do not take it personally. We understand that this systemic problem has existed forever within the federal government. The problem is not unique to you. It is equally interesting to me that when I look at the index to your "Statistical Report on the Health of First Nations in Canada," with the exception of a quarter-page on suicide, there is no mention of mental health — it is not covered.

Part of me is wondering why we are doing any of this. Why do you not simply contract with the provinces to do everything? When I look at the relative amount of money that is being spent, and knowing that we are sitting here in Ottawa trying to deliver services at either end of our country, I wonder why we are doing it. Why do we not simply contract it out to the provinces or to someone else?

Mr. Potter: If I may, there were a few questions embedded in your remarks.

The Chairman: I have a tendency to become agitated on this subject.

Mr. Potter: I could try to figure out the overall proportion. We have some difficulties in getting all the data with respect to mental health services; and we are not alone as a health service delivery agent in that. That is reflected in our data reports. In terms of the expenditures, the pharmaceuticals that we pay for are not included. I know that the most prevalent pharmaceuticals, although maybe not the most expensive, are for the treatment of mental illnesses.

The Chairman: Those would be mainly antidepressants.

Mr. Potter: Yes, absolutely. That is our largest number of prescriptions, which amount to$10 million per year that we pay for.

We have an interest in integration and ensuring that there is a clear program available. Part of the blueprint process that I mentioned the first ministers agreed to with Aboriginal leaders was a focus on integration and adaptation of the health system. The integration of the federal services with provincial services would reduce duplicative services or incidence of services that do not fit together. Service would then be truly focused on the needs of the patient so that the system is clear and not broken up by jurisdictional differences. That is our major emphasis. Most of the services we fund are delivered by First Nations and Inuit. Part of that process is to support them so that they can play an active and essential role in the fundamental health care system in Canada, which is provincial or territorial.

environ 5 p. 100. Cela me semble bien peu étant donné l'ampleur du problème. Je dirais que vous n'avez peut-être pas remarqué que nous n'avons pas été très élogieux envers votre Direction dans notre rapport *Questions et options*. Ne croyez pas que vous êtes personnellement visé. Nous comprenons que ce problème systémique existe depuis toujours au sein du gouvernement fédéral. Ce problème n'est pas uniquement le vôtre. Je trouve aussi très intéressant qu'en examinant l'index de votre publication *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, à l'exception d'un quart de page sur la question du suicide, on n'y retrouve aucune mention de la santé mentale — il n'en est pas question.

Une partie de moi-même se demande pourquoi nous faisons cela. Pourquoi ne pas tout simplement conclure les ententes nécessaires avec les provinces afin qu'elles s'occupent de tout? Lorsque je constate le montant relatif d'argent qui est dépensé, et sachant que nous sommes ici à Ottawa en train d'essayer d'offrir des services dans l'ensemble du pays, je me demande pourquoi nous faisons cela. Pourquoi ne pas tout simplement engager les provinces ou quelqu'un d'autre?

M. Potter : Si vous me permettez de répondre, quelques questions sont comprises dans vos remarques.

Le président : J'ai tendance à m'emporter sur ce sujet.

M. Potter : Je pourrais essayer de déterminer la proportion totale. Nous éprouvons quelques difficultés à recueillir toutes les données relatives aux services en santé mentale; et nous ne sommes pas le seul fournisseur de ces services de santé. Cela se reflète dans nos rapports sur les données ministérielles. En ce qui concerne les dépenses, les produits pharmaceutiques pour lesquels nous payons ne sont pas inclus. Je sais que les produits pharmaceutiques les plus courants, sans être les plus chers, sont ceux requis pour le traitement des maladies mentales.

Le président : Ces médicaments seraient surtout des antidépressifs.

M. Potter : Oui, absolument. Ces médicaments sont les plus prescrits et représentent des dépenses de 10 millions de dollars par année.

Nous sommes intéressés par l'intégration et nous voulons assurer qu'il y a un programme bien défini disponible. Une partie du processus d'élaboration du plan d'action préliminaire sur lequel les premiers ministres et les dirigeants autochtones se sont entendus repose sur l'intégration et l'adaptation du système de santé. L'intégration des services fédéraux et des services provinciaux permettrait de réduire les services redondants ou l'incidence des services qui ne sont pas compatibles. Les services pourraient mieux répondre aux besoins des patients et le système ne serait plus fragmenté par les différences entre les juridictions. C'est notre priorité. La plupart des services que nous offrons sont dispensés par les Premières nations et les Inuits. Une partie du processus leur assure le soutien dont ils ont besoin pour jouer un rôle essentiel dans le système de soins de santé au Canada, qui est provincial ou territorial.

We are not trying to withdraw funding. Rather, we are trying to support those health clinics that are run by First Nations, which Senator Fairbairn knows well in her own area. I have been with Senator Fairbairn on some of those visits.

Senator Fairbairn: On the Blood Reserve.

Mr. Potter: The Blood Reserve has an excellent clinic with excellent services. We are trying to help First Nations to work with provincial governments, through federal government financial support, so that there is a good service. We are not just buying it from the provinces, but ensuring that the service delivered is largely led, managed and delivered through First Nations and Inuit. It is an integral part of the provincial medical care system.

The Chairman: I understand what you do. However, when I look at the outcome, my instinct makes me wonder why we do not contract it out to the provinces. I cannot believe it would be substantially worse, and perhaps it would be better.

[*Translation*]

Senator Gill: First, I should tell you I am from an Aboriginal reserve in Lac-Saint-Jean, that I still live there, and that I am occasionally one of the patients of the national health system and of the local hospital services. I thank you and congratulate you on the efforts that have been made for a number of years now by the national health system.

It was only very recently that services were transferred to Aboriginal people so that they would be managed by them. The areas I am familiar with are relatively good, but obviously nothing is perfect. As Senator Kirby just said, the results may not be proportionate to the efforts and investments made.

Here I have a table that comes from the research service, but I don't know how accurate it is. I am looking at federal government expenditures on the Canadian Forces, federal offenders and the Royal Canadian Mounted Police. I see there is approximately $2,000 for First Nations, per capita, and for the others, it is $4,000 and $5,000 per capita. I do not think this information is scientific, but it's nevertheless a reference that must be considered.

You said earlier that the provinces offered a lot of services. The hospitals offer health services to Aboriginal people, that is correct, but they are billed to the federal government. You lose me when you say it is not billed.

To my knowledge, there is an agreement under which most services are provided by the province, as a general rule. Apart from the local reception centres, the Department of Health pays the costs directly. However, I always thought that care provided

Nous n'essayons pas de réduire le financement. Au contraire, nous essayons d'encourager les cliniques médicales gérées par les Premières nations, dont certaines se trouvent dans la région de le sénateur Fairbairn. J'y ai effectué quelques visites avec le sénateur Fairbairn.

Le sénateur Fairbairn : Dans la Réserve des Gens-du-Sang.

M. Potter : La Réserve des Gens-du-Sang peut compter sur une excellente clinique et d'excellents services. Nous essayons d'aider les Premières nations à travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux, par l'entremise d'un soutien financier du gouvernement fédéral, de façon à fournir un bon service. Nous ne nous contentons pas d'acheter des services des provinces, nous nous assurons que les services sont en grande partie gérés et dispensés par les membres des Premières nations et les Inuits. C'est une composante essentielle du système de soins de santé provincial.

Le président : Je comprends ce que vous faites. Par contre, lorsque je regarde les résultats, je ne peux pas m'empêcher de me demander pourquoi est-ce que nous ne fonctionnons pas avec des ententes provinciales. Je ne peux pas croire que la situation serait vraiment pire, et peut-être serait-elle meilleure.

[*Français*]

Le sénateur Gill : Je dois d'abord vous dire que je suis originaire d'une réserve indienne au Lac-Saint-Jean, que j'y habite toujours, et que je suis à l'occasion un des patients de la santé nationale et des services hospitaliers locaux. Je vous remercie et je vous félicite pour les efforts déployés depuis plusieurs années par la santé nationale.

Ce n'est que depuis très récemment que les services ont été transférés aux Autochtones afin qu'ils soient gérés par ceux-ci. Les secteurs que je connais sont relativement bien, mais évidemment, tout n'est pas parfait. Les résultats, comme le sénateur Kirby vient de le dire, ne sont peut-être pas proportionnels aux efforts et aux investissements accomplis.

J'ai ici un tableau qui provient du service de la recherche, mais je ne sais pas jusqu'à quel point il est juste. Je regarde les dépenses du gouvernement fédéral relatives aux Forces canadiennes, aux détenus et à la Gendarmerie royale du Canada. Je vois qu'il y a environ 2000 $ pour les Autochtones, par individu, et pour les autres c'est 4 000 $ et 5000 $ par individu. Je ne pense pas que cette information soit scientifique mais c'est quand même une référence qu'il faut prendre en considération.

Vous disiez tantôt que les provinces offraient beaucoup de services. Les centres hospitaliers offrent des services de santé aux Autochtones, c'est juste, mais ils sont facturés au gouvernement fédéral. Vous me perdez quand vous dites que ce n'est pas facturé.

À ma connaissance, il y a une entente selon laquelle, règle générale, la plupart des services sont dispensés par la province. À part les centres d'accueil locaux, c'est le ministère de la Santé qui assume directement les coûts. Toutefois, pour les soins

off the reserves in hospitals or clinics was always billed to the federal government and paid for by the provincial Ministry of Health.

It is like for education offered in provincial schools. Unless the facts show otherwise, I'd say it is often the federal government that pays the bills. Since intake is also done by the communities, I am not saying the bills are paid twice, but that they are paid by the communities themselves. I would like you to tell me whether I am wrong or not.

[*English*]

Mr. Potter: For the services that are provided to First Nations and Inuit; it is different from the RCMP or the DND. In the case of the RCMP and DND, as I understand it, the federal government pays the province for the services.

The agreement that was reached in 1979 is one in which the province provides basic hospital care and medical care, the same types of services that are available to the general public, to the First Nations and Inuit. If we are providing a hospital service — and we still have a few hospitals — and if we are providing a physician service, we bill the province for that service.

[*Translation*]

When you compare the federal government's expenditures for Aboriginal people and national defence, the difference lies in the degree of responsibility of the provinces relative to that of the federal government.

Senator Gill: Let us consider the example of the health insurance card in Quebec. Everyone has one, including Aboriginal people, the members of the RCMP and the members of the Canadian Forces. I imagine that, when that card is used, services are billed to the provinces.

[*English*]

Mr. Potter: I cannot speak with certainty with respect to the DND or the RCMP. I can tell you with certainty with respect to the First Nations. In those cases, those services that are covered by the Canada Health Act, what we call insured services, are provided by the province. If the federal government is arranging for physician services or hospital services, we charge the province back for those services.

We do not charge them back for the community services. We have a number of nurse practitioners who provide services in isolated communities. That is paid for by the federal government. The basic clinical services — preventive services, well baby clinics, basic community mental health services, those types of things, are all funded by the federal government in the communities.

prodigués à l'extérieur des réserves dans les hôpitaux ou dans les cliniques, j'ai toujours cru que les soins étaient facturés au gouvernement fédéral et payés par le ministère de la Santé provincial.

C'est comme pour l'éducation offerte dans les écoles de la province. Sous toute réserve, je dirais que c'est souvent le gouvernement fédéral qui paye les factures. Depuis que la prise en charge se fait aussi par les communautés, je ne dis pas que les factures sont payées en double mais qu'elles sont payées par les communautés elles-mêmes. J'aimerais que vous me disiez si je suis dans l'erreur ou pas.

[*Traduction*]

M. Potter : Dans le cas des services que nous assurons aux Premières nations et aux Inuits; la situation est différente dans le cas de la GRC et du MDN. Dans ces cas, je crois que le gouvernement fédéral rembourse les provinces pour les services dispensés.

L'entente conclue en 1979 prévoit que les provinces fourniront les soins hospitaliers et les soins médicaux de base, soit les mêmes services qui sont offerts à l'ensemble de la population, aux Premières nations et aux Inuits. Si nous offrons des soins hospitaliers — et nous possédons encore quelques hôpitaux — et si nous fournissons les services d'un médecin, nous demandons le remboursement de ces services aux provinces.

[*Français*]

Lorsque vous comparez les dépenses du gouvernement fédéral pour les Autochtones et pour la défense nationale, la différence réside dans le degré de responsabilité des provinces par rapport à celui du gouvernement fédéral.

Le sénateur Gill : Prenons l'exemple de la carte d'assurance maladie au Québec. Tout le monde en a une, y compris les Autochtones, les membres de la GRC et les membres des Forces canadiennes. J'imagine qu'avec l'utilisation de cette carte, les services sont facturés à la province.

[*Traduction*]

M. Potter : Je ne peux parler avec certitude de ce qui se passe au MDN ou à la GRC. Je peux vous parler de ce qui se fait dans le cas des Premières nations. Dans ces cas, les services qui sont assurés par la Loi canadienne sur la santé, ce que nous appelons les services assurés, sont fournis par la province. Si le gouvernement fédéral s'occupe de la prestation de services médicaux ou hospitaliers, nous demandons le remboursement de ces services à la province.

Nous ne demandons par le remboursement des services communautaire. Nous employons plusieurs infirmières praticiennes qui dispensent des services dans des collectivités isolées. Ces infirmières sont payées par le gouvernement fédéral. Les services cliniques de base — les services de prévention, les cliniques d'enfants bien portants, les services communautaires de base en santé mentale, ce genre de services, sont financés par le gouvernement fédéral dans les communautés.

[*Translation*]

Senator Gill: Have you taken any steps to promote traditional medicine among Aboriginal people? Are the people working locally in the health field making efforts to adopt traditional medicine?

Drugs cost a fortune, and I know there are a lot in the Aboriginal world. I also know that the pharmaceutical industry markets some of those drugs. Is the Department of Health striving to develop traditional medicine?

[*English*]

Mr. Potter: Yes, we certainly have. I will ask Ms. Langlois to reply in general terms. In many of the facilities that Health Canada has funded, you will find places for traditional medicine. Many of the First Nations provide those as part and parcel of their medical clinics.

We have some limitations with respect to funding traditional medicine because there is no system in place that defines who is a traditional medicine specialist. In other countries — and it is something we have tried to encourage First Nations and Inuit people in Canada to look at — the people who practice traditional medicine have organized themselves to certify who is a legitimate provider of these services. So far, we have not been able to achieve that. There is a difficulty, as liability issues arise; if we pay for something, we should know what standard we are paying for. We are trying to get some system of standardization. I will ask Ms. Langlois to respond.

[*Translation*]

Ms. Kathryn Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: In response to Mr. Potter's question, I would like to add this. We are trying to integrate traditional Aboriginal medicine through the NNADAP program for substance abuse, and a lot of physicians practise this type of medicine.

Perhaps you are familiar with the Aboriginal Healing Foundation, which has integrated traditional Aboriginal practices. On our side, we are trying to see the orientation we will take in the future with regard to these projects. In response to your question on traditional medicine and the use of drugs, we are not really advanced on that point.

Senator Gill: Do you have a program that might eventually encourage traditional medicine? I understand the practice is not recognized by physicians in general, but is it encouraged? This type of medicine is also used by non-Aboriginals. Do you at least have something planned to encourage traditional medicine?

Ms. Langlois: Not for the moment, but I must say there are traditional alternative therapies in British Columbia, where there are a lot of Aboriginal people. We will have to look at the evolution and effectiveness of those therapies in the future.

[*Français*]

Le sénateur Gill : Avez-vous fait des démarches pour promouvoir la médecine traditionnelle chez les Autochtones? Est-ce que les gens qui travaillent localement dans le domaine de la santé font des efforts pour adopter la médecine traditionnelle?

Les médicaments coûtent une fortune et je sais qu'il y en a beaucoup dans le monde autochtone. Je sais aussi que l'industrie pharmaceutique commercialise certains de ces médicaments. Est-ce que le ministère de la Santé s'efforce de développer la médecine traditionnelle?

[*Traduction*]

M. Potter : Oui, bien sûr. Je vais demander à Mme Langlois de répondre de façon générale. Dans de nombreux établissements financés par Santé Canada, il y a des endroits pour pratiquer la médecine traditionnelle. Plusieurs Premières nations en font une condition sine qua non à leurs cliniques médicales.

Nous avons certaines limites à l'égard du financement de la médecine traditionnelle parce qu'aucun système ne définit qui sont les spécialistes en médecine traditionnelle. Dans d'autres pays — et c'est que nous avons essayé d'encourager les Premières nations et les Inuits du Canada à envisager — les personnes qui pratiquent la médecine traditionnelle se sont regroupées afin de reconnaître les fournisseurs officiels de ces services. Jusqu'à présent, nous n'y sommes pas arrivés. Cela soulève des problèmes en matière de responsabilité; si nous payons pour quelque chose, nous devons savoir de quoi il s'agit. Nous tentons d'établir un certain système de normalisation. Je vais demander à Mme Langlois de répondre.

[*Français*]

Mme Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Première Nations, Santé Canada : Suite au questionnement de M. Potter, j'aimerais ajouter ce qui suit. Nous essayons d'intégrer la médecine traditionnelle autochtone via le programme PNLAADA pour la toxicomanie et beaucoup de médecins pratiquent ce genre de médecine.

Peut-être connaissez-vous The Aboriginal Healing Foundation qui a intégré les pratiques traditionnelles autochtones. De notre côté, nous cherchons à voir comment nous allons nous orienter dans le futur par rapport à ces projets. Quant à votre question concernant la médecine traditionnelle et l'utilisation des médicaments, nous ne sommes pas vraiment avancés sur ce point.

Le sénateur Gill : Avez-vous un programme qui pourrait éventuellement encourager la médecine traditionnelle? Je comprends que la pratique n'est pas reconnue par les médecins en général, mais est-ce qu'on l'encourage? Ce type de médecine est aussi utilisé par les non autochtones. Avez-vous au moins quelque chose de prévu pour encourager la médecine traditionnelle?

Mme Langlois : Pas pour le moment, mais je dois dire qu'en Colombie-Britannique, où il y a beaucoup d'Autochtones, il existe des thérapies alternatives traditionnelles. Il faut examiner l'évolution et l'efficacité de ces thérapies dans le futur.

Senator Gill: We are starting to see physicians, surgeons and psychiatrists who go and study at university. Are there any programs encouraging those people to study medicine?

[*English*]

Mr. Potter: I do not think that we do that, although I believe in some settings there, in some medical schools, it is taking place.

[*Translation*]

Ms. Langlois: That will be the responsibility of the universities. We have to work together.

[*English*]

Senator Fairbairn: I should probably confess to a slight bias here in regard to our witness, with whom I have visited sites many times in my province of Alberta. If the federal government had a sainthood program, Mr. Potter would be in it. It is a very challenging job, and at the same time very invigorating when you visit medical centres on a reserve and see the people being treated by their own doctors and their own practitioners, which is happening more and more. It may have been slow, but nonetheless it is moving forward.

I have one question in looking at the table of contents here, and I should know this, but I do not. One of the big issues, particularly with young people in many parts of the Aboriginal community, is the difficulty that they have with drugs and alcohol, and coming out of that, the FAS children, the fetal alcohol syndrome children. Have you been able to develop programs with Aboriginal people as significant participants, and have them work on them with their own people, in the areas where FAS is so evident, as it is in so many parts of my area?

Mr. Potter: It is an area of great focus and attention in our program at the moment. We are fortunate that the government did increase funding to $15 million a year for FAS-dedicated resources. We have made this an important issue, both in terms of knowing how to tackle it and exchanging best practices. We have entered into collaboration with the U.S. Indian Health Service to work together on programs and interventions to deal with fetal alcohol spectrum disorder. In fact, the Canadian Paediatric Society, American Pediatric Society, Health Canada and the Indian Health Service of the United States are sponsoring a major conference on FASD in Seattle in approximately a week's time.

I will ask Ms. Langlois to talk a little about the specifics of that program.

Ms. Langlois: Based on the work we are doing with Indian Health Services in the United States, we are looking at best practices around preventing FASD births. We have learned that the best predictor of a woman having an FASD birth is that she

Le sénateur Gill : On commence à voir des médecins, des chirurgiens et des psychiatres qui vont étudier dans les universités. Y a-t-il des programmes qui encouragent ces gens à poursuivre des études dans le domaine médical?

[*Traduction*]

M. Potter : Je ne pense pas que nous faisons ça, bien que je croie que dans certaines conditions, dans des écoles de médecine, cela se fait.

[*Français*]

Mme Langlois : Ce serait la responsabilité des universités. Nous devons travailler ensemble.

[*Traduction*]

Le sénateur Fairbairn : Je dois avouer que j'ai un léger parti pris à l'égard de notre témoin avec qui j'ai effectué plusieurs visites dans ma province de l'Alberta. Si le gouvernement fédéral avait un programme de sainteté, M. Potter en ferait partie. C'est un travail très difficile, et en même temps très stimulant de visiter des centres médicaux dans des réserves et de voir des gens être soignés par leurs propres médecins et leurs propres praticiens, ce qui se produit de plus en plus souvent. Le démarrage a sans doute été lent, mais nous avançons quand même.

Lorsque j'examine la table des matières, je me pose une question à laquelle je devrais connaître la réponse, mais cela n'est pas le cas. Un des problèmes les plus importants et qui touche particulièrement les jeunes dans de nombreuses communautés autochtones est lié à l'abus de drogues et d'alcool et de ses conséquences, les enfants atteints du SAF, le syndrome d'alcoolisme foetal. Avez-vous élaboré des programmes avec les Autochtones en tant que partenaires essentiels, afin qu'ils travaillent avec les membres de leurs communautés des régions où le SAF est le plus fréquent, comme dans certaines régions de ma province?

M. Potter : Présentement, ce problème est traité avec une grande importance et beaucoup d'attention dans nos programmes. Nous avons la chance de recevoir un financement supplémentaire du gouvernement fédéral de 15 millions de dollars par année pour les ressources dédiées au SAF. Nous en avons fait une priorité, autant pour trouver des solutions et que pour échanger les meilleures pratiques. Nous avons conclu une entente de collaboration avec les Indian Health Services des États-Unis pour travailler ensemble à l'élaboration de programmes d'intervention pour traiter le syndrome d'alcoolisme fœtal. De fait, la Société canadienne de pédiatrie, l'American Pediatric Society, Santé Canada et les Indian Health Services des États-Unis parrainent une importante conférence sur SAF qui aura lieu à Seattle dans environ une semaine.

Je vais demander à Mme Langlois d'élaborer un peu sur les particularités de ce programme.

Mme Langlois : Dans le cadre du travail que nous accomplissons avec les Indian Health Services des États-Unis, nous tentons de déterminer quelles sont les meilleures pratiques pour prévenir les naissances avec SAF. Nous avons appris que le

has already had one. We need to work with women at risk to change the drinking behaviour and their addictions. One of the key best practices coming out of Seattle — and it has been around for a number of years and we are adapting it — is the mentoring program, where you pair an at-risk woman with a woman from the community who has had, perhaps, a similar life experience. That woman works with her to begin to break the cycles and the practices, access services and try to find ways to move away from the behaviour.

We actually have a mentoring project in place in Northern Saskatchewan, in the Northern Inter-Tribal Health Authority. That community is suggesting that it is seeing good results. It is very early days. With the new monies that were injected, we are a year and a half into it. We are hoping that it will build the evidence base for us to be able to expand that kind of program. That is an example of what we are doing.

Senator Fairbairn: This would be a federal program, not a federal-provincial program?

Ms. Langlois: A federal program.

Mr. Potter: It is a federal program, but it has applications for provinces. It is an area where we in Health Canada are also working with the provinces on exchanging best practices and supporting a concerted effort in that regard.

Ms. Langlois was talking about the particular program within our branch, where we have a delivery obligation for First Nations and Inuit on reserve, but the same programming is applicable off reserve.

Senator Fairbairn: This is being accepted by the people in the Aboriginal communities?

Ms. Langlois: In fact, just to link it to the provinces and territories, we actually had people from the STOP FAS program come from Manitoba to talk to us about their experience when we were looking at adapting it for on-reserve purposes. It is a program, I believe mostly in Winnipeg, that works with off-reserve Aboriginal women, and we were adapting it for on reserve. That is why it needs to be adapted, and the community in Northern Saskatchewan is doing that to make sure that it is applicable and can work there.

The Chairman: You do not fund the off-reserve program, do you?

Ms. Langlois: No, we do not. That would be funded by the province.

The Chairman: That brings me back to my previous question. I do not know why, if the province is running a program that is working for some part of the Aboriginal community, we do not let them do it for the entire Aboriginal community and simply reimburse them.

meilleur prédicteur qu'une femme donnera naissance à un enfant atteint du SAF est le fait qu'elle en ait déjà un. Nous devons travailler avec les femmes qui présentent des risques afin de modifier leur consommation d'alcool et leurs toxicomanies. Une des meilleures pratiques issue de Seattle — qui existe depuis plusieurs années et que nous sommes en train d'adopter — est le programme de jumelage, dans lequel une femme à risque est jumelée avec une femme de la communauté dont les expériences de vie sont peut-être semblables. Cette femme travaillera avec l'autre pour tenter de briser les cycles et les habitudes, utiliser les services et de chercher des moyens pour modifier le comportement.

Il y a présentement un projet de mentorat en cours dans le Nord de la Saskatchewan, dans la Northern Inter-Tribal Health Authority. La communauté pense que les résultats seront positifs. Le programme n'en est encore qu'à ses débuts. Grâce au nouveau financement, le programme est en vigueur depuis une année et demie. Nous espérons que nous en tirerons les données de base nécessaires qui nous permettrons d'élargir ce genre de programme. C'est un exemple de ce que nous faisons.

Le sénateur Fairbairn : C'est un programme fédéral et non un programme fédéral-provincial?

Mme Langlois : C'est un programme fédéral.

M. Potter : C'est un programme fédéral qui a des applications au niveau des provinces. Santé Canada y travaille avec les provinces en vue d'échanger les meilleures pratiques et d'encourager la mobilisation à cet égard.

Mme Langlois décrivait un programme distinct dans notre Direction, utilisé pour répondre à notre obligation d'assurer des services aux Premières nations et aux Inuits dans les réserves, mais ce même programme peut être appliqué hors des réserves.

Le sénateur Fairbairn : Ce programme est accepté par les membres des collectivités autochtones?

Mme Langlois : En fait, pour établir le lien avec les provinces et les territoires, lorsque nous avons étudié la façon d'adapter le programme dans les réserves, nous rencontré des représentants du programme STOP FAS du Manitoba afin qu'ils nous parlent de leur expérience. Ce programme, instauré en grande partie, je crois, à Winnipeg, est axé sur les femmes autochtones vivant à l'extérieur des réserves et nous voulions l'adapter aux femmes vivant dans les réserves. C'est pourquoi il doit être adapté, et la communauté du Nord de la Saskatchewan y travaille pour s'assurer qu'il peut être mis en œuvre et être efficace à cet endroit.

Le président : Vous ne financez pas de programmes hors réserve, n'est ce pas?

Mme Langlois : Non, nous n'en finançons pas. Ils sont financés par les provinces.

Le président : Cela me ramène à ma question précédente. Je ne comprends pas pourquoi, si des provinces ont mis en place des programmes qui fonctionne dans certaines parties des collectivités autochtones, nous ne les laisserions pas mettre en œuvre ces programmes dans l'ensemble des collectivités autochtones et simplement les rembourser.

Senator Cordy: I am wondering, for informational purposes, what the First Nations and Inuit Health Branch regional offices do — and there is one in Atlantic Canada. Is it strictly administrative? Do you work in conjunction with the provinces? Do you work in conjunction with the Aboriginal people living within a particular region? What exactly does the regional office do?

Mr. Potter: The regional office in the Atlantic is located in Halifax. It has people who work in different provinces and in different loose arrangements. We have an office in Labrador because of the particular problems there.

A large part of the programs are delivered by First Nations and Inuit themselves, in the Atlantic particularly. Part of the office's responsibility is managing contribution agreements that fund the bands, the First Nations, to deliver the services. There are administrative people managing that. There are program experts in that office. For example, our medical officer of health would be in there. We have what we call senior practice nurses. These are nurses highly specialized in psychiatry, child care, et cetera, who provide expert advisory services to nurses working in the health clinics on the reserves.

We would have program people who are managing and supporting mental health programs or drug addiction programs, children's programs, the diabetes programs. A lot of the other work of the offices is working with the provinces to make sure that we have coordination and integration of the programs.

Senator Kirby asked why the provinces would not just provide the services on reserves. We would not object if they wished to, but generally, most provinces do not provide those services or will not provide them.

The Chairman: So we are clear, I was suggesting you would actually pay for it. You do not pay for the rest of it. I was not suggesting that you manage to offload the cost to the provinces. I began by thinking you actually paid for services to Aboriginals on reserves even if they were normal medical services, and you have enlightened me tonight. I discovered that you do not. Listening to you, you have people who have to coordinate with what is going on in the province, which you could do away with, presumably, if they were running it all. You are running smaller, less-economic-sized programs, taking your example of the one in Winnipeg. It is less economic if you have to train other people to do it. There is clearly an element of administrative costs associated with the bands doing the managing that would be eliminated if the same manager ran it. It just strikes me as a colossally inefficient waste of money and, more importantly, the

Le sénateur Cordy : Je me demande, à des fins informatives, ce que font les bureaux régionaux de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits — il y en a un au Canada atlantique. Font-ils uniquement du travail administratif? Travaillent-ils en collaboration avec les provinces? Travaillez-vous en collaboration avec les Autochtones qui vivent dans des régions spécifiques? Que font exactement ces bureaux régionaux?

M. Potter : Le bureau région de la région de l'Atlantique se trouve à Halifax. Certains employés travaillent dans différentes provinces et selon différentes ententes souples. Nous avons un bureau au Labrador en raison des problèmes particuliers que l'on y retrouve.

Les Premières nations et les Inuits eux-mêmes gèrent une grande partie des programmes, spécialement dans la région de l'Atlantique. Une partie du travail du bureau repose sur la gestion des ententes de financement qui permettent aux bandes, aux Premières nations, d'assurer la prestation des services. Il y a des gestionnaires pour faire ce travail. Il y a également dans ce bureau des spécialistes pour les programmes. Par exemple, notre agent de soins de santé s'y trouve. Nous avons aussi des infirmières praticiennes principales. Ces dernières sont des infirmières hautement spécialisées en psychiatrie, dans les soins aux enfants, et cetera, qui offrent des services de consultation spécialisés aux infirmières qui travaillent dans les cliniques médicales situées dans les réserves.

Il y aurait aussi des employés pour assurer la gestion et le soutien des programmes de santé mentale ou de lutte aux toxicomanies, des programmes destinés aux enfants, des programmes sur le diabète. Une grande partie du reste du travail accompli dans ces bureaux porte sur le travail fait avec les provinces afin d'assurer la coordination et l'intégration des programmes.

Le sénateur Kirby a demandé pourquoi les provinces ne seraient pas responsables d'assurer les services dans les réserves. Nous ne nous y objecterions pas si elles voulaient le faire, mais en général, la plupart des provinces n'offrent pas ces services ou ne voudraient pas s'en charger.

Le président : Pour que l'on se comprenne bien, je proposais que vous soyez responsable de ces coûts, pas pour la différence. Je ne proposais pas que vous refiliez les coûts aux provinces. Au début, je croyais que c'était vous qui assumiez les coûts des services dispensés aux Autochtones dans les réserves, même dans le cas des services médicaux réguliers, et ce soir vous m'avez éclairé. J'ai découvert que cela n'est pas le cas. À vous entendre, vous avez des employés qui travaillent à coordonner vos activités avec celles des provinces, ce que vous n'auriez probablement pas besoin de faire si les provinces s'occupaient de tout. Vous mettez en oeuvre des programmes à petite échelle qui exigent moins d'investissement, comme ce programme cité en exemple à Winnipeg. Ce qui devient moins avantageux si vous devez former des employés pour s'en occuper. Il y a clairement des coûts administratifs associés au fait que les bandes s'occupent de

results are not great. If the results were good, it might be different, but they are awful. I do not have a viewpoint on that subject; I just thought I would express it.

la gestion, et ces coûts disparaîtraient s'il n'y avait qu'un seul gestionnaire. Cela me frappe comme étant une perte d'argent absolument inutile et, point plus important, qui n'apporte que des résultats mitigés. Si les résultats étaient bons, la situation serait différente, mais ils sont terribles. Je veux seulement exprimer mon opinion à ce sujet.

Senator Cordy: The point is that it is a shame when so much money is tied up in bureaucracy.

Le sénateur Cordy : C'est vraiment honteux que tant d'argent soit monopolisé par la bureaucratie.

To change the subject a little, you said you are taking steps to increase the number of First Nations and Inuit health care personnel or front-line workers. What steps are you taking, and are they successful? Senator Fairbairn spoke about the increase in numbers in her province.

Pour changer le sujet un peu, vous avez mentionné que vous preniez des mesures pour améliorer le nombre de travailleurs de première ligne et de professionnels de la santé autochtones. Quelles sont ces mesures et quels sont les résultats? Le sénateur Fairbairn a parlé d'une augmentation des chiffres dans sa province.

Mr. Potter: We are doing a few things. We provide bursaries and scholarships to Aboriginal people to take professional medical programs — nurses, physicians, pharmacists, dentists, et cetera. Most of our effort has been on providing support to nursing students. We have done some recent work with provinces to try to increase the numbers of Aboriginal people in the professions, and they are very limited. There are between 100 and 200 Aboriginal physicians out of a physician population of 50,000.

M. Potter : Nous avons quelques mesures. Nous offrons des bourses d'étude et des bourses de perfectionnement aux Autochtones qui veulent s'inscrire à des programmes de formation médicale professionnelle — infirmières, médecins, pharmaciens, dentistes, et cetera. La plus grande partie de notre soutien est consacrée aux personnes qui étudient les soins infirmiers. Nous avons récemment travaillé avec les provinces pour essayer d'augmenter le nombre d'Autochtones dans ces professions, car ce nombre est très faible. Il y a de 100 à 200 médecins autochtones sur un total de 50 000 médecins.

The Chairman: There are two psychiatrists.

Le président : Il y a deux psychiatres.

Mr. Potter: Right.

M. Potter : Correct.

The Chairman: I believe that is the number; that is the number we have been given, and we met 50 per cent of them.

Le président : Je crois que c'est le nombre exact; c'est celui que nous avons obtenu, et nous avons rencontré 50 p. 100 d'entre eux.

Mr. Potter: There are very few. There are only approximately 1,000 to 2,000 Aboriginal nurses out of a population of 250,000.

M. Potter : Il y en a très peu. Il y a seulement de 1 000 à 2 000 infirmières autochtones sur un total de 250 000.

You need to work at this throughout the system, starting in grade school, so that Aboriginal people see this as a realistic opportunity. We have recently provided funding to the Aboriginal Achievement Foundation. They have developed a program in schools that was modeled on one called Aboriginal Railways, which was paid for by VIA Rail. It is promotional material for use in First Nations schools about how they could become doctors and nurses and dentists and what kind of work it is. There is a real need to ensure that people learn sciences in high school.

Il faut intervenir dans tout le système, en commençant à l'école primaire, afin que cela devienne une possibilité réelle pour les Autochtones. Nous avons récemment accordé des fonds à l'Aboriginal Achievement Foundation. Cette organisation a élaboré un programme dans les écoles en s'inspirant d'un autre programme, l'Aboriginal Railways, qui était financé par VIA Rail. Il s'agit de fournir des documents promotionnels aux écoles autochtones sur les moyens à prendre pour devenir médecins, infirmières ou dentistes, tout en décrivant de quel genre de travail il s'agit. Il faut vraiment s'assurer que les jeunes s'intéressent aux sciences à l'école secondaire.

The government has allocated, as part of its new commitments, $100 million for an Aboriginal health human resources initiative. The funding has not been finalized by Treasury Board, but it is likely to go toward helping students in the form of financial support, and also financial institutions. I have been in discussions with most of the medical schools in Canada on how we could support them in providing the ancillary services that are needed to make it a success for Aboriginal students. Often, that means helping them get into the program. It means providing support, social, educational and tutorial, while they are in the program, and an environment in which they feel that they can continue to be supported. Those are the kinds of things we are doing.

Dans le cadre de ses nouveaux engagements, le gouvernement a alloué 100 millions de dollars à l'initiative pour les ressources humaines en santé autochtone. Le financement n'a pas été finalisé par le Conseil du trésor, mais servira sans doute à accorder une aide financière aux étudiants et aux établissements. J'ai parlé avec la plupart des collèges de médecine au Canada sur les moyens qui pourraient être utilisés pour encourager les Autochtones en offrant les services auxiliaires nécessaires à leur succès. Souvent, cela signifie les aider à s'inscrire au programme. Cela signifie leur assurer un soutien social, éducatif et tutorial pendant leurs études et un environnement dans lequel ils sentiront qu'ils peuvent obtenir le soutien dont ils ont besoin. Ce sont des mesures de ce genre que nous prenons.

Senator Cordy: Are universities with nursing programs and medical schools in the loop? Are they actually trying to be part of the solution?

Mr. Potter: Yes. We have been working with the medical schools and the nursing schools. We are having a major conference at the end of this month, I think it is April 30, at which representatives of all those organizations will come together to help us and the provincial governments — the provincial governments have a huge stake in it, as they are the funders of the colleges and the schools and the licensing authorities — use the $100 million that we have announced as leverage for a better system to produce more Aboriginal health professionals.

Senator Cordy: Part of the Catch-22 is that when you have low numbers, you do not have role models for young people to look up to.

My last question has to do with an issue that you mentioned in your opening remarks, and that is the Aboriginal suicide rate. A few years ago, National Chief Matthew Coon Come and former minister Allan Rock set up a suicide prevention advisory group. I have not seen the recommendations, but I am assuming you have. Are you working on the recommendations, and if so, what stage are they at?

Mr. Potter: I will ask Ms. Langlois to talk to you about that specifically. Yes, we have seen the recommendations and we are acting on them. One of those recommendations, which segues into your earlier question, is support for an Aboriginal role model program. We are funding the National Aboriginal Health Organization to sponsor Aboriginal young people as role models. Their first choice was Jordin Tootoo, who is an incredible hockey player, and the first Inuk player who made it into the national league. His brother, as many of you may know, committed suicide. He is dedicated to working with Aboriginal people, using his personal experience and knowledge, and to setting an example to show what can be done; he is also very conscious of and sympathetic to the issues around suicide.

Ms. Langlois: There were four themes in the recommendations of the suicide prevention advisory group that was set up by National Chief Matthew Coon Come and Minister Rock, who was Minister of Health at the time. The four themes had to do with increasing knowledge about what works in suicide prevention, developing more effective and integrated services, supporting community-driven approaches, and building youth resilience, identity and culture.

Prior to the announcement of the $65 million for the suicide prevention strategy, we had been working with the Assembly of First Nations and the Inuit Tapiirit Kanatami to address those recommendations. I will talk about the things we did prior to getting this new injection of money, which I think positioned us to get the support for this new strategy.

Le sénateur Cordy : Les universités qui offrent des programmes de soins infirmiers et les collèges de médecine participent-ils? Essaient-ils de faire partie de la solution?

M. Potter : Oui. Nous travaillons avec les collèges de médecine et de soins infirmiers. À la fin du mois, nous tiendrons une importante réunion, je crois que la date prévue est le 30 avril, qui regroupera des représentants de toutes ces organisations afin d'aider les gouvernements fédéral et provinciaux — les gouvernements provinciaux ont un intérêt majeur dans cette question puisqu'ils assurent le financement des collèges, des écoles et des organismes de réglementation professionnelle — à déterminer comment utiliser les 100 millions qui ont été annoncés pour améliorer le système à l'égard de la formation de professionnelles autochtones dans le domaine de la santé.

Le sénateur Cordy : Une partie de l'impasse est que lorsque les chiffres sont bas, il n'y a pas de modèles pour inspirer les jeunes.

Ma dernière question porte sur un point que vous avez abordé dans votre déclaration préliminaire, c'est-à-dire le taux de suicide. Il y a quelques années, le chef national Matthew Coon Come et l'ancien ministre Allan Rock ont mis sur pied un groupe consultatif sur la prévention du suicide. Je n'ai pas vu leurs recommandations, mais je suppose que vous en avez pris connaissance. Travaillez-vous sur ces recommandations, et si c'est le cas, à quelle étape en êtes-vous?

M. Potter : Je vais demander à Mme Langlois de vous répondre de manière précise. Oui, nous avons pris connaissance des recommandations et nous avons entrepris d'y répondre. Une de ces recommandations, qui touche votre question précédente, est d'encourager un programme de personnages modèles autochtones. Nous accordons un financement à l'Organisation nationale de la santé autochtone pour lui permettre de parrainer de jeunes autochtones comme modèles. Leur premier choix s'est porté sur Jordin Tootoo, un excellent joueur de hockey et le premier joueur inuit à être recruté dans la Ligue nationale. Son frère, comme plusieurs le savent, s'est suicidé. Il est dédié à aider les Autochtones avec son expérience personnelle et ses connaissances et à servir d'exemple pour montrer ce qui est possible. Il est aussi très sensibilisé et très touché par les questions entourant le suicide.

Mme Langlois : Les recommandations du groupe consultatif sur la prévention du suicide créé par le chef national Matthew Coon Come et le ministre Rock, qui était alors le ministre de la Santé, portaient sur quatre thèmes. Ces quatre thèmes en étaient d'approfondir nos connaissances sur la prévention du suicide, d'élaborer des services plus efficaces et mieux intégrés, de soutenir les approches communautaires et d'améliorer la force morale, de renforcer l'identité et d'appuyer la culture des jeunes.

Avant l'annonce du financement de 65 millions de dollars accordée à l'initiative de prévention du suicide, nous avions travaillé avec l'Assemblée des Premières nations et la Inuit Tapiirit Kanatami dans le but de répondre à ces recommandations. Je vais décrire le travail que nous avons accompli avant de recevoir ce nouveau financement, grâce auquel, je crois, nous avons obtenu le soutien nécessaire à cette nouvelle stratégie.

We wanted to document the promising strategies that exist around youth suicide prevention in Aboriginal communities. In fact, we found that the RCMP care very much about this issue. The Centre for Suicide Prevention, which is an arm of the Canadian Mental Health Association, produced a document entitled "Promising Strategies." I highly recommend that document to this committee, and we could make it available to you. It has evaluated 27 examples and shows what the impact can be. We modeled much of our thinking and work on that document.

We have also worked with the Canadian Institutes of Health Research, the Institute of Aboriginal People's Health, to develop some suicide research funding. We funded them to put out a call for suicide research amongst their new emerging teams, and they have done that. We are also working with the Canadian Population Health Initiative to adapt the work of Chandler and Lalonde, some groundbreaking suicide research in British Columbia.

As Mr. Potter mentioned, we have been working with the Indian Health Services in the United States on a common suicide-prevention agenda, because it is a key issue for them as well.

That is what we have been doing to increase knowledge.

In terms of developing more effective and integrated services, we decided the best way to start was to bring all the parties together, the provinces, the territories, ourselves, the AFN, the ITK, and mental health experts. Ms. Marret, who was just here, is part of the group that we are calling our mental wellness advisory committee. That group will take the work that we did collaboratively with the AFN and the ITK, on which we issued a report in 2002, called "The Mental Wellness Framework," as a basis to move forward with a strategic plan for how we will develop more coordinated services with the provinces and territories and work towards that seamless continuum. We are putting that in place now.

We are also doing a scan of federal-provincial-territorial and Aboriginal collaborations on mental health and addictions, including suicide prevention, to find out what is already out there.

In terms of supporting community-driven approaches, we have developed a community-planning suicide prevention toolkit with the National Aboriginal Health Organization, and we have been focus-testing that in communities. With the new money, we expect to do more work with that toolkit and begin to bring it out to communities.

We have supported Aboriginal trainers to deliver the applied suicide-intervention skills training program. We have adapted that curriculum for Aboriginal communities, since that had not been done before our support. We have delivered it in more than 40 communities over the last year.

Je veux témoigner des stratégies prometteuses qui existent dans les communautés autochtones sur la prévention du suicide chez les jeunes. De fait, nous constatons que la GRC se préoccupe beaucoup pour cette question. Le Centre for Suicide Prevention, qui relève de l'Association canadienne pour la santé mentale, a produit un document intitulé *Promising Strategies*. J'en recommande vivement la lecture à votre comité et je le mettrai à votre disposition. On y retrouve 27 exemples et une description des conséquences possibles. Une grande partie de nos principes et de notre travail repose sur ce document.

Nous avons aussi travaillé avec l'Institut de recherche en santé du Canada et l'Institut de la santé des Autochtones, pour trouver des sources de financement pour la recherche sur le suicide. Nous leur avons fourni le financement requis pour demander aux nouvelles équipes de recherche de travailler sur le suicide, et c'est ce qu'elles ont fait. Nous travaillons aussi avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne pour adapter le travail de Chandler et Lalonde, des chercheurs de la Colombie-Britannique qui ont réalisé des recherches innovatrices sur le suicide.

Comme l'a précisé M. Potter, nous avons aussi travaillé avec les Indian Health Services des États-Unis à l'élaboration d'un programme de prévention du suicide commun, car il s'agit d'une question importante pour eux aussi.

C'est ce que nous faisons pour approfondir nos connaissances.

En ce qui a trait à la mise sur pied de services plus efficaces et mieux intégrés, nous avons décidé que la meilleure façon de commencer était de réunir tous les intervenants, les provinces, les territoires, le fédéral, l'APN, l'ITK et les spécialistes en santé mentale. Mme Marrett, qui était ici tout à l'heure, fait partie d'un groupe que nous appelons notre comité consultatif sur le mieux-être mental. Ce groupe utilisera le travail que nous avons fait en collaboration avec l'AFN et l'ITK, et qui a servi à la rédaction du rapport « The Mental Wellness Framework » publié en 2002, pour établir un plan stratégique sur les moyens à prendre pour améliorer la coordination des services avec les provinces et les territoires et l'harmonisation des services. Nous sommes en train de mettre tout cela en place.

Nous sommes également en train d'inventorier les diverses collaborations entre les gouvernements fédéral, provinciaux, des territoires et autochtones en matière de santé mentale et de lutte aux toxicomanies, y compris la prévention du suicide, afin d'avoir une idée précise de ce qui est déjà en place.

En ce qui a trait au soutien aux approches communautaires, nous avons conçu une trousse de prévention communautaire du suicide avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, et nous effectuons des essais auprès de groupes cibles dans ces communautés. Grâce au nouveau financement, nous pensons être en mesure d'effectuer plus travail avec cette trousse et de commencer à les distribuer dans les communautés.

Nous avons soutenu des formateurs autochtones pour enseigner le programme de formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide. Nous en avons adapté le curriculum aux communautés autochtones, puisque cela n'avait jamais été fait. Nous avons organisé des formations dans 40 communautés l'année dernière.

Building youth identity, resilience and culture is a key part. We have worked with the Assembly of First Nations Youth Council to develop and pilot a youth leadership-development curriculum. We know that the engagement of youth in issues within their communities is a key protective factor in suicide prevention. We also worked with the National Inuit Youth Council to help them develop their national prevention framework, which was recently published. As Mr. Potter mentioned, the other element is our national Aboriginal youth role model program. Those are the things we have been doing prior to the new $65-million injection. It is our response to the suicide prevention advisory group report.

Senator Cordy: It is a worthwhile report.

Senator Keon: Mr. Chairman, my questions have been answered, for the most part. I have had a little experience with the hospital in Iqaluit and with patients travelling from the North for treatment here. Language is a dreadful problem. Senator Cordy asked you the questions that I had in mind, so I will expand on them. Is there a dedicated program for the management of the mentally ill, because the communication problems can be serious enough in somatic or physical illness? However, such communication problems must be overwhelming in mental illness. Within the hospital in Iqaluit and when patients land here from the North, not much conversation transpires. While there are translators, the health professionals usually have no ability to communicate in a native language.

You have answered the question on suicide prevention and I commend you for it. However, on the larger question of psychiatric services, have you looked specifically for a way to deal with communication between psychiatric patients and health professionals?

Mr. Potter: I will try to address that question. Being able to communicate effectively in the Inuit language has long been a tradition in our program. We have what we call "community health workers," who started out as translators, essentially. Their job has developed over the years, but that translation function is still critical. In mental health services, it is a challenge. One promising area where we are doing more work and putting more resources into support is producing helpful results. It is tele-mental health services, whereby we do not take people out of the community where they can actually communicate with others. Rather, we have them stay and talk to their relatives and provide them a link to psychiatric services in facilities elsewhere through a video-conferencing system. I understand that has been a highly effective therapeutic intervention. We have been supporting the expansion and development of that kind of service across the country.

L'amélioration de la force morale, le renforcement de l'identité et l'appui à la culture des jeunes est un élément important. Nous avons travaillé avec le Conseil national des jeunes de l'Assemblée des Premières nations à l'élaboration et à l'essai d'un curriculum sur le développement en leadership. Nous sommes conscients que l'engagement des jeunes envers les questions qui touchent leurs communautés est un facteur de protection clé dans la prévention du suicide. Nous avons aussi travaillé avec le Conseil national de la jeunesse inuite pour l'aider à concevoir son propre cadre national en matière de prévention, qui a récemment été publié. Comme M. Potter l'a mentionné, l'autre élément est notre Programme national des personnages modèles autochtones. Voilà le travail que nous faisions avant de recevoir le nouvel investissement de 65 millions. C'est ainsi que nous avons répondu au rapport du groupe consultatif sur la prévention du suicide.

Le sénateur Cordy : C'est un rapport très utile.

Le sénateur Keon : Monsieur le président, mes questions ont été en grande partie abordées. J'ai vécu une brève expérience à l'hôpital d'Iqaluit et avec les patients qui viennent du Nord pour y recevoir des traitements. Les problèmes linguistiques sont horribles. Puisque le sénateur Cordy a posé les questions auxquelles j'avais pensé, je vais les approfondir. Existe-t-il un programme spécial pour la gestion des personnes atteintes de maladie mentale? Les problèmes de communication peuvent être assez importants dans le cas de maladie somatique ou physique, mais dans le cas des maladies mentales, ils peuvent devenir désespérants. Lorsque les patients arrivent à l'hôpital d'Iqaluit, il n'y a pas beaucoup de conversation. Bien qu'il y ait des traducteurs sur place, les professionnels de la santé sont généralement incapables de communiquer en inuktitut.

Vous avez répondu à ma question sur la prévention du suicide et je vous en remercie. Par contre, en ce qui concerne l'aspect plus large des services psychiatriques, avez-vous cherché une solution spécifique pour assurer la communication entre les patients en psychiatrie et les professionnels de la santé?

M. Potter : Je vais tenter de répondre à cette question. La capacité de communiquer efficacement en inuktitut a toujours été considérée comme une tradition dans notre programme. Nous employons des « agents de santé communautaire » qui ont en général commencé à travailler en tant que traducteurs. Leur travail a évolué au cours des années, mais la traduction demeurée une fonction essentielle. Dans les services de santé mentale, c'est un grand défi. Nous obtenons présentement de bons résultats dans un aspect prometteur auquel nous consacrons plus d'efforts et de ressources. Il s'agit des services de télésanté mentale, qui permettent aux patients de demeurer dans la communauté où ils peuvent communiquer avec d'autres. Ainsi, grâce à un système de vidéoconférence, nous pouvons leur offrir les services psychiatriques d'établissements lointains pendant qu'ils demeurent près de leur famille. Il s'agit d'une intervention thérapeutique extrêmement efficace. Nous encourageons l'élargissement de ce genre de service dans l'ensemble du pays.

Senator Keon: That is most interesting. I spent one week up North a couple of years ago with our technology team to assist them in setting up telehealth. I am quite familiar with it, and it is a great asset.

Senator Cook: Mr. Potter, how do First Nations and Inuit access long-term mental health counselling?

Ms. Langlois: That is where our services would end. We would provide the short-term crisis mental health counselling and then a referral would be made to the provincial system. It would be accessed in the same way as any individual off reserve, through emergency or a family physician.

Senator Cook: Who would pay for the service in that instance?

Ms. Langlois: The province would pay.

Senator Cook: Would that be at the point of entry?

Ms. Langlois: Provinces are responsible for providing hospital and physician services for all their residents.

Senator Cook: That is under the Canada Health Act.

Ms. Langlois: Yes, for all their residents, no matter where they live.

Senator Cook: Off-reserve First Nations people are covered under the Canada Health Act.

Ms. Langlois: Also, on-reserve people are covered for hospital and physician services.

Senator Cook: I keep forgetting that you have hospitals on reserves.

Senator Gill: I do not think you have done much about the mental health issues of First Nations people. I have one recommendation for you. If you wish to do something, do it within the communities, because most of the local people have the remedies — they know what to do about it — instead of bringing people south to hospitals here. I would recommend that a program be set up with the people in their communities and they will find the solution.

Mr. Potter: If I may, senator, I totally agree. All of the information we have, both scientific and the advice we receive from First Nations and Inuit, indicates that the secret to better health services and outcomes, mental or physical, occurs when working with the communities and supporting them to support their members. That is absolutely critical.

Mr. Chairman, if I may, I would like to address the committee in writing on how to provide the services and whether we should pay the provinces to provide them.

The Chairman: Yes, absolutely.

Le sénateur Keon : C'est vraiment intéressant. J'ai passé une semaine dans le Nord il y a environ deux ans avec notre équipe technique afin de les aider à mettre en place la télémédecine. Je connais bien ce système qui est un atout important.

Le sénateur Cook : Monsieur Potter, comment les membres des Premières nations et les Inuits ont-ils accès aux consultations en santé mentale à long terme?

Mme Langlois : C'est là où nos services s'arrêtent. Nous assurons les consultations d'urgence en santé mentale et ensuite, un aiguillage est fait au système provincial. L'accès est le même que pour les personnes qui ne vivent pas dans les réserves, par l'urgence ou le médecin de famille.

Le sénateur Cook : Dans ce cas, qui paie pour les services?

Mme Langlois : C'est la province.

Le sénateur Cook : Quel serait le point d'entrée?

Mme Langlois : Les provinces sont responsables d'offrir les services hospitaliers et médicaux à tous leurs résidents.

Le sénateur Cook : Conformément à la Loi canadienne sur la santé.

Mme Langlois : Oui, à tous leurs résidents, peu importe leur lieu de résidence.

Le sénateur Cook : La Loi canadienne sur la santé s'applique aux membres des Premières nations qui ne vivent pas dans les réserves.

Mme Langlois : Ceux qui vivent dans les réserves sont aussi assurés pour les services hospitaliers et médicaux.

Le sénateur Cook : J'oublie toujours que vous exploitez des hôpitaux dans les réserves.

Le sénateur Gill : Je ne crois pas que vous avez fait beaucoup en matière de santé mentale pour Premières nations. Je vais vous faire une recommandation. Si vous voulez faire quelque chose, faite-le dans les communautés, parce que la majorité de la population locale connaît les solutions — ils savent quoi faire — plutôt que de déplacer les gens dans les hôpitaux du Sud. Je vous recommanderais d'instaurer un programme avec les membres des communautés et ils trouveront une solution.

M. Potter : Si je peux me permettre, sénateur, je suis totalement d'accord. Toutes les données dont nous disposons, autant les données scientifiques que les conseils que nous recevons des Premières nations et des Inuits, indiquent que l'amélioration des services de santé et des résultats, au niveau mental ou physique, se produisent lorsque nous travaillons avec les communautés et que nous encourageons les efforts qu'elles déploient pour soutenir leurs membres. C'est un point absolument essentiel.

Monsieur le président, si cela est possible, j'aimerais avoir la possibilité de m'adresser par écrit au comité afin de décrire la prestation des services et si nous devrions ou non payer les provinces pour s'en charger.

Le président : Oui, bien sûr.

Mr. Potter: One aspect is that the communities want to be empowered. They need to feel that they have more control of the health system. I am absolutely convinced that better health outcomes will not be achieved unless we can support the communities in taking a more active role. Our strategy is to try to work with the provinces and the communities, using the federal government resources, to see if we can design a health system in which communities can play that role. I do not think that we will get the results, as technically proficient as we may be, unless we can build a health system that is seen to be driven by the community, supported by the community and, often, delivered by community members.

The Chairman: I could not agree with you more. I only make the observation, apropos of Senator Keon's comments earlier, that that exact statement can be made about the delivery of health services to any community. It has nothing to do with the community being Aboriginal. I have no disagreement with you about the need to deliver the services at the community level, for all the reasons you have given. I would make the argument that everything you have said applies to communities collectively across the country, not only to on-reserve communities. I would like a more detailed response, if you would.

You said that you pay for 10 million prescriptions each year for about 750,000 people. Do you pay for prescriptions for off-reserve people as well?

Mr. Potter: There are approximately 750,000 people.

The Chairman: That is 12.5 prescriptions per year for each man, woman and child under your jurisdiction. I want to know if that number is right. I will try to obtain the Canadian average number of prescriptions and compare them. Your figure must be three to four times the Canadian average when you recognize that you are dealing with every man, woman and child. Perhaps I am completely wrong.

Mr. Potter: I have all of those details and I could provide the committee with an exhaustive report on the pharmaceutical expenditures by type.

The Chairman: That would be great. If the number of prescriptions is two to four times the Canadian average, it tells us how bad the health status is. Those numbers tell the story. Thank you.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 21, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 10:45 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

M. Potter : Les communautés veulent être habilitées. Elles ont besoin de sentir qu'elles exercent une influence sur le système de santé. Je suis absolument convaincu que des meilleurs résultats en santé ne seront pas obtenus tant que nous n'encouragerons pas les communautés à participer plus activement. Notre stratégie est de travailler avec les provinces et les communautés, en utilisant les ressources du gouvernement fédéral, afin de déterminer si nous pouvons établir un système de santé dans lequel les communautés pourront jouer un rôle actif. Malgré nos compétences techniques, je ne pense pas que nous obtiendrons des bons résultats si nous ne réussissons pas à créer un système de santé qui serait perçu comme relevant de la communauté, soutenu par la communauté, et souvent mis en oeuvre par les membres de la communauté.

Le président : Je suis totalement d'accord avec vous. Je voudrais simplement faire remarquer, en référence aux commentaires faits par le sénateur Keon un peu plus tôt, que cette affirmation s'applique à la prestation des services de santé dans n'importe quelle communauté. Cela n'a rien à voir avec le fait qu'il soit question d'une communauté autochtone. Je ne suis pas en désaccord avec vous au sujet du besoin d'offrir les services au niveau de la communautaire, pour toutes les raisons que vous avez mentionnées. Je veux souligner que tout ce que vous avez dit s'applique à l'ensemble des communautés du pays, pas seulement à celles établies dans les réserves. Si vous le voulez bien, j'aimerais que vous me donniez une réponse détaillée.

Vous avez dit que le coût des ordonnances s'élevait à 10 millions par année pour environ 750 000 personnes. Est-ce que vous payez aussi pour les ordonnances des personnes qui ne vivent pas dans les réserves?

M. Potter : Il y a environ 750 000 personnes.

Le président : Cela équivaut à 12,5 ordonnances par année pour chaque homme, femme et enfant sous votre juridiction. Je voudrais savoir si ce chiffre est exact. Je vais essayer d'obtenir la moyenne canadienne pour le nombre d'ordonnances et les comparer. La vôtre doit être trois à quatre fois plus élevée que la moyenne canadienne considérant qu'il est question de tous les hommes, toutes les femmes et tous les enfants. Je suis peut-être complètement dans l'erreur.

M. Potter : J'ai toutes ces données et je pourrais remettre au comité un rapport détaillé sur les dépenses en produits pharmaceutiques selon le type.

Le président : Ce serait excellent. Si le nombre d'ordonnances est deux ou trois fois supérieurs à la moyenne canadienne, cela nous indiquera à quel point l'état de santé est mauvais. Ces chiffres parleront. Je vous remercie.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 21 avril 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 45 pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we have here today two panels. The first is from Social Development Canada. They will read the volume that was put in front of you, from which you are likely to get a hernia if you pick it up. We are delighted to have with us Cecilia Muir, the Director General, and Georges Grujic, the Director of Programs, of the Office of Disability Issues of Social Development Canada. We will ask the witnesses to make those opening statements and we will then turn to questions.

This is the first time in quite a while that we have had someone from your department with us. We are delighted to have you here.

Ms. Cecilia Muir, Director General, Office of Disability Issues, Social Development Canada: Thank you for the warm welcome. We are very pleased to be here. We have talked a few times on the phone so I feel I have some familiarity with the committee already.

I will speak to the deck that I have given you. It is a reading deck, so I will go through it systematically.

I want to emphasize that I understand that the purpose for us being here today is to enable the committee to acquire a deeper understanding of the role of the federal government in the direct provision of mental health supports and services. I am here specifically to talk about the role of Social Development Canada and how mental health provisions are covered under that.

In the invitation, you asked specifically about what we could provide in five areas. First is detailed statistics. Second is the legislative basis. Third is which services are delivered directly by us. Fourth is the nature of the relationship with other levels of government. Fifth, could we provide a case study illustrating how a program might be delivered.

I will refer briefly to the binder of material that you have. In there you have fact sheets on each of the programs that we deliver in the area of disability. There is one on the Social Development Partnerships Program — Disability Component. There is one on the Community Inclusion Initiative that is part of the Social Development Partnerships Program; the Opportunities Fund; and the Labour Market Agreements for Persons with Disabilities with the provinces. There is a fact sheet on the Canada Pension Plan disability component. There is a case study of how we fund the Mental Health Association, and there are detailed statistics in volume 7.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous recevons aujourd'hui deux groupes. Le premier provient de Développement social Canada. Ils vont lire le volume qu'on a mis devant vous, et qui risque de vous donner une hernie si vous essayez de le soulever. Nous sommes très heureux d'avoir avec nous aujourd'hui Cecilia Muir, directrice générale, et Georges Grujic, directeur des programmes, du Bureau de la condition des personnes handicapées de Développement social Canada. Nous allons demander aux témoins de procéder avec leurs déclarations préliminaires, après quoi nous passerons aux questions.

C'est la première fois depuis longtemps que nous avons quelqu'un de votre ministère parmi nous. Nous sommes très heureux que vous soyez là.

Mme Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement social Canada : Merci de nous souhaiter chaleureusement la bienvenue. Nous sommes très heureux d'être ici. Nous avons déjà communiqué quelques fois par téléphone et j'ai l'impression de déjà connaître un peu votre comité.

Je ferai référence au jeu de diapositives que je vous ai fait distribuer. C'est un jeu que vous pouvez lire, donc je le suivrai de façon systématique.

Je voudrais souligner que, selon moi, le but de notre présence ici aujourd'hui est de permettre au comité d'acquérir une compréhension plus soutenue du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine du soutien et des services en santé mentale. Je suis ici tout particulièrement pour vous parler du rôle de Développement social Canada dans la prestation de services en santé mental.

Dans l'invitation que vous nous avez envoyée, vous demandiez tout particulièrement que nous fournissions de la documentation dans cinq domaines. Le premier concernait des statistiques détaillées, le second la base juridique, le troisième les services que nous fournissons directement, le quatrième la nature de la relation avec les autres paliers de gouvernement et pour le cinquième, il s'agissait de fournir une étude de cas illustrant comment un programme était mis en application.

Je ferai brièvement référence à la documentation que vous avez devant vous. Vous y trouverez des feuillets d'information sur chacun des programmes que nous fournissons aux personnes handicapées. Il y a une page concernant le Programme de partenariats pour le développement social — volet pour les personnes handicapées. Il y a une feuille sur l'Initiative pour l'intégration communautaire, qui fait partie du Programme de partenariats pour le développement social, le Fonds d'intégration et les ententes sur le marché du travail, avec les provinces, visant les personnes handicapées. Il y a une feuille sur le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et une étude de cas sur la façon dont nous finançons l'Association pour la santé mentale. Vous trouverez des statistiques détaillées au volume 7.

We have provided a great deal of information to you there. We are very happy to take questions on that subsequent to my opening remarks.

The Chairman: One question of clarification so that I understand your terminology.

Does "disability" in the context in which you will use it include mental disability or only physical disability?

Ms. Muir: We use the term broadly and it most certainly does include mental disability.

The Chairman: Many of the regulations covering "the disabled" concern only the physically disabled.

Ms. Muir: In our context it covers both visible and invisible disabilities, including matters such as learning disabilities.

Thank you for asking that question because I want to be very clear about that.

There are two sections in our statistics. One is based on the participation and limitation survey done in 2001, the next of which will be done in 2006. The other is a very interesting public opinion survey that was released last fall, the first one ever done in Canada, on public attitudes to persons with disabilities, and there are particular references to mental disabilities.

Now that I have given you a brief overview of what is in your binder, I will proceed with my opening remarks. I will refer to the slide entitled "Social Development Canada Approach" at page 3 in your deck. There has been an evolution of approaches in thinking about person with disabilities, including mental disabilities, in Canada since approximately the 1950s. In the 1950s, we went from an era where the thinking was about institutionalization to an approach of medical interventions. In the 1980s and 1990s, the independent living movement began to take hold. In the 2000s we talk about moving toward full inclusion.

There has been an evolution since the middle of the last century from the institutionalization model toward the concept of full inclusion. The evolution in these approaches began in 1981, which was the International Year of Disabled Persons. That initiative was very broad in terms of the disabilities it sought to raise awareness of and included mental disabilities.

I want to clarify what I mean when I say "inclusion." Full inclusion, which is our goal at Social Development Canada for all persons with disabilities, means that persons with disabilities will be full participants in all aspects of Canadian life and society and that we will seek opportunities, programs and services that help persons with disabilities, again including persons with mental disabilities, to maximize their well-being through access to required supports and the elimination of barriers.

Nous vous avons fourni énormément de documentation. Nous serons très heureux de répondre à vos questions à ce sujet, après mes remarques préliminaires.

Le président : Je voudrais éclaircir un point, afin de comprendre votre terminologie.

Est-ce que le terme « handicap », dans le contexte dans lequel vous l'utilisez, comprend le handicap mental ou seulement le handicap physique?

Mme Muir : Nous utilisons ce terme de manière générale et il inclut très certainement le handicap mental.

Le président : Une grande partie de la réglementation couvrant « les personnes handicapées » concerne uniquement les gens handicapés physiquement.

Mme Muir : Dans le contexte dans lequel nous l'utilisons, il couvre les handicaps visibles et invisibles, y compris des choses telles que les problèmes d'apprentissage.

Merci d'avoir posé cette question, parce que je voudrais que les choses soient claires à ce sujet.

Nos statistiques comprennent deux sections. L'une est fondée sur le sondage de participation et de limitation effectué en 2001; le prochain sondage aura lieu en 2006. L'autre est un sondage d'opinion très intéressant qui a été publié l'automne dernier, le premier jamais fait au Canada sur les attitudes du public envers les personnes souffrant de handicaps et ce sondage fait des références spéciales aux handicaps mentaux.

Maintenant que je vous ai donné un bref aperçu de ce que contient votre documentation, je vais passer à mes remarques préliminaires. Je ferai référence à la diapositive intitulée « Approche de Développement social Canada » à la page 3 de votre jeu. S'agissant des personnes handicapées, y compris des handicaps mentaux, l'approche a évolué au Canada à partir des années 50 environ. Au cours de ces années, nous sommes passés d'une approche institutionnalisation à une approche interventions médicales. Au cours des années 80 et des années 90, le mouvement envers l'autonomie a commencé à prendre racine. Et dans les années 2000, nous parlons d'une intégration totale.

Il y a eu une évolution depuis le milieu du siècle dernier du modèle de l'institutionnalisation vers le concept de l'intégration totale. L'évolution de ces approches a commencé en 1981, l'Année internationale des personnes handicapées. Cette initiative visait à sensibiliser les gens à tous les types d'incapacités, y compris les troubles de santé mentale.

Je tiens à préciser ce que j'entends par le terme « intégration ». L'intégration totale de toutes les personnes handicapées, notre objectif à Développement social Canada, veut dire que les personnes handicapées participeront pleinement à tous les aspects de la vie et de la société canadienne et que nous chercherons des occasions, des programmes et des services qui aideront les personnes handicapées, y compris les personnes atteintes de troubles mentaux, à optimiser leur bien-être en ayant accès au soutien dont elles ont besoin et en éliminant les obstacles.

There are two very important concepts with regard to inclusion. One is access and the other is participation. That is what I mean when I refer to "inclusion" or "full inclusion."

In terms of key legislation, we do not have a national act, as you are aware. However, there is a legislative framework, with three parts. In 1977, we got the Canadian Human Rights Act. In 1982, we got the Charter of Rights and Freedoms. By the way, Canada was the first country in the world to include clear reference to persons with disabilities in its Constitution. Third, we have the Employment Equity Act, which was first introduced in 1986 and revised in 1995. This covers all federally regulated employers. Therefore, we do have a legislative framework, although not a national act.

I will also clarify the size of the population. Our statistics are very sound, as we work with Statistics Canada on them. There are about 3.6 million persons in Canada with disabilities. That is a little over 12 per cent of the population. In addition, there are 2.8 million people who are caregivers, often family members, of persons with disabilities. That is a large proportion of our population and they are included in that number. Caregivers are an issue for persons with mental disabilities, so those are important statistics to remember.

Federal government expenditures in the area of persons with disabilities, which includes income support, funding programs, et cetera, were $7.5 billion last year. The largest chunk is income support. The Canada Pension Plan disability component makes up about $3 billion of that.

That gives you a sense of the size of the population we are talking about. It is more than 12 per cent. There are 2.8 million caregivers. Federal government expenditures were $7.5 billion last year.

The Minister of Social Development Canada is the lead federal minister responsible for persons with disabilities. That does not mean that he is accountable for every service or program in the federal government, as you know, but we do play a strong coordinating role and we do offer a number of services and programs. Our social policy goal is to work with other partners — and there are many of them — to achieve the full participation of Canadians with disabilities in learning, work and community life through citizen-focused policies, programs and services.

We take a number of approaches to this. We work through four streams of programs and instruments. They are: community development initiatives; employment and learning programs; income measures — under which the Canada Pension Plan is a significant contributory program — and knowledge development, policy and awareness initiatives. Knowledge development and awareness is a large aspect of working toward full inclusion of

Il y a deux concepts très importants pour l'intégration. Le premier est l'accès et l'autre est la participation. Voilà ce que je veux dire lorsque je parle d'« intégration » ou d'« intégration totale ».

Pour ce qui est de la législation, nous n'avons pas de loi nationale, comme vous le savez. Toutefois, il y a un cadre législatif à trois volets. La Loi canadienne sur les droits de la personne a été adoptée en 1977 et la Charte des droits et libertés, en 1982. À propos, le Canada a été le premier pays au monde à inclure une mention claire aux personnes handicapées dans sa Constitution. Troisièmement, il y a la Loi sur l'équité en matière d'emploi qui a été adoptée en 1986 et modifiée en 1995 et qui s'applique à tous les employeurs assujettis à la réglementation fédérale. Ainsi, même si nous n'avons pas une loi nationale, nous avons bel et bien un cadre législatif.

J'aimerais également préciser la taille de la population. Nos données statistiques sont très bonnes, puisque nous travaillons avec Statistique Canada. Au Canada, il y a environ 3,6 millions de personnes handicapées. Cela représente un peu plus de 12 p. 100 de la population. En outre, il y a 2,8 millions de personnes, souvent des membres de la famille, qui fournissent des soins aux personnes handicapées. Cela fait une forte proportion de notre population qui est incluse dans ce chiffre. Il est parfois difficile de trouver des personnes pour fournir des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux, et il est donc important de retenir ces statistiques.

L'an dernier, le gouvernement fédéral a dépensé 7,5 milliards de dollars pour aider les personnes handicapées, ce qui comprend le soutien du revenu, le financement de programmes, et cetera. Les mesures de soutien du revenu sont celles qui coûtent le plus cher. Le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada compte pour environ 3 milliards de dollars de ce montant.

Cela vous donne une idée de la taille de la population qui nous intéresse, soit plus de 12 p. 100 de la population totale. Il y a 2,8 millions de fournisseurs de services. Les dépenses du gouvernement fédéral se sont élevées à 7,5 milliards de dollars l'an dernier.

Le ministre de Développement social Canada est le ministre fédéral qui a la principale responsabilité des personnes handicapées. Cela ne veut pas dire qu'il est responsable de tous les services et programmes du gouvernement fédéral, comme vous le savez, mais nous jouons un important rôle de coordination et nous offrons un certain nombre de programmes et de services. Notre objectif en matière de politique sociale est de travailler avec d'autres partenaires — et ils sont nombreux — pour assurer la pleine participation des Canadiens handicapés dans l'apprentissage, le marché du travail et la vie communautaire au moyen de politiques, de programmes et de services axés sur les citoyens.

Nous avons adopté un certain nombre d'approches pour atteindre cet objectif. Nous avons quatre instruments : les initiatives de développement communautaire; les programmes d'emploi et d'apprentissage; les mesures de soutien du revenu — dont le Régime de pensions du Canada est le principal élément contributif —; et les initiatives relatives au développement des connaissances, à l'élaboration des politiques et à la sensibilisation

persons with disabilities, as you know. I understand that Michael Wilson has recently become a spokesperson for this issue. That is an important step in terms of raising awareness and championing public ownership of and understanding about disability and, in this case, mental disability.

du public. Le développement des connaissances et la sensibilisation du public sont deux éléments importants pour l'intégration totale des personnes handicapées, comme vous le savez. Je crois savoir que Michael Wilson est devenu récemment un porte-parole dans ce dossier. C'est une étape importante pour sensibiliser davantage la population aux handicaps et, en l'occurrence, aux handicaps mentaux, et pour amener le public à comprendre que c'est une responsabilité qui appartient à tout le monde.

I will explain our approach to disability issues and illustrate, with reference to each of those four streams of activities, specifically what we do at Social Development Canada with respect to mental health and mental illness.

Je vais vous expliquer notre approche à l'égard des handicaps et je vais vous indiquer, pour chacun de ces quatre volets d'activités, ce que nous faisons à Développement social Canada en ce qui concerne la santé et la maladie mentales.

We do deal with disability generally and mental disabilities are part of that. We do not have targeted programs for mental disabilities. I will go through each of our programs and draw a link to where we have done something of direct relevance to mental disability.

Nous nous occupons des handicaps de manière générale et nous n'avons pas de programmes particuliers pour les handicaps mentaux. Je vais vous présenter chacun de nos programmes et je vous indiquerai les mesures que nous avons prises qui s'appliquent directement aux handicaps mentaux.

Slides 4 and 5 give you a sense of who else is involved and some of the formal structures that are in place to help us work horizontally. There are many players in the area of mental disability. You are probably aware of that already from the work you are doing. We work internationally. We work with the provinces and territories because so much is in their domain. We work closely and regularly with officials at the provincial and territorial level. We also work interdepartmentally to try to bring coherence to federal-level programming.

Les diapositives 4 et 5 vous donnent une idée de nos partenaires et de certaines des structures officielles qui sont en place pour favoriser la collaboration horizontale. Il y a de nombreux intervenants dans le domaine des handicaps mentaux, mais ça, vous le savez probablement déjà en raison du travail que vous faites. Nous avons des partenaires internationaux. Nous travaillons avec les provinces et les territoires puisque cette question relève en grande partie de leur compétence. Nous travaillons étroitement et régulièrement avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Nous travaillons également avec d'autres ministères pour essayer d'assurer la cohérence entre les programmes fédéraux.

We work regionally as well. Some of our programs are delivered at the regional level because that makes the most sense. We also work closely with the disability community, particularly representatives of national stakeholder organizations. We are very involved on the United Nations convention on the rights of persons with disabilities, which is in the process of being developed.

Nous travaillons également au niveau régional. Certains de nos programmes sont exécutés au niveau régional, puisque c'est l'approche la plus logique. Nous travaillons aussi étroitement avec les organismes de services aux personnes handicapées et particulièrement avec les représentants des organismes nationaux. Nous participons activement à l'élaboration d'une convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

That is on-going work with that right now. The Department of Foreign Affairs is the lead, but we are key players.

C'est un travail qui est en cours à l'heure actuelle. Le ministère des Affaires étrangères est le chef de file dans ce dossier, mais nous sommes des intervenants importants.

Page 5 shows a list of the government of Canada roles. It also shows provincial and territorial organizations, the new subcommittees of Parliament and non-profit organizations. This tells you the range of actors. When we laid this all out — I am relatively new to this job and I needed to see who everyone was — I was quite amazed. This is the picture that emerges.

À la page 5, vous trouverez la liste des fonctions du gouvernement du Canada. Vous y verrez également les organismes provinciaux et territoriaux, les nouveaux sous-comités du Parlement et les organismes sans but lucratif. Cela vous donne une idée du nombre d'intervenants. Lorsque nous avons préparé ce tableau — je suis assez nouvelle dans ce poste et j'avais besoin de voir qui sont tous les joueurs — j'ai été assez étonnée. Voilà l'image qui se dégage.

The sheer number and complexity are very striking. I want to stress that although there are a lot of players here, it is not a mess. Everyone here has a legitimate role to play.

Le nombre d'intervenants et la complexité sont vraiment frappants. Je tiens cependant à souligner que malgré le nombre de joueurs, il n'y a pas de confusion. Tout le monde a un rôle légitime à jouer.

It says that the role of coordination and information sharing and linking amongst the players and the levels of government is crucial. That same truth applies, of course, to persons with mental disabilities. The importance of information being made available in an integrated way is extremely important. People live lives. They do not try and just access programs on a one off basis. There is a range of needs across the life cycle and it is important that there be continuity in programs and services.

This complexity and number presents huge challenges for persons with disabilities, their families and caregivers. We recognize this challenge, and the importance of making good solid knowledge available and of linking to other work going on in the field.

Many of the levers are in the provincial and territorial domain. I know that is something of which you are already well aware. It is comparable to what we do with the health sector.

The not-for-profit sector is very important. It delivers a lot of services for us through funding. I will leave that slide at that. That is the range of players.

The next five slides are snapshots of key Partner programs. They are covered much more fully in your binder. What is in the binder is user friendly. Basically, the Social Development Partnerships Program — Disability Component is a key program. It is $11 million a year. It is a grant and contribution program. Approximately, $5 million a year is given in grant funding that allows national organizations — there are 18 of them — to have some sustaining or capacity-building funds. One of these is the National Network for Mental Health. That is the only mental health organization that receives this core funding, and it is in the amount of $80,000 per year.

There are also 45 to 75 projects per year to get contributions. Some of them are around mental health. There are a couple of very good examples in your binder of projects that have been funded through this contribution funding. They are great products. One of them is *Your Health, Your Future*, put out by the Canadian Mental Health Association. Another one is, *Mental Health and Highlights*, a guide for students. Those are good examples of projects that we have been able to fund.

The next initiatives, on slide 7, are the community development initiatives. They are part of the Social Development Programs Fund, which provides $3 million a year. They are for persons with intellectual disabilities specifically. They are delivered through two national organizations. One is the Canadian Association for Community Living. The other one is People First of Canada.

Cela montre que le rôle de coordination et de partage de l'information et d'établissement de réseaux entre les intervenants et les différents gouvernements est essentiel. Il en va de même, bien sûr, pour les personnes atteintes d'un handicap mental. Il est extrêmement important que l'information soit diffusée d'une manière intégrée. Les gens vivent leur vie. Ils n'essaient pas d'obtenir accès à un programme en particulier. Ils ont des besoins changeants au fil de leur vie et il est important qu'il y ait une continuité dans les programmes et les services.

Cette complexité et le nombre d'intervenants constituent d'énormes défis pour les personnes handicapées, leur famille et ceux qui leur fournissent des soins. Nous reconnaissons cette difficulté et l'importance de fournir de bons renseignements fiables et d'établir des liens avec ce que d'autres font dans le domaine.

Les provinces et les territoires ont de nombreux leviers. Je sais que vous êtes déjà très bien au courant de cela. C'est comparable à ce qui se passe dans le secteur de la santé.

Le secteur sans but lucratif est très important. Il assure la prestation de beaucoup de services pour nous grâce au financement qu'il reçoit. Je n'en dirai pas plus sur cette diapositive. Voilà l'ensemble des intervenants.

Les cinq prochaines diapositives donnent un aperçu des principaux programmes de partenariats sur lesquels vous trouverez des renseignements plus détaillés dans votre classeur. Les documents qui se trouvent dans le classeur sont faciles à consulter. Essentiellement, le Programme de partenariats pour le développement social — volet pour les personnes handicapées est un programme clé dont le budget se chiffre à 11 millions de dollars par année. Il s'agit d'un programme de subventions et de contributions. Environ 5 millions de dollars par année sont versés sous forme de subventions à 18 organismes nationaux pour leur permettre de développer et de maintenir leur capacité. L'un de ces organismes est le Réseau national pour la santé mentale, le seul organisme offrant des services en santé mentale à recevoir un financement de base qui s'élève à 80 000 $ par année.

De plus, nous contribuons au financement de 45 à 75 projets par année dont certains concernent la santé mentale. Dans votre classeur, vous trouverez quelques très bons exemples de projets qui ont été financés au moyen de cette contribution. Ce sont d'excellents projets. L'un d'eux s'intitule *Ton éducation, ton avenir* de l'Association canadienne pour la santé mentale. Un autre, un guide pour les étudiants, s'intitule *La santé mentale et l'école secondaire*. Voilà de bons exemples de projets que nous avons pu financer.

Les initiatives qui suivent, sur la diapositive 7, sont les initiatives pour l'intégration communautaire. Elles relèvent du Fonds de partenariats de développement social et reçoivent trois millions de dollars par année. Elles s'adressent expressément aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Leur mise en œuvre est assurée par deux organisations nationales. L'une est l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, et l'autre, Des personnes d'abord du Canada.

You probably already know this. People First of Canada is a national organization that represents the interests of people who have been labelled as having learning, mental or psychological disabilities. There is information in your binder about this group.

Here are some stats for you. This community inclusion initiative is estimated to have directly involved 3500 families and 7400 individuals in the activities in 2003-04. That is an important piece of interest now. We will be able to take more questions on that once I am done.

The Labour Market Agreements for Persons with Disabilities are transfers to the provinces. There are $223 million a year. They are employment-oriented, but provinces all have the flexibility in those agreements to also orient these funds towards persons with mental disabilities.

That is another important program. The provinces actually match that funding as well, and in some cases are exceeding it. They can deliver services around employment or helping people become employable. They can address persons with mental health disabilities through this as well.

On page 9, we talk about the Opportunities Fund for Persons with Disabilities. That is a $30 million-a-year contribution program. It benefits about 3900 persons per year. It is broad, but there are some examples where we have helped persons particularly with mental disabilities. That is noted on the slide for you.

At the bottom of the slide, we talk about mental health organizations currently receiving what we call "national project" funding that includes both the National Network for Mental Health and the Canadian Mental Health Association. For example, the opportunities fund helped to finance the National Network for Mental Health project, Building Up Individuals Through Learning and Teamwork, BUILT. That project provides life skills, coping skills, customer service and computer skills to persons with mental health disabilities, to improve their successes in the job market. During the past year, nearly one third of the participants in that project became successfully employed.

Another example is a project managed by the Comité d'adaptation de la main-d'oeuvre pour personnes handicapées, CAMO, in Quebec. A wage subsidy was given to an employer to hire and train a person with an intellectual disability as a grocery clerk in a large store. The participant was responsible for stocking shelves and maintaining them in a presentable fashion at all times. In this case, the participant did so well that once the funding ended, the employer kept the individual on and found the person to be a really valuable employee.

Vous savez probablement déjà cela. Des personnes d'abord du Canada est une organisation nationale qui défend les intérêts des personnes qui ont été classées comme ayant des troubles d'apprentissage ou une déficience mentale ou psychologique. Vous trouverez dans votre classeur des informations au sujet de ce groupe.

Voici quelques statistiques. On estime que l'Initiative pour l'intégration communautaire est venue en aide directement à 3 500 familles et à 7 400 particuliers dans le cadre des activités qui ont été menées en 2003-2004. C'est une initiative qui a son importance maintenant. Nous pourrons répondre à vos questions à ce sujet lorsque j'aurai terminé.

Les Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées s'inscrivent dans les transferts aux provinces. Il s'agit de 223 millions de dollars par année. Ces initiatives préparent à la vie active, mais dans le cadre de ces ententes, il est parfaitement loisible aux provinces de diriger également ces fonds vers l'aide aux personnes ayant une déficience mentale.

C'est un autre programme important. Les provinces fournissent en fait des fonds en contrepartie et, dans certains cas, leur part est plus élevée. Elles peuvent assurer des services qui concernent l'emploi ou aider les personnes à devenir employables. Elles peuvent également aider dans ce cadre les personnes ayant une déficience mentale.

À la page 9, il est question du Fonds d'intégration pour les personnes handicapées. Il s'agit d'un programme de contributions de 30 millions de dollars par année qui permet de venir en aide à environ 3 900 personnes par année. C'est un programme d'application générale, mais on y trouve des exemples où l'on a aidé des personnes ayant notamment une déficience mentale. Il en est fait mention sur la diapositive à votre intention.

Au bas de la diapositive, nous mentionnons les organisations vouées à la santé mentale dont nous finançons ce que nous appelons les « projets nationaux », notamment le Réseau national pour la santé mentale et l'Association canadienne pour la santé mentale. Par exemple, le Fonds d'intégration a permis de financer le projet du Réseau national pour la santé mentale appelé Building Up Individuals Through Learning and Teamwork, ou BUILT. Ce projet permet à des personnes ayant une déficience mentale d'acquérir des aptitudes à la vie quotidienne, des habilités d'adaptation et des compétences informatiques, pour qu'elles puissent améliorer leurs chances de réussite sur le marché du travail. Au cours de la dernière année, près du tiers des participants de ce projet ont réussi à trouver du travail.

Mentionnons aussi l'exemple du projet géré par le Comité d'adaptation de la main-d'œuvre pour personnes handicapées, CAMO, du Québec. Une subvention salariale a été versée à un employeur pour qu'il recrute et forme une personne ayant une déficience intellectuelle comme commis d'épicerie dans un grand magasin. Le participant avait pour responsabilité de garnir des rayons et de les maintenir présentables en tout temps. Dans ce cas-ci, le participant a tellement bien réussi qu'aux termes du programme, l'employeur l'a gardé à son service parce qu'il jugeait qu'il était un très bon employé.

On page 10, we talk about income measures that are primarily the Canada Pension Plan Disability component. That is a contributory program that you are all aware of, or with which you are familiar. That is for any person who cannot work due to a severe and prolonged mental or physical disability. It is basically an earnings replacement. We know that there is a significant number of persons with mental disabilities who receive that benefit, which is the longest long-term disability program, income program, in Canada. It started in 1966.

One of the interesting statistics I got — I am not responsible for that particular program — was with a program of my good colleague. She tells me that clients with mental disabilities represent the largest segment of the disability benefits recipients who are able to attempt to return to work. They are a significant group. Again, there are nice tables that are quite clear in your binder in the section on CPPD, which break out the number of clients with mental disabilities for you.

On page 11, we talk about what we do in the area of knowledge development in Social Development Canada. We put out a number of information products. We do this because we cannot measure progress towards inclusion if we do not know what the baseline is and what the numbers are. We put out, *Disability in Canada: A 2001 Profile*, which I referred to that is in your binder. There will be another one done obviously to reflect the 2006 participation in activity-limitation survey. That is important information that is used on delayed developmental learning, memory and psychological disabilities. That is an important source. It is used very broadly in the community. It is the single greatest and most definitive source of data about persons with disabilities in Canada. There are others, but this is the key one.

We also did the public opinion survey I mentioned at the beginning, which is the first ever survey of its type done in Canada. In the United States — I understand — this is done more regularly. In Canada this was the first one that we ever did. My office did it last year.

Again, the report reveals that persons with mental disabilities are more likely to be viewed as excluded, incapable and uncomfortable to be with, than other persons with disabilities. There are some interesting findings that I direct you to in that report.

We are in the process of doing some new forward policy planning and awareness building. We are getting some funds through the Government of Canada advertising campaign to raise

À la page 10, il est question des mesures de soutien du revenu qui relèvent essentiellement du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Il s'agit d'un programme d'assistance financière que vous connaissez tous ou dont vous avez une idée. Ce programme vient en aide à toute personne qui ne peut pas travailler en raison d'une incapacité physique ou mentale grave et prolongée. C'est essentiellement un programme de remplacement du revenu. Nous savons qu'un grand nombre de personnes ayant une déficience mentale reçoivent cette prestation, et il s'agit du programme de soutien du revenu pour personnes handicapées le plus ancien au Canada. Il a vu le jour en 1966.

L'une des statistiques intéressantes que j'ai obtenues — je ne suis pas responsable de ce programme en particulier — concernait un programme relevant de ma bonne collègue. Elle me dit que les clients ayant une déficience mentale constituent le plus gros groupe de bénéficiaires de prestations d'invalidité qui ont pu faire une tentative de retour au travail. C'est un groupe important. Je rappelle qu'il y a dans votre classeur, dans le chapitre qui traite du PPIRPC, de jolis tableaux qui sont tout à fait clairs et qui vous donneront le nombre de clients ayant une déficience mentale.

À la page 11, nous disons ce que nous faisons dans le domaine du développement des compétences à Développement social Canada. Nous publions un certain nombre de produits d'information. Nous faisons cela parce que nous ne pouvons pas mesurer le progrès vers l'intégration si nous ne savons pas d'où nous partons et quelles sont les données. Nous avons publié *L'incapacité au Canada : un profil en 2001,* qui se retrouve dans votre classeur. Une autre publication traitera évidemment de l'enquête de 2006 sur la participation et les limitations d'activités. Ce sont des informations importantes dont on se sert pour étudier les problèmes de retard de développement, de troubles de la mémoire et de déficience psychologique. C'est une source importante. On s'en sert beaucoup dans le milieu. C'est la source de données la plus considérable et la plus pointue concernant les personnes ayant un handicap au Canada. Il y en a d'autres, mais celle-là est la plus importante.

Nous avons également effectué le sondage d'opinion publique que j'ai mentionné au début, et c'était le premier sondage de ce genre jamais fait au Canada. Je crois savoir qu'on fait ce genre de choses plus régulièrement aux États-Unis. Au Canada, c'était le premier du genre. Mon bureau a fait cela l'an dernier.

Ce rapport révèle, je le rappelle, que les personnes qui ont un problème de santé mentale sont davantage confrontées à l'exclusion et perçues comme étant plus inaptes que les autres personnes handicapées et qu'elles provoquent également un plus grand sentiment de malaise. J'attire votre attention sur certaines conclusions intéressantes que contient ce rapport.

Nous sommes en train de procéder à de nouvelles analyses prospectives et de planifier des projets de conscientisation. Nous recevons des fonds dans le cadre de la campagne de publicité du

awareness. We are working on the next participation activity-limitation survey with Stats Canada. There will be questions in there about persons with mental disabilities.

I do not need to say a lot more. My particular area, the Office of Disability Issues, is the focal point within Social Development Canada where we deliver a number of these grant contribution programs, that is, the Opportunities Fund for Persons with Disabilities, the Social Development Partnerships Program — Disability Component, and the Labour Market Agreement for Persons with Disabilities. We also work very closely with provinces and territories. We are developing new forward-looking policy approaches around income and supports for persons with disabilities. That is going to the Minister of Social Development in June. We produce and disseminate a lot of information and products, which we can speak more about. We make horizontal linkages within government. The importance of building awareness and building public ownership and commitment about the issues of disability and mental disabilities is hugely important. We have to look beyond the government-funding programs. Those are important, but we need to be doing the social marketing, education and awareness building as well.

Those are some pieces that we are trying to move forward on now. I will conclude there and take your questions.

The Chairman: I will ask a couple of factual questions. Your *Disability in Canada: A 2001 Profile* and *Canadian Attitudes Towards Disability Issues*: you said you are doing another wave of those studies in 2006?

Ms. Muir: Yes. We have statistics gathered through the Participation and Activity Limitation Survey, PALS. We are working with Statistics Canada right now. The next survey will be done in 2006.

The Chairman: What about the attitudes study?

Ms. Muir: We are doing some qualitative research right now. We did a number of focus groups in March with the public and employers to go further in-depth about attitudes towards persons with disabilities, and we will use that to help design a public awareness initiative over the next year.

The Chairman: I recognize we might not be able to quote it publicly, but I would be interested in the focus group reports because it would give us background that would be a useful thing, if that is possible.

Ms. Muir: I believe I can share that with you. We have summaries from the focus groups. I am happy to do that.

gouvernement du Canada pour sensibiliser davantage les gens. En collaboration avec Statistique Canada, nous travaillons sur le prochain sondage sur la participation et les limitations d'activités. Ce sondage contiendra des questions sur les personnes ayant une déficience mentale.

Je n'ai pas besoin d'en dire beaucoup plus. Mon service à moi, le Bureau de la condition des personnes handicapées, est le point de ralliement de Développement social Canada où nous gérons un certain nombre de programmes de subventions et de contribution, à savoir le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées, le Programme de partenariats pour le développement social — volet pour les personnes handicapées, et les Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées. Nous travaillons également en très étroite collaboration avec les provinces et les territoires. Nous sommes en train de mettre au point de nouvelles politiques d'avenir traitant du revenu et du soutien aux personnes handicapées. Elles seront soumises au ministre du Développement social en juin. Nous produisons et diffusons un grand nombre d'information et de produits dont nous pourrons parler davantage. Nous assurons la communication horizontale au sein de l'appareil gouvernemental. La conscientisation et l'adhésion du public en matière de handicap et de déficience mentale sont extrêmement importantes. Nous devons aller au-delà des programmes de financement gouvernementaux. Ceux-ci sont importants, mais nous devons assurer également le marketing social, l'éducation et la sensibilisation.

Ce sont là quelques éléments où nous tâchons d'avancer en ce moment. Je vais m'arrêter ici et répondre à vos questions.

Le président : Je vais vous poser quelques questions concrètes. Au sujet de *L'incapacité au Canada : un profil en 2001* et de *Attitudes des Canadiens à l'égard de la condition des personnes handicapées*, vous dites qu'il y aura une autre vague d'études semblables en 2006.

Mme Muir : Oui. Nous avons réuni des statistiques dans le cadre du Sondage sur la participation et les limitations d'activités, l'EPLA. Nous collaborons en ce moment avec Statistique Canada sur ce point. Le prochain sondage se déroulera en 2006.

Le président : Qu'en est-il de l'étude sur les attitudes?

Mme Muir : Nous procédons en ce moment à des recherches qualitatives. Nous avons réuni un certain nombre de groupes témoins en mars qui réunissaient de simples citoyens et des employeurs, et nous avons ainsi exploré plus avant les attitudes des gens à l'égard des personnes handicapées et nous nous servirons de ces données pour mettre au point une initiative de sensibilisation publique au cours de la prochaine année.

Le président : Je comprends que nous ne pourrons pas les citer publiquement, mais j'aimerais prendre connaissance des rapports des groupes témoins parce que cela nous procurerait des renseignements utiles, si une telle chose est possible.

Mme Muir : Je crois que je peux vous les communiquer. Nous avons des résumés de nos entretiens avec les groupes témoins. Je serai heureuse de vous procurer ces informations.

The Chairman: Could I ask you a second question about the Canada Pension Plan Disability, CPPD. In other hearings we have done, there has been very strong criticism of that program based on the difficulty of getting into it and the eligibility criteria. Because it is CPP, it applies only to someone presumably who was in the labour force at some point to begin with.

Are you aware of that kind of criticism? Is anybody looking at changing the program? Where does that stand?

Ms. Muir: I am aware of the criticism, and so is my colleague who is the director general of that area. Our minister was in front of the subcommittee of the House of Commons Standing Committee on Human Resources, Skills Development, Social Development and the Status of Persons with Disabilities last night. The subcommittee focuses on persons with disabilities, and he was on the Canada Pension Plan Disability component. It was a tough visit.

We are aware of the criticisms. It is a very stringent program, and the criteria for eligibility are tough. Changes would require legislative change. Those are significant.

The Chairman: That is not a reason for not doing it.

Ms. Muir: No. That is just the fact that I am putting before you.

There has been some truly great work. It is not the same as changing the CPPD, but there has been some great work done recently that has brought in a new feature called automatic reinstatement. This is a feature allowing people with recurring conditions, illnesses or disabilities — and a number of those are persons with mental disabilities — to try and go back to work. It does not always work out. Traditionally, getting back on CPPD has been a very daunting process to go through. With this new feature that came into force in January of this year — there was an Order in Council that went through — it is now possible for people to get back very easily onto the CPPD benefit without going through the process.

I acknowledge it is not a whole solution, but this is a huge step forward. This feature allows a person for up to five years not to have to go back through a reapplication and all the process that one would normally need to go through. This was seen as a huge step forward. The projections were that at least 300 persons a year would be able to benefit. Those are individual people.

Since the end of January, I do know there have been five individuals who have been able to take advantage of it, and the government is doing work to market this and make it better known.

Given the stat that I mentioned before that persons with mental disabilities are the most likely to try and go back to work, this is an important feature that has relevance for them. This is an

Le président : Puis-je vous poser une deuxième question à propos du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, le PPIRPC. Au cours d'autres audiences que nous avons tenues, on a critiqué très vivement ce programme du fait qu'il est difficile d'en bénéficier et du fait des critères d'admissibilité. Étant donné qu'il s'agit du RPC, on peut présumer que seuls peuvent en profiter ceux qui étaient au départ sur le marché du travail.

Êtes-vous au courant de ce genre de reproches? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui envisage de modifier ce programme? Où en est-on?

Mme Muir : Je suis au courant de ces reproches, et c'est également le cas de mon collègue qui est le directeur général de ce secteur. Notre ministre a témoigné hier soir devant le Sous-comité de la condition des personnes handicapées du Comité permanent de la Chambre des communes sur le développement des ressources humaines, du développement des compétences et du développement social. Le sous-comité s'intéresse aux personnes handicapées, et il a été question du volet invalidé du Régime de pensions du Canada. Ce fut une dure soirée.

Nous sommes au courant des critiques. C'est un programme très strict dont les critères d'admissibilité sont bien précis. Les changer nécessiterait des modifications législatives importantes.

Le président : Cela ne devrait pas nous empêcher de le faire s'il le faut.

Mme Muir : Non, je voulais simplement vous exposer les faits.

On a fait de l'excellent travail. Ce n'est pas comme changer le programme de prestations d'invalidité du RPC, mais de l'excellent travail a été fait récemment grâce auquel nous avons pu inclure un nouvel élément, la remise en vigueur automatique. Cette mesure permet aux personnes souffrant d'une invalidité ou d'une maladie récurrente — dont bon nombre de personnes ayant des troubles mentaux — de tenter de retourner au travail. On sait que cela ne fonctionne pas toujours. Dans le passé, il était particulièrement difficile pour ces personnes de redevenir prestataires. Depuis l'adoption de cette nouvelle mesure en janvier de cette année — depuis l'adoption du décret — il est maintenant possible pour ces personnes de recevoir à nouveau des prestations d'invalidité du RPC sans avoir à reprendre le processus de demande depuis le début.

Je reconnais que ce n'est pas la solution miracle, mais c'est déjà un grand progrès. Une période de cinq ans est maintenant prévue pendant laquelle on n'est pas tenu de présenter une nouvelle demande et de reprendre tout le processus. Cette mesure est considérée comme un grand pas en avant. D'après nos projections, au moins 300 personnes pourraient profiter de cette mesure chaque année.

Depuis le début de janvier, je sais qu'au moins cinq personnes se sont prévalues de cette nouvelle règle. Le gouvernement tente depuis de faire connaître cette nouvelle mesure.

Étant donné que, comme je viens de l'indiquer, ce sont les personnes ayant un handicap mental qui sont les plus susceptibles de tenter de retourner au travail, cette mesure est particulièrement

important new feature, but no, it is not a complete overhaul. We are aware of criticisms. I will take that back, as we need to review what was learned from last night as well.

pertinente pour elles. C'est donc un nouvel élément important, mais pas une refonte complète, loin s'en faut. Nous sommes conscients des critiques qui ont été formulées. J'en prends bonne note, car nous devons aussi voir ce que nous avons appris de l'expérience d'hier soir aussi.

The Chairman: We made this observation in one of our earlier reports, and you said a couple of minutes ago, that the entrance requirements are very stringent. I say this as a public servant. Typically when people in government describe something as very stringent, it is unbelievably stringent because we always have a tendency to paint a good picture. It seems to me that when you look at a group of people as disadvantaged as what we are focusing on, the mentally disabled and the disabled in general, to design a program that is excessively stringent seems to be defeating the underlying purpose of the program in the first place. That is a viewpoint that all of us share; it is not just mine.

Le président : Nous avons fait remarquer dans l'un de nos rapports précédents, et vous venez vous-même de le confirmer, que les exigences d'admissibilité sont très strictes. À titre de fonctionnaire, je sais que quand des représentants du gouvernement décrivent des exigences comme étant très strictes, c'est qu'elles sont incroyablement strictes, les fonctionnaires ayant toujours tendance à insister sur le côté positif. Il semble que s'agissant d'un groupe de gens aussi désavantagés que ceux dont nous traitons, les handicapés mentaux et les personnes handicapées en général, concevoir un programme aux exigences extrêmement strictes, c'est aller à l'encontre de l'objet du programme au départ. Je crois pouvoir dire que nous sommes tous de cet avis, que je ne suis pas le seul à croire cela.

Ms. Muir: My colleague, Susan Williams, the Director General of the Canada Pension Plan Disability component, would be an excellent resource person. I respectfully propose that the committee spend a good session with her. I would be happy to come back with her for broader questions as well.

Mme Muir : Ma collègue, Susan Williams, la directrice générale des prestations d'invalidité du RPC, serait pour vous une excellente personne-ressource. Je vous propose respectueusement de passer au moins une séance avec elle. Je serai ravie de l'accompagner pour répondre aux questions, si vous le souhaitez.

Senator Keon: Let me congratulate you on a tremendous amount of work that has been accomplished, and on your successes.

Le sénateur Keon : Permettez-moi de vous féliciter de tout le travail que vous accomplissez et de votre succès.

Drilling down to mental health in your large envelope of disabilities, we are recommending so far that there be a major focus on recovery in mental health. For people with disabilities to be eligible for your programs, you have to be able to somehow define recovery, when they have recovered to a point where they can get back into the workforce, or be placed partially back in the workforce.

En ce qui concerne plus précisément la santé mentale dont vous vous occupez notamment, nous recommandons que l'on insiste avant tout sur le rétablissement. Pour être admissibles à vos programmes, les personnes handicapées doivent pouvoir se conformer à votre définition du rétablissement, doivent s'être rétablies au point où elles peuvent réintégrer le marché du travail, ne serait-ce qu'à temps partiel.

One of the things I was not clear about is your evaluation process for doing this. I suspect it is a number of processes that you use for different programs. I would appreciate you expanding on the evaluation process, particularly as it relates to the evolution of recovery in the mentally disabled patient. How will you evaluate when a mentally disabled patient has recovered to a point that they can make either partial or total re-entry into the workforce?

Je n'ai pas bien compris comment vous évaluez cela. Je présume que vous utilisez différentes procédures pour les différents programmes. J'aimerais que vous nous en disiez plus long sur cette procédure d'évaluation, surtout sur la façon dont vous évaluez le niveau de rétablissement d'un handicapé mental. Comment déterminez-vous qu'un patient souffrant d'un trouble mental s'est rétabli au point de pouvoir retourner sur le marché du travail à temps plein ou partiel?

Ms. Muir: Are you referring particularly to Canada Pension Plan Disability benefit or more generally?

Mme Muir : Parlez-vous en particulier des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, ou bien de façon plus générale?

Senator Keon: I am referring to the whole cross-section of programs you described, but specifically to the mental health portion of those programs and not the whole disability envelope.

Le sénateur Keon : Je parle de tout l'éventail des programmes que vous avez décrits, mais plus précisément de la partie de ces programmes qui vise la santé mentale et non pas de toute l'enveloppe de l'invalidité.

Ms. Muir: I do not think we have done enough work in that area. We have not looked at that level of detail partly because our programs are so broad in their scope when it comes to disability. Mr. Grujic might be able to address some of that.

Mme Muir : Je ne pense pas que nous ayons fait suffisamment de travail dans ce domaine. Nous n'avons pas examiné cela de façon détaillée, en partie parce que nos programmes sont tellement vastes quand il s'agit de l'invalidité. M. Grujic pourrait peut-être vous répondre.

Mr. Georges Grujic, Director, Programs, Office for Disability Issues, Social Development Canada: Our programs are more focussed on the short-term intervention. For example, with the opportunities fund, the person tends to have gone through the recovery process and is ready to go into the employment market. We provide the short-term support: if they need some training or help to get wage subsidies or employers involved. Because of the limited amount of money, we tend to focus on that aspect of it. That is the only federal program we have to help integrate individuals on the employment side of it. The recovery is more for the provincial or health side, and then we take it from there to get them back into work, et cetera.

The person declares himself as being disabled but we do not track whether it is mental, hearing or other. In the opportunities fund, there are two or three organizations that have a mental health mandate to focus on that kind of clientele, if you wanted those numbers. They will support whoever needs that kind of support. The effort is to integrate them into the market and the labour workforce. We do not do the front end or the longer-term journey, as I call it, in terms of recovery.

Senator Keon: My concern about these programs, particularly related to mental illness but physical illness as well, is that we are not doing the individual any favour if they get involved in a program that sustains them. Because of their own loss of self-confidence and so forth, they can simply drift into oblivion in such a program. A key element must be an ongoing evaluation system, even if it simply brings them back into the workforce for a short period of time. They may have a relapse and require support again for a period of time but at least it provides some light for them along the tunnel of recovery. Could you tell us what you have now, or anticipate having, in that dimension?

Ms. Muir: I take to heart what you are saying. As Mr. Grujic mentioned, our programs have a more short-term focus right now. That being said, our instruments are not necessarily the full range of instruments that are needed. Our minister has made some public commitments to a long-term action plan. We have put together a strategy that we need to discuss with the minister. We need to revitalize our policy basis and, therefore, the instruments — the programs that we have — beginning now and over the next ten years. We need to include a much greater consideration of your focus today, to look at the shortcomings of the existing instruments and to determine how we can do much better. For instance, the concept of prevention is not necessarily in the older policy thinking. We need to incorporate that into our new way forward.

I cannot give you the kind of satisfactory answer I would like to give you right now because the reality is that we do not have that recovery element. However, we can build this into our

M. Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement social Canada : Nos programmes ciblent davantage l'intervention à court terme. Par exemple, dans le cas du fonds d'intégration pour les personnes handicapées, la personne est généralement passée par le processus de rétablissement et est prête à entrer sur le marché du travail. Nous fournissons un soutien à court terme : si la personne a besoin de suivre une formation ou d'aide pour obtenir une subvention salariale. Comme les fonds sont limités, nous nous concentrons sur cet aspect. C'est le seul programme fédéral que nous ayons pour aider à intégrer les gens sur le marché de l'emploi. Le rétablissement concerne davantage les autorités provinciales ou de la santé, et nous prenons le relais pour aider la personne à réintégrer le marché du travail.

La personne se déclare invalide, mais nous ne faisons pas de suivi pour savoir si l'invalidité touche la santé mentale, la surdité ou quoi que ce soit. Dans le fonds d'intégration, il y a deux ou trois organisations qui ont un mandat dans le domaine de la santé mentale et qui ciblent cette clientèle, et qui pourraient vous donner des chiffres. Ces organismes aident quiconque a besoin de ce type de soutien. L'effort consiste à les intégrer à la population active et au marché du travail. Nous ne nous occupons pas du voyage au long cours, pour ainsi dire, en termes de rétablissement.

Le sénateur Keon : Ce qui me préoccupe dans ces programmes, surtout dans le cas des maladies mentales mais aussi pour les maladies physiques, c'est que nous ne rendons pas service à la personne si elle entre dans un programme qui va la soutenir. Comme cette personne a déjà perdu toute estime de soi, et cetera, elle peut simplement s'en aller à la dérive dans un tel programme. Un élément clé doit être un système d'évaluation continue, même s'il s'agit simplement de ramener les gens sur le marché du travail pendant une brève période. La personne peut faire une rechute et avoir de nouveau besoin d'aide pendant un temps, mais au moins, cela lui permet de voir la lumière au bout du tunnel du rétablissement. Pouvez-vous nous dire ce que vous avez actuellement ou ce que vous prévoyez avoir relativement à cette dimension?

Mme Muir : Je prends à cœur ce que vous dites. Comme M. Grujic l'a dit, nos programmes ont actuellement une dimension à plus court terme. Cela dit, nous n'avons pas nécessairement tout l'éventail d'instruments dont on aurait besoin. Notre ministre a pris certains engagements publics envers un plan d'action à long terme. Nous avons élaboré une stratégie dont nous devons discuter avec le ministre. Nous devons revitaliser notre politique et, par conséquent, les instruments que nous avons, en commençant tout de suite et au cours des 10 prochaines années. Nous devons englober de façon beaucoup plus vaste ce que vous nous avez dit aujourd'hui, examiner les lacunes des instruments existants et déterminer ce que nous pouvons faire mieux. Par exemple, le concept de la prévention ne fait pas nécessairement partie de l'ancienne mentalité et des vieilles politiques. Nous devons intégrer cela à notre nouvelle façon d'agir.

Je ne peux pas vous donner la réponse satisfaisante que j'aimerais pouvoir vous donner dès aujourd'hui, parce que la réalité est que nous n'avons pas cet élément de rétablissement.

thinking because we will revamp our entire policy basis and be quite ambitious about it. The timing is good for us to be getting advice from this committee.

Senator Cook: If I read this correctly, the Labour Market Agreement for Persons with Disabilities carries a price tag of $223million. How is that prorated? If I look at page 5 of your presentation, I see that the education supports and the employment program becomes the purview of the provincial and territorial governments. You provide oversight, and the detail is left to the provinces. That is where we might find the answer that Dr. Keon is seeking.

Ms. Muir: That would get you closer. In response to proration, I would ask Mr. Grujic who was involved in negotiating these labour market agreements with each of the provinces. He will give you a better sense of the process.

Mr. Grujic: The formula is on a per capita basis.

Senator Cook: I do not like that word because I am from Newfoundland.

Mr. Grujic: You are correct. Some provinces are more advantaged or disadvantaged. Also, there was a baseline. Each province had a baseline, which was about $600,000 in terms of those amounts, plus the per capita funding. There was some historical precedent as well such that the Maritimes might have some specific program still being integrated. That is how it was laid out.

The formula was agreed on by the provinces and the federal government. It was a negotiated approach in terms of the proration and the funding for that element. There is a six-year history to that element.

Senator Cordy: You have given us a huge volume of information to read. I will talk about page 5 and the mental illness aspect of disability. It is wonderful that all these groups and levels of government are working on disabilities and sharing the responsibility of disabilities. However, then I look at somebody who is looking for help, and some of them will struggle to ask: Where do I start? They could phone my office and I would ask: Where do I start to help them? It is so complex. How do you work someone through the maze? If the disability is a mental illness, how could someone possibly find their way through the maze to get help? Time after time they might be told: not my department. That could be more than frustrating than the illness. What do I tell someone who needs help where to begin?

Ms. Muir: I am glad you asked that because it is one of the things I feel most strongly about. How do we get information to the people who need it most in the most user-accessible and user-friendly way possible? It is a big problem. Yes, many people seek help from their representatives. That is the number one place many people start the search.

Cependant, nous pouvons l'intégrer à notre réflexion parce que nous allons reconfigurer toute notre politique et nous avons un programme très ambitieux. Le moment est bien choisi pour recevoir des conseils de votre comité.

Le sénateur Cook : Si j'ai bien lu ce document, ces ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées ont un coût de 223 millions de dollars. Quelle est la ventilation de ce chiffre? Si je consulte la page 5 de votre document, je constate que les aides à l'éducation et le programme d'emploi relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Vous assurez la supervision, mais on s'en remet aux provinces pour les détails. C'est peut-être là que nous trouverions la réponse à la question que pose le Dr Keon.

Mme Muir : Vous seriez plus proche. En réponse à votre question sur la ventilation, je demanderais à M. Grujic, qui a participé à la négociation sur ces ententes relatives au marché du travail avec chacune des provinces, de vous répondre. Il pourra mieux vous expliquer le processus.

M. Grujic : La formule est par habitant.

Le sénateur Cook : Je n'aime pas entendre cela parce que je suis de Terre-Neuve.

M. Grujic : Vous avez raison. Certaines provinces sont plus ou moins avantagées ou désavantagées. De plus, il y a un montant de base. Chaque province a un montant de base, qui était d'environ 600 000 $, plus le financement par habitant. Il y avait par ailleurs des précédents historiques de sorte que les provinces maritimes pouvaient avoir certains programmes précis encore en cours d'intégration. C'est ainsi que l'affaire a été calculée.

Les provinces et le gouvernement fédéral se sont entendus sur cette formule. La répartition et le financement de cet élément ont été fixés par voie de négociation. L'historique de cet élément remonte à six ans.

Le sénateur Cordy : Vous nous avez donné énormément de documents à lire. Je me reporte à la page 5 et à la maladie mentale. C'est magnifique de constater que tous ces groupes et tous ces niveaux de gouvernement travaillent et partagent la responsabilité dans le dossier de l'invalidité. Cependant, quand je vois les gens qui ont besoin d'aide, certains d'entre eux ne savent pas vers qui se tourner. Ils téléphonent à mon bureau et je me pose moi-même la question : vers qui dois-je me tourner pour les aider? C'est tellement complexe. Comment faites-vous pour vous retrouver dans ce labyrinthe? Si l'invalidité est causée par une maladie mentale, comment quelqu'un peut-il se retrouver dans ce fouillis pour obtenir de l'aide? Ils peuvent se faire dire à maintes reprises : ce n'est pas mon rayon. Cela peut devenir encore plus frustrant que la maladie elle-même. Que dois-je dire à quelqu'un qui a besoin d'aide et qui se demande par quel bout commencer?

Mme Muir : Je suis contente que vous ayez posé cette question parce que c'est l'un des éléments qui me tient le plus à cœur. Comment faire pour renseigner les gens qui en ont le plus grand besoin de la manière la plus conviviale et accessible possible? C'est un grand problème. Oui, beaucoup de gens demandent de l'aide à leurs élus. Pour bien des gens, c'est la première démarche qu'ils font.

There are a number of community groups where people can start. Starting in our own community is always the best. I will talk federally about what is in place.

First, in terms of federal government there is the 1-800-Canada number for questions about disability; which programs and services are available and where. They are very good at directing people to the right place. We have given training to the front-line service staff in the federal government. My office has trained them in how to refer, the programs and services available, and how to get people there quickly and easily. Anything more complicated than that gets referred directly to my office. We provide direct back up about anything more detailed than, here are the existing programs and services. We take a number of questions ourselves in terms of, how do I find out more information.

You are all familiar with the new Service Canada initiative. The vision is, 12 departments will offer frontline services, eventually. Right now, it is really Social Development Canada and the Human Resources and Skills Development Canada frontline services, which are primarily in the area of income, education and labour markets. A lot of the services in the area of disabilities, including mental health disabilities, come there. We are working very closely with the Service Canada people to ensure there is an integrated approach. We are the first ones that have done this because we know that many of our clients, including persons with mental disabilities, do not have all the tools and efficient means for getting information as quickly and easily as other persons. We talked to them about how accessible is the information they provide, what is their manner like when they deal with persons with disabilities on the phone, the amount of patience that is required because sometimes it takes longer to get to the heart of what a person is looking for, and the need to explain to them what is available.

We have also put in place this principle of continuity of service so people do not have to repeat their story four or five times. We have been told this so much by our community, that it is frustrating for anyone to have to repeat their story when they are trying to get information from a service, but for persons with disabilities, it is much more of a burden. We are working with Service Canada to be an integrated service, to be very respectful and to ensure that people's information goes with them so they are not referred all over the place. We are doing that.

We put out some publications and I wish I had brought one. I should have put it your binder but I thought you might kill me if we put more stuff in your binder. We do put out something called *Frequently Asked Questions*, which is basically a guide to federal

Il y a un certain nombre de groupes communautaires auxquels les gens peuvent s'adresser. C'est toujours mieux de commencer dans sa propre collectivité. Je vais vous décrire ce qui est en place au niveau fédéral.

Premièrement, pour le gouvernement fédéral, il y a le numéro de téléphone 1-800-Canada pour toute question sur l'invalidité; pour savoir quels programmes et services sont disponibles et à quels endroits. Ces gens-là sont très bons pour aiguiller les gens au bon endroit. Nous avons donné de la formation au personnel de première ligne au gouvernement fédéral. Mon propre bureau leur a donné de la formation sur la manière de diriger les gens, sur les programmes et services disponibles, pour que les gens y aient accès rapidement et facilement. Toute demande plus compliquée que cela est renvoyée directement à mon bureau. Nous fournissons directement un service de soutien sur tout dossier plus détaillé, dès qu'il s'agit d'aller plus loin que de décrire les services et programmes existants. Nous répondons nous-mêmes à un certain nombre de questions de gens qui veulent savoir comment trouver de plus amples informations.

Vous connaissez tous la nouvelle initiative Service Canada. L'intention est de faire en sorte qu'à terme, 12 ministères vont offrir des services de première ligne. À l'heure actuelle, cela se limite en fait à Développement social Canada et à Ressources humaines et Perfectionnement des compétences Canada, dont les services de première ligne se situent essentiellement dans les domaines du revenu, de l'éducation et du marché du travail. Beaucoup de services dans le secteur des incapacités, y compris la santé mentale, s'adressent à cette initiative. Nous travaillons en étroite collaboration avec les gens de Service Canada pour nous assurer qu'il y ait une approche intégrée. Nous sommes les premiers à avoir fait cela parce que nous savons que beaucoup de nos clients, notamment les personnes handicapées mentales, n'ont pas tous les outils et les moyens efficaces d'obtenir des renseignements aussi rapidement et facilement que d'autres personnes. Nous avons des entretiens avec les responsables pour nous assurer que le renseignement soit accessible, qu'ils aient une bonne attitude quand ils sont au téléphone avec des personnes handicapées, qu'ils aient la patience voulue parce que parfois cela peut prendre plus de temps pour comprendre vraiment ce qu'une personne recherche et pour lui expliquer ce qui est disponible.

Nous avons aussi instauré le principe de la continuité du service afin que les gens n'aient pas à répéter quatre ou cinq fois les éléments de leur dossier. La communauté nous l'a si souvent demandé, et c'est si frustrant d'avoir à répéter son histoire quand on essaye d'obtenir de l'information sur un service. Pour les personnes handicapées, c'est un fardeau encore plus lourd. Nous collaborons avec Service Canada pour devenir un service intégré, pour être très respectueux et pour faire en sorte que les renseignements relatifs aux gens les suivent, de manière qu'ils ne soient pas constamment renvoyés d'un endroit à l'autre. Nous y travaillons.

Nous avons préparé des publications et j'aurais bien voulu vous en présenter aujourd'hui. J'aurais dû en mettre dans votre classeur, mais je me suis dit que vous nous en voudriez beaucoup de l'alourdir encore davantage. Nous avons un document sur les

government services for persons with disabilities, including mental disabilities. We have gotten terrific feedback on that. We need to do more of that.

When our minister is doing some round-table discussions across Canada — and Senator Cook you were at the one in St. John's in February. We did one in Vancouver in the middle of March. There was a very young man who was a recipient of CPPD there. I am not sure what his disability was. It was not visible. He had this *Frequently Asked Questions* and he lifted it up and he said to our minister, "If you really want to know what you can do that will change things, here is something that is very down-to-earth." He said it is so important and it is not sexy, but he said you need to put out more things like that. He said, "I do not know how I would have found the services I needed, or my wife could have found them, if I did not have this." He said, please put out more things like this; so that is the importance of information about service and programs.

That is only at the federal level. This is where it is tricky. How do we then connect to the provinces and territories? There are websites that link federal stuff to the provincial stuff. We have done a tool kit for medical practitioners in terms of advice about services and programs. Very recently we have done this. That should be in the hands of medical practitioners to help them to refer people well at a key intervention point. There is a lot more to be done. Does that answer your question?

Senator Cordy: How do people get this information, *Frequently Asked Questions*? Is it at a doctor's office or a drop-in centre. It must be accessible. To say it is on a website is not helpful for a high percentage of the people who need the help.

Ms. Muir: This stuff is on our website. We are well aware that the dissemination must be broader than that.

Senator Cordy: What about discussions, even within federal government departments; do we have silos? In addition to that, in dealing with provincial and territorial non-profit private sectors, how does everyone get together to ensure that there is no redundancy, or there are not huge gaps that are not being filled?

Ms. Muir: There are some formal committee structures in place. We meet on a quarterly basis with about 30 departments that come together. People update each other about what is going on. We also have several working groups. One is on services and programs, one is on knowledge and information development, and one is on accessibility. That has just been formed. We have smaller working groups where we get together. We meet on a regular basis.

I meet with a federal, provincial and territorial working group regularly, every couple of weeks, by teleconference, and we have face-to-face meetings as well. The group is working on material that we are getting ready for the ministers' meeting in June. There will be options that we are putting forward on income and

questions qu'on nous pose fréquemment, une sorte de répertoire des services du gouvernement fédéral pour les personnes handicapées, y compris les personnes ayant un handicap mental. Les réactions à son sujet ont été très positives. Il faut faire davantage de choses de ce genre.

Notre ministre participe à des tables rondes partout au Canada. Sénateur Cook, vous étiez en février à celle de St. John's. Nous en avons tenu une à Vancouver, à la mi-mars. Il y avait là un très jeune homme récipiendaire du PPIRPC. Je ne sais pas vraiment quel handicap il avait, ce n'était pas visible. Il avait en main le document sur les questions fréquemment posées, il l'a présenté et a dit au ministre : « Si vous voulez vraiment savoir quoi faire pour changer des choses, en voici un exemple très pratique. » Il a dit que c'était tellement important, même si ce n'était pas très accrocheur, qu'il fallait prendre davantage des mesures semblables. Il a dit : « Je ne sais pas comment j'aurais trouvé les services dont j'avais besoin, ou comment ma femme y serait arrivée, sans ce document ». Il a demandé qu'on ait davantage de publications de ce genre et cela témoigne de l'importance des renseignements sur nos services et programmes.

Et nous ne parlons que du palier fédéral. Voilà où les choses se compliquent. Comment faire ensuite le lien avec les provinces et les territoires? Il y a des sites Web qui établissent des liens entre les services fédéraux et les services provinciaux. Nous avons préparé une trousse d'outils pour les professionnels de la santé qui doivent donner des conseils en matière de services et de programmes. Nous l'avons préparée tout récemment. Les professionnels de la santé doivent en disposer pour renseigner les gens au moment où doivent être faites des interventions clés. Il faut davantage de mesures de ce genre. Cela répond-il à votre question?

Le sénateur Cordy : Comment les gens peuvent-ils mettre la main sur ce document? Le trouve-t-on dans les bureaux des médecins ou dans les centres de jour? Il doit être facile d'accès. Pour un fort pourcentage de ceux qui en ont besoin, ce n'est pas suffisant de dire qu'il y a un site Web.

Mme Muir : On le trouve sur notre site Web. Nous savons toutefois que la diffusion doit se faire à bien plus grande échelle.

Le sénateur Cordy : Qu'en est-il des discussions, même au sein de l'appareil fédéral; y a-t-il des cloisonnements? En outre, lorsqu'on traite avec les secteurs privés sans but lucratif des provinces et des territoires, comment rassembler tout le monde pour éviter les redondances, de même que les graves lacunes?

Mme Muir : Des comités officiels ont été créés. Il y a des rencontres trimestrielles pour une trentaine de ministères. Chacun met les autres au courant de ce qui se fait chez lui. Nous avons aussi quelques groupes de travail. Il y en a un sur les services et les programmes, un sur le développement des connaissances et de l'information et un sur l'accessibilité. Ce dernier vient d'être créé. Nous avons aussi de plus petits groupes de travail qui se réunissent de manière régulière.

J'ai régulièrement des rencontres dans le cadre d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial, soit toutes les deux semaines. Nous avons des appels conférences mais aussi des rencontres en personne. Ce groupe travaille à la préparation de documents pour la rencontre des ministres de juin prochain. Nous présenterons des

support so that we are in agreement on what we feel should be the programs and services that are delivered in those areas. We do it formally.

Senator Cordy: My last question is about the labour market agreements with the provincial and territorial governments and the funds to improve employment situations for persons with disabilities. Is this funding targeted, and does it have to be cost-shared?

Mr. Grujic: The areas where it is targeted are education and training. It is also used for employment participation. It is used for employment opportunities, connecting employers with persons with disabilities, and building knowledge. It is for persons with disabilities; it is targeted at that, those programs which are funded through the provinces. Yes, it is cost-shared to 50 per cent of the programs that the provinces have. It gives the provinces a chance to leverage their programs another 50 per cent. Right now the agreement is only with the provinces.

Senator Cordy: Not with the territories?

Mr. Grujic: No. There is an issue in terms of the transfer payments between the Department of Finance and the territories, so we are still negotiating that.

Senator Keon: Senator Cordy has again highlighted a situation that is coming up over and over. No matter how good your program is, it is no good if people cannot access it. We are thinking that the missing link in this whole business, every way you look at it, is the link between community health centres or the primary care centres and community services. Until we get those links, I do not see how many of these programs will function at all.

What is your comment on that?

Ms. Muir: Yes, I think you put your finger right on it. That link needs to be there. It is not strong enough now. We need to do a more comprehensive job of disseminating information. What you have said makes a lot of sense to me. What we also are doing right now is, we are sending all members of Parliament a kit with information in it, recognizing that many people go there looking for help and assistance in directing them to services. We need to do a lot better job of disseminating our information and being more strategic in how we do it.

What you are telling me makes perfect sense. We can do this; we can do it better.

Mr. Grujic: The other thing we do is part of our organizational funding. We provide funding to 18 national organizations, and they are partners with us. They are in the community and they get the information out also in terms of those elements. Three national disability organizations have a mental mandate and they have an opportunity to get that information. Also, in terms of the products they have produced, we have helped them to disseminate them in schools and in centres as you mentioned, those areas. They are a partner with us and we tend to work with them also in those elements.

options sur le revenu, sur le soutien et nous devons nous entendre sur les programmes et services à offrir dans ces domaines. Cela se fait de manière officielle.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question porte sur les ententes relatives au marché du travail conclues avec les gouvernements des provinces et des territoires et notamment sur les fonds destinés à améliorer l'emploi des personnes handicapées. Ces fonds sont-ils ciblés et les coûts de telles mesures doivent-ils nécessairement être partagés?

M. Grujic : Les fonds sont ciblés dans les domaines de l'éducation et de la formation. Ils servent également à favoriser la participation à l'emploi. Ils servent à trouver des débouchés pour les personnes handicapées, à les mettre en rapport avec des employeurs et à favoriser l'acquisition de connaissances. Les fonds des programmes qui sont financés par l'entremise des provinces sont destinés aux personnes handicapées. Effectivement, les frais des programmes mis sur pied dans les provinces sont partagés moitié-moitié. Ainsi, les provinces peuvent obtenir 50 p. 100 de plus de fonds pour leurs programmes. À l'heure actuelle, l'entente ne vise que les provinces.

Le sénateur Cordy : Il n'y en a pas avec les territoires?

M. Grujic : Non. Le ministère des Finances ne s'entend pas avec les territoires au sujet des paiements de transfert; les négociations ne sont pas encore terminées.

Le sénateur Keon : Le sénateur Cordy a de nouveau mis en lumière un problème qui se pose de plus en plus souvent. Le meilleur programme du monde ne vaut rien si personne ne peut y avoir accès. À notre avis, ce qui manque en dernière analyse, c'est un lien entre les centres de santé communautaire ou les centres de soins primaires et les services communautaires. Tant que ces liens n'existeront pas, je ne vois pas comment beaucoup de ces programmes pourraient fonctionner.

Qu'en pensez-vous?

Mme Muir : Je crois que vous avez effectivement mis le doigt sur le problème. Il faut que ces liens existent, ils ne sont pas assez forts en ce moment. Nous devons diffuser l'information de façon plus complète. Ce que vous dites me semble tout à fait logique. Par ailleurs, nous avons commencé à envoyer à tous les députés une trousse d'information, sachant que bien des gens s'adressent à leurs députés pour leur demander de les aiguiller vers les services dont ils ont besoin. Nous devons communiquer l'information de façon plus stratégique.

Ce que vous dites me semble parfaitement logique. Nous pouvons le faire et nous pouvons nous améliorer.

M. Grujic : Nous agissons également en finançant les organismes. Nous finançons 18 organisations nationales qui sont nos partenaires. Elles sont présentes dans la collectivité et diffusent l'information sur ces éléments. Le mandat de trois organisations nationales qui aident les personnes handicapées comporte un volet santé mentale; ces organisations peuvent donc obtenir cette information. Par ailleurs, nous les avons aidées à diffuser dans les écoles et les centres des documents, comme vous l'avez signalé. Ce sont nos partenaires et nous travaillons avec elles en ce qui concerne ces éléments.

Also, the Opportunities Fund for Persons with Disabilities has pamphlets, and those pamphlets are shared throughout the community in all these areas where there is a need in terms of those aspects, even at the provincial level. That is the one way we try to get out there. As Ms. Muir has mentioned, we have to be better at doing that and getting it out there. However, that is how we have been trying to work as a partner approach. It is not just the federal government, but includes the community on that side.

Senator Cook: I want to congratulate you on your mission statement. It is all inclusive and it is way over there. Over here I have a person that is double-challenged, mentally and physically. What I am seeing and hearing here is, it is all over the place. I am trying to get into perspective how, with a seamless simple delivery, do all these wonderful federal initiatives get to the consumer, with the least piece of clutter? How do they know about all of this? I have heard some of your responses. They are good, but we must do more.

There is a long term here. Would it be possible for us to access the formulas that the provinces use those agreements for, this big piece of money? The labour market agreement is $223 million and there are probably other pockets here.

As a volunteer with this client population for 25 years, I certainly did not know any of those good things existed. I figured that the gateway for me was through my provincial government agency. We really need to look at this. Your mission statement is wonderful. I see things such as non-profit and all the rest of the things, but I am looking at a person with two challenges; not one but two.

Where do we go? Do you think the specific nature of mental illness is adequately recognized or understood by the federal programs or the federal agencies that are setting them up?

Ms. Muir: To respond to your last point — what is the best way of putting this — persons with disabilities, including mental disabilities have been considered very important for a long time. It has not perhaps achieved the same level of priority as some other social policy areas, for reasons that are historical.

The time is here now for these issues, such as mental disabilities and other disabilities, to assume greater significance. It is very real to all of us now — growing to be more real — than it ever was before. This is due in part to early learning and child care that is a big, important priority. People really identify with that; they see it. Everybody relates to it, and owns it. Even if you do not have children yourself, you know somebody with kids and you understand it.

Disabilities have taken longer, due to people thinking it is always someone else. That is changing a lot. We all know people now with some form of disability. The disabilities are not just

Par ailleurs, le Fonds d'intégration des personnes handicapées fait l'objet de dépliants qui sont distribués dans la collectivité dans les domaines pertinents, même au niveau provincial. C'est un des moyens que nous prenons pour rejoindre les gens. Comme Mme Muir l'a mentionné, nous devons améliorer notre diffusion de l'information. Cependant, jusqu'à maintenant, nous avons tâché de travailler en partenariat. Le gouvernement fédéral ne fait pas cavalier seul; il travaille avec les communautés dans ce domaine.

Le sénateur Cook : Je vous félicite de votre énoncé de mission. Il est très complet et fort ambitieux. Il y a ici une personne doublement éprouvée, puisqu'elle est handicapée sur le plan mental et physique. D'après ce que je vois et ce que j'entends ici, c'est un cas très fréquent. J'essaie de comprendre comment tous ces merveilleux programmes fédéraux pourraient être mis à la disposition du consommateur de la façon la plus simple possible. Comment les gens sont-ils informés de l'existence de ces programmes? J'ai entendu certaines de vos réponses et, bien qu'elles soient bonnes, nous devons faire plus.

C'est un horizon assez long. Pourrions-nous avoir accès aux formules dont les provinces se servent pour ces ententes qui représentent des sommes énormes? L'entente relative au marché du travail représente 223 millions de dollars et il y a probablement d'autres sommes d'argent en jeu.

J'ai fait du bénévolat pendant 25 ans auprès de cette clientèle et je peux vous dire que j'ignorais l'existence de toutes ces excellentes mesures. Je pensais que je devais m'adresser à l'organisme gouvernemental de ma province. Nous devons absolument nous pencher sur cette question. Votre énoncé de mission est magnifique. Je vois des choses comme sans but lucratif et le reste, mais je me préoccupe de la personne qui a non pas un mais deux handicaps.

À qui doit-on s'adresser? La nature particulière de la santé mentale est-elle bien reconnue ou comprise, à votre avis, par les programmes fédéraux ou les responsables des organismes fédéraux qui les mettent sur pied?

Mme Muir : J'aimerais réagir à votre dernière intervention. Les personnes handicapées, y compris celles qui ont un handicap mental, sont considérées comme très importantes depuis longtemps. Cependant, pour des raisons historiques, on ne les a peut-être pas considérées comme aussi prioritaires que d'autres domaines de la politique sociale.

Le moment est venu d'accorder plus d'importance à ces questions, notamment les handicaps mentaux et autres. Nous sommes plus que jamais auparavant confrontés à cette réalité. C'est, entre autres, par suite de la mise en œuvre de programmes d'apprentissage et de soins de la première enfance, qui sont une priorité. Les gens se reconnaissent dans de telles mesures, ils comprennent la situation. Tout le monde comprend le problème et en assume la responsabilité. Même ceux qui n'ont pas d'enfants connaissent quelqu'un qui en a et comprennent la situation.

Il faudra attendre un peu plus longtemps pour que les gens comprennent les personnes handicapées parce qu'il s'agit toujours des autres. La situation est cependant en train de changer

physical or visible ones. They are much broader than that. We all have a family member or friend. We have an aging demographic, so disability is increasing.

We all own disability or we are starting to own it in a different way. The sense of social ownership is growing. We will see this become something that is much more in the national consciousness. People care about it much more. We are just getting there now. What we are dealing with presently are tools, instruments and programs that maybe are a reflection of a time when it was not as important to society as it is today. I hope that does not sound too flowery, but I truly believe that the social ownership is here now in a way that it was not, and that we are seeing the shortcomings of the tools we have. This is the reason that this committee and the work you are doing are so important. The time is now to think about how we need to improve in this area and the programs or funding levels really needed to make a difference.

To return to some items you said, Senator Cook, I should be careful to stress that the federal government works primarily through national organizations and the not-for-profit sector, and supports the provinces and territories in delivering the bulk of the services and programs to individuals. The individual really fits in more at the provincial, territorial and community level, of course, with the not-for-profit sector. What I do in particular for an individual person is very limited because of that, because it is more appropriately delivered at that community level. We try to fund the community, provinces and territories to do that. Can we do more? We hope we can.

I want to be careful not to leave the impression that we actually look after all the individuals at the federal level. We do not. We try to build the capacity in the community.

Does that help?

Senator Cook: That helps me to see the way. Is either one of you familiar with the Independent Living Resource Centre in St. John's or would that be a provincial entity?

Mr. Grujic: We fund the Independent Living Resource Centre through the national funding, and they fund it through that side of it. They provide services.

Senator Cook: That is a good news story.

Mr. Grujic: There is always a need for additional funding on that element. Also, they do a lot of work with the province, Newfoundland and Labrador, and the communities. It is not just us, but we help them in terms of supporting.

Senator Cook: Some of your funding goes there directly?

rapidement. Chacun de nous connaît quelqu'un qui a un handicap quelconque. Tous les handicaps ne sont pas physiques ou visibles. La définition de handicap est beaucoup plus large. Nous avons tous un membre de notre famille ou un ami handicapé. Et comme la population vieillit, les cas d'invalidité se multiplient.

Nous assumons tous les handicaps ou nous commençons à les assumer d'une nouvelle façon. Le sentiment de responsabilité sociale s'intensifie. Cette question fait de plus en plus partie de notre conscience nationale. Les gens s'en préoccupent beaucoup plus. Ils sont en train d'évoluer en ce moment. Nous travaillons avec des outils, des instruments et des programmes hérités d'une époque où cette question n'était pas aussi importante pour la société qu'elle l'est aujourd'hui. Sans vouloir vous paraître trop idéaliste, je pense réellement qu'un sentiment de responsabilité sociale se développe et que nous commençons à percevoir les lacunes des outils dont nous disposons. Voilà pourquoi le travail de votre comité est si important. Le moment est venu de réfléchir aux améliorations qu'on peut apporter dans ce domaine et aux programmes ou au financement dont nous avons réellement besoin pour changer les choses.

Pour revenir à ce que vous avez dit, sénateur Cook, il faut bien comprendre que le gouvernement fédéral travaille essentiellement avec des organisations nationales et des organismes sans but lucratif, qu'il appuie les provinces et les territoires dans la prestation de la plupart des services et programmes qui s'adressent aux personnes handicapées. C'est au niveau provincial, territorial ou communautaire, bien sûr, auprès d'organismes sans but lucratif que la personne obtient les services. À cause de cet état de chose, j'ai des moyens très limités pour aider une personne donnée, parce que les services sont mieux dispensés au niveau communautaire. Nous essayons de financer les communautés, les provinces et les territoires pour qu'elles puissent offrir ces services. Pourrions-nous en faire davantage? Nous l'espérons.

Je ne voudrais pas vous donner l'impression que nous nous occupons de toutes les personnes handicapées au niveau fédéral. Ce n'est pas le cas. Nous tâchons de développer les capacités nécessaires dans les communautés.

Est-ce que cela vous est utile?

Le sénateur Cook : Ça m'aide à m'y retrouver. Est-ce que l'un d'entre vous a entendu parler du Independent Living Resource Centre de St. John's, ou s'agit-il d'un organisme provincial?

M. Grujic : Nous soutenons l'Independent Living Resource Centre par le truchement du mécanisme de financement national, qui s'occupe de verser les fonds. Le centre fournit les services.

Le sénateur Cook : C'est une bonne nouvelle.

M. Grujic : Cette catégorie de services a toujours besoin d'une aide financière supplémentaire. J'ajoute que le centre mentionné collabore aussi fréquemment avec les autorités de la province, Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi qu'avec les communautés. Il n'y a donc pas que nous d'engagés là-dedans, mais nous appuyons aussi l'organisme.

Le sénateur Cook : Est-ce qu'une part de votre argent lui est versée directement?

Mr. Grujic: It flows through them. It goes through the national organization, who then allocates it to the independent centres.

Senator Cook: Are there any more of those across the country?

Mr. Grujic: There are 21. Another three are in progress. Technically, there are 24 in total.

Senator Cook: They do wonderful work.

Mr. Grujic: They are a good partner with us. We have a long history with them, since 1989.

Senator Cook: Me too.

[*Translation*]

Senator Pépin: Thanks to the wealth of information that you have brought, I can see that you are doing a wonderful job. My colleagues and I will now have to find some way of dealing with the practical aspect.

I will go back to page 6. Eighteen organizations receive 5 million dollars in grants. The National Network for Mental Health receives $80,000 per year. Is that enough? Is it proportional to the 3.6 million people who suffer from mental illness? Are you satisfied with this amount? It is earmarked for mental health. You say that it is the only organization that provides mental health services.

Mr. Grujic: I can honestly say that the demand exceeds $5 million. Among the 18 organizations, there are about 10 that are dedicated to helping disabled groups. Groups with mental disabilities are part of their mandate and their approach. When the groups joined us and decided how they were going to share the funds, we acknowledged that there was a mental health component, but that there were also other groups, as Senator Cook has indicated. The independent living centres also provide services to people with mental health problems.

They do receive $80,000. There are other individual groups receiving $1 million, but with that money, they provide help to all of the groups of disabled persons at the same time. We decided to subsidize one group, but other groups also have a mental health component.

Senator Pépin: Does the Office for Disability Issues operate with a particular definition of mental disability?

Mr. Grujic: No.

Senator Pépin: Could the fact that there is no set definition explain why the amounts are not appropriate?

Mr. Grujic: We have been associated with the community since 1997. The groups look after anyone who comes to them, whether that person is mentally or physically disabled. We help them become more self-sufficient.

M. Grujic : Notre argent se rend jusqu'à lui. Il transite d'abord par l'organisme national, qui le répartit ensuite entre les divers centres indépendants.

Le sénateur Cook : Y en a-t-il d'autres ailleurs au pays?

M. Grujic : Il y en a 21. Trois autres sont en cours d'établissement. Il en existe donc officiellement 24 au total.

Le sénateur Cook : Ces centres font un travail admirable.

M. Grujic : Ils collaborent très bien avec nous. Notre partenariat remonte à 1989.

Le sénateur Cook : Mes liens à moi aussi.

[*Français*]

Le sénateur Pépin : Je constate, par l'imposante documentation reçue, que vous faites un travail extraordinaire. Mes collègues et moi-même s'interrogeons maintenant sur l'aspect pratico-pratique et tentons d'obtenir une réponse.

Je reviens à la page 6. Il y a 5 millions de dollars versés en subventions à 18 organismes. Le Réseau national pour la santé mentale reçoit 80 000 $ par année. Est-ce suffisant? Est-ce proportionnel au nombre de personnes souffrant de maladie mentale, soit 3,6 millions de personnes? Êtes-vous satisfaits de ce montant au départ? C'est particulièrement pour la santé mentale. Vous indiquez que c'est le seul organisme qui offre des services en santé mentale.

M. Grujic : La demande est plus grande que le 5 millions, je vous le dis honnêtement. Parmi les 18 organisations, il faut comprendre qu'il y en a peut-être une dizaine qui s'occupe de tous les groupes d'handicapés. Les groupes avec des déficiences mentales sont inclus dans leur mandat et cela fait partie de leur approche. Quand les groupes se sont joints à nous et qu'ils ont décidé comment ils allaient partager ces fonds, nous avons reconnu qu'il y avait un élément de santé mentale, mais aussi qu'il y avait d'autres groupes, comme l'a souligné le sénateur Cook. Les centres indépendants, eux aussi, dans leurs services, s'occupent des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Oui, ils reçoivent 80 000 $. D'autres groupes indépendants reçoivent un million de dollars, mais avec ce montant, ils s'occupent de tous les groupes de personnes handicapées en même temps. Nous avons pris la décision de donner les fonds à un groupe, mais les autres groupes aussi ont une responsabilité face à la maladie mentale.

Le sénateur Pépin : Est-ce que le Bureau de la condition des personnes handicapées utilise une définition particulière de l'incapacité mentale?

M. Grujic : Non.

Le sénateur Pépin : C'est peut-être parce que cela n'est pas défini d'une façon particulière que les montants ne sont pas appropriés?

M. Grujic : Nous sommes associés à la communauté depuis 1997. Les groupes s'occupent de toutes les personnes qui s'adressent à eux, qu'elles soient handicapées mentalement ou physiquement. Nous travaillons à responsabiliser ces personnes.

As to the $5 million, the demand is three to four times greater than that amount. We can only provide funding to national groups. I receive applications from two to 300 groups per year. The demand is too great.

We have not worked with mentally disabled persons for the past three or four years as they have found other resources. We do, however, work in partnership.

Senator Pépin: I am very much involved with military families, and more particularly with the wives of servicemen. In your 2004 report, you mentioned a strategy to help veterans suffering from post-traumatic stress syndrome. In order to help me understand, could you tell me how many people were provided with treatment, what was the length of their stay and follow-up, and how the families were included.

Ms. Muir: You would have to ask the Department of Veterans Affairs.

Senator Pépin: The question relates mostly to our young soldiers who have returned from a mission and who have been involved with this program for the past year. Since you have similar programs, do you know if they are well accepted and are doing a good job, or is that the responsibility of another department?

Mr. Grujic: We provide information, but we do not track these programs because it is the department's responsibility. However, we are interested in their impact and we do keep an eye on what the department is doing. We began about two years ago.

Senator Pépin: I would be surprised if Veterans Affairs is responsible for these programs because these are young men in their twenties who are being treated.

Senator Gill: Do you have an Aboriginal component?

[*English*]

Ms. Muir: The answer is no. We do not have a specific thrust for Aboriginal persons. This is something that we will address in our new forward-looking policy work because there is a high need. The rate of disability with Aboriginal persons is much higher than the rest of the population, including the rate for persons with mental disabilities.

We are looking at what the strategy is specifically for Aboriginal persons in our forward-looking policy. In terms of data, we do not have specific data. I have talked about the population size, but it is not specific to Aboriginal persons. They were not over-sampled, so we do not have greater detail about the incidents in the Aboriginal population. We need that. Statistics Canada is starting an Aboriginal data initiative and we will be working with them to collect better information for Aboriginal persons.

Pour ce qui est des cinq millions de dollars, la demande est de trois à quatre fois supérieure. Nous ne pouvons donner des fonds qu'aux groupes nationaux. Je reçois des demandes de deux à 300 groupes par année. La demande est trop grande.

Depuis trois ou quatre ans, nous ne travaillons plus avec des personnes souffrant de déficience mentale, celles-ci ayant trouvé d'autres ressources. Nous travaillons toutefois en partenariat.

Le sénateur Pépin : Je suis très impliquée auprès des familles de militaires, plus particulièrement les épouses de militaires. Dans votre rapport de 2004, vous parlez d'une stratégie pour venir en aide aux anciens combattants qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique. Afin d'y voir plus clair, j'aimerais savoir combien de personnes ont bénéficié des traitements, quelle fut la longueur de leur séjour et de leur suivi et de quelle façon les familles ont été impliquées.

Mme Muir : La réponse relève du ministère des Affaires des anciens combattants.

Le sénateur Pépin : En fait, il s'agit plutôt de nos jeunes soldats revenus de mission, qui suivent ce programme offert depuis un an. Puisque vous avez des programmes semblables, savez-vous si ces programmes sont bien acceptés et s'ils fonctionnent bien ou est-ce plutôt un autre département qui s'en occupe?

M. Grujic : Nous offrons de l'information, mais nous ne faisons pas de suivi des programmes parce que c'est la responsabilité du ministère. Cependant, nous nous intéressons à leur impact et suivons leur progrès auprès du ministère responsable. Nous avons commencé il y a à peine deux ans.

Le sénateur Pépin : Je serais quand même étonnée que ce soit les vétérans qui s'occupent de ces programmes parce que ce sont de jeunes hommes encore dans la vingtaine qui suivent ce traitement.

Le sénateur Gill : Avez-vous un volet autochtone?

[*Traduction*]

Mme Muir : La réponse est non. Nous n'avons pas de volet destiné de manière précise aux Autochtones. Nous allons cependant étudier la question lorsque nous élaborerons notre politique à venir, car les besoins à cet égard sont très aigus. La proportion d'Autochtones souffrant d'incapacités, y compris de déficience mentale, est beaucoup plus élevée chez les Autochtones que dans le reste de la population.

En préparant notre nouvelle politique, nous allons nous pencher sur la stratégie visant les Autochtones. Toutefois, nous ne disposons pas de données précises. J'ai parlé de la taille de la population, mais cela ne se rapporte pas précisément au groupe démographique autochtone. Ce dernier n'a pas fait l'objet d'un suréchantillonage, et nous n'avons donc pas de renseignements plus poussés sur les incidents qui y surviennent. Nous en avons besoin cependant. Statistique Canada s'apprête à lancer une initiative de collecte de données portant sur les Autochtones, et nous allons y participer afin de recueillir des renseignements de meilleure qualité à l'intention de ce groupe.

You are probably aware that one of the factors around the high rate of disability and mental disability in Aboriginal persons has to do with the incidence of fetal alcohol syndrome, which raises diabetic conditions as well. The answer is no.

[*Translation*]

We do not have a component for Aboriginal people at this time, but we are very much aware of their situation and we will be looking into it.

Senator Gill: Mr. Chairman, I do not think you need statistics before beginning to act. We already know about all of the problems. They mirror what is happening with the rest of the population. Sometimes, it is even worse. It makes no sense not to include Aboriginal people in this type of program. I would suggest that you include that in your recommendations. Some lobbying is required.

Mr. Grujic: The Aboriginal people are included in the group, but there is no specific component just for them. We support them in all of our programs.

Senator Gill: Through other organizations?

Ms. Muir: Yes.

Senator Gill: But you do not have a specific program for Aboriginal people.

Mr. Grujic: Precisely. Aboriginal groups have projects and we provide direct funding so that they can undertake the necessary research to help their communities. We do not target any particular group. We recognize that our priority is to work with them. The social affairs, science and technology committee from the Department of Human Resources and Skills Development has a budget of about $3 million for Aboriginal groups. These are the groups on the reserves. About 79 organizations work with Aboriginal disabled people, but through another department.

We also work with Indian and Northern Affairs Canada, as well as with some 30 departments. We try to work in partnership, because our funds are limited. We are trying to develop one supranational Aboriginal organization to help Aboriginal people in their community, because the demand is extremely high. We are working with a British Columbia group to create an organization that could meet the needs of Aboriginal people living on and off-reserve.

Senator Gill: I am greatly concerned by the problem of reintegrating Aboriginal people who are physically or mentally disabled into society, because the reintegration begins in the non-Aboriginal community. In terms of employment, there is perhaps not enough follow-up. I hope that the employers will not let these people go when the subsidy runs out. That is a basic issue. I hope that our recommendations will go even further.

Vous n'ignorez sans doute pas que l'un des facteurs expliquant le taux très élevé d'incapacités et de déficience mentale chez les Autochtones, est la forte incidence du syndrome de l'alcoolisation fœtale, qui entraîne aussi des cas de diabète. Cela dit, je le répète, la réponse est non.

[*Français*]

Actuellement, nous n'avons pas un volet pour les Autochtones, mais nous sommes très conscients de cette situation et nous allons sans doute la régler.

Le sénateur Gill : Monsieur le président, je ne pense pas que vous ayez besoin de statistiques pour commencer à bouger. Vous savez d'ores et déjà qu'il y a beaucoup de problèmes. C'est à peu près la même chose que dans le reste de la population. Parfois, c'est pire. Cela n'a aucun sens que les Autochtones ne soient pas considérés dans un tel programme. Je suggère donc que cela fasse partie de nos recommandations. Il faut faire des pressions.

M. Grujic : En fait, les Autochtones sont inclus dans le groupe, mais il n'y a pas de volet spécifique pour eux. Nous les appuyons dans tous nos programmes.

Le sénateur Gill : À travers d'autres organismes?

Mme Muir : Oui.

Le sénateur Gill : Vous n'avez cependant pas un programme spécifique pour les Autochtones.

M. Grujic : Exactement. Des groupes autochtones ont des projets et nous leur fournissons directement les fonds pour qu'ils fassent les recherches nécessaires pour aider leurs communautés. Nous ne ciblons aucun groupe en particulier. Nous reconnaissons qu'il est prioritaire de travailler avec eux. Le département des ressources humaines et du développement Comité des affaires sociales, des sciences et de la technologie dispose d'un budget d'environ 3 millions pour les groupes autochtones. Ce sont des groupes de réserve. Environ 79 organisations travaillent avec des Autochtones handicapés, mais il s'agit d'un autre ministère.

Nous travaillons également avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord ainsi qu'avec une trentaine de départements. Nous essayons de travailler en partenariat, car les fonds sont limités. Nous tentons de développer une organisation autochtone supranationale qui viendrait en aide aux personnes handicapées dans leur communauté, car la demande en ce sens est très forte. Nous travaillons avec un groupe de la Colombie-Britannique afin de créer un organisme qui pourrait répondre aux besoins des Autochtones vivant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves.

Le sénateur Gill : Le problème de la réinsertion sociale des Autochtones handicapés physiques ou mentaux me préoccupe énormément, parce que le travail de réinsertion se fait d'abord dans la société non autochtone. Au plan de l'emploi, le suivi n'est peut-être pas adéquat. J'espère que les employeurs ne licencient pas les personnes en processus de réinsertion quand la subvention est terminée. C'est une question primordiale. J'espère que nos recommandations iront plus loin.

[*English*]

Senator Cochrane: I am also making a pitch here for my colleagues' idea of putting forth a community centre in various regions for the mentally disabled. I am saying that because, in hearing from those people that we have already seen, and we have witnessed these individuals personally because they appeared before us in Ontario when our committee was there, they were telling us that the best approach to helping each other in regards to improving their situation is within the social context. If they can talk about their problems and solutions with each other, what better context would there be but in a community centre? This will greatly improve their medical situation, their whole disability. They have told us that. To me, it is the direct contact with these people and the information we get from them that will help us improve any program we put forth. That is one point.

My other question was, do you think that the specific nature of mental illness is adequately recognized and understood, in federal programs benefiting persons with disabilities?

Ms. Muir: I cannot speak for any programs except the ones at Social Development Canada because I do not have the expertise. If I were to look at the programs that we have for persons with disabilities within Social Development Canada, they are not targeted to any particular disability. They are not huge programs in terms of dollars. They are limited. I would have to say, that reality does not recognize mental disabilities as a huge piece. That reality tells the picture that the funding programs are very limited for disabilities in general and that is a tough reality for us right now.

Senator Cochrane: Do you think mental disabilities should be first and foremost?

Ms. Muir: I do not think I can place a priority on one type of disability over another. They are individual, as you know. I know you need to ask me those questions, but I do not think I could place a priority on one over another. They are all very tough.

Senator Cochrane: How many persons work on mental disability in the Office for Disability Issues?

Ms. Muir: We do not allocate the work by disability. It is a broader approach. For instance, in Mr. Grujic's group, which is the programs area, we have program officers who deal with each of the programs, and none of them are specific to a certain type of disability. They handle all the applications that come in. They deal with whichever stakeholder organizations are involved in those applications. It is not done by type of disability.

We have about 84 staff, in general, at the Office for Disability Issues. That is for programs, policy work, the outreach and coordination work, and internal management. It is not a huge area. It has staff, but it is not enormous.

[*Traduction*]

Le sénateur Cochrane : J'interviens ici en partie pour appuyer l'idée de mes collègues voulant qu'on crée des centres pour déficients mentaux dans diverses régions du pays. Si je le fais, c'est que nous avons déjà entendu des témoignages en ce sens de la part de déficients, lors des audiences que nous avons tenues en Ontario. Ils nous ont dit que la meilleure chose à faire pour s'entraider était de se rencontrer en groupe. Si les déficients peuvent discuter entre eux de leurs problèmes et des solutions à y apporter, quel meilleur endroit pour le faire qu'un centre communautaire? Cela améliorera considérablement leur condition de santé et leur situation générale. Ils nous l'ont dit. À mon avis, c'est grâce au contact direct avec ces gens et grâce aux renseignements qu'ils nous fourniront que nous réussirons à améliorer les programmes que nous mettrons sur pied. Voilà pour ma première observation.

En second lieu, estimez-vous que les programmes fédéraux destinés aux personnes souffrant de déficiences se fondent sur une connaissance réelle et précise et sur une véritable compréhension de la maladie mentale?

Mme Muir : Les seuls programmes dont je peux parler sont ceux de Développement social Canada, pour le reste, je n'ai pas les connaissances voulues. Concernant les programmes de Développement social Canada destinés aux personnes souffrant d'incapacités, je dirai qu'ils ne ciblent aucune déficience particulière. Ils ne reçoivent pas des crédits très élevés, mais au contraire plutôt modestes. Je dois reconnaître que dans les faits, on n'accorde pas énormément d'importance aux déficiences mentales. Les programmes de financement sont très limités pour les déficiences en général et c'est pour nous une dure réalité.

Le sénateur Cochrane : Pensez-vous que la déficience mentale devrait être placée au premier plan?

Mme Muir : J'aurais des difficultés à privilégier une déficience par rapport à une autre. Comme vous le savez, chaque déficience est particulière. Je sais que vous devez me poser ces questions, mais je vois mal comment je pourrais en privilégier une par rapport à une autre. Toutes les déficiences posent d'énormes problèmes.

Le sénateur Cochrane : Combien de personnes travaillent sur la déficience mentale au Bureau de la condition des personnes handicapées?

Mme Muir : Nous ne répartissons pas le travail selon la déficience. Notre approche est plus globale. Par exemple, dans le groupe de M. Grujic, qui s'occupe des programmes, des agents de programme s'occupent de chacun des programmes, aucun n'étant spécifique à une déficience donnée. Les agents traitent toutes les demandes qui sont soumises. Ils traitent alors avec un organisme ou un autre, selon celui qui s'occupe de ces demandes. Ce n'est pas organisé par déficience.

Le Bureau de la condition des personnes handicapées compte environ 84 employés. Cela comprend différents secteurs : programmes, élaboration de politiques, sensibilisation et coordination, ainsi que gestion interne. Nous avons donc du personnel, mais on ne peut pas dire que notre bureau soit énorme.

The Chairman: Thank you for coming. You have been so wonderfully candid, I would like to leave you with a question, which I recognize that you may not want to reply to in writing. I would be happy to have you sit down with me or with the committee staff. Here is the question; it is in response to Senator Cochrane's question.

The minute you bury mental disabilities with larger disabilities, inevitably because of what the word "disability" means, the mental side will get short shrift, not because anybody is doing something malevolent, but because that is just the way it is.

I would love your judgment when you think about it. Maybe the best analogy is affirmative action. Why was affirmative action started? Affirmative action was started not because the programs did not apply to everyone, but because it was understood that in order to begin to right the imbalance, because some groups were getting left out because they did not know how to deal with programs, affirmative action was necessary. The intention of affirmative action programs always is that once the balance is righted, then you do not need them any more.

In order to put mental disabilities into the same category as physical disabilities, do we need to begin for a decade or so with some separate programs akin to an affirmative action program, in order to begin to right the imbalance that clearly exists? I also ask that question to your colleague responsible for CPP Disability.

The reason I suggest you might not want to give us a written reply is, having been a deputy minister I know the process you would have to go through to get everybody to sign off to give us a written reply. I am interested in the personal judgment of the two of you and your colleagues, if you would not mind thinking about that and then talking to your staff. We are not quoting you.

That is a dilemma you face. On the one hand, you do not want to single out mental illness, and on the other hand, you have to right the imbalance. If you do not do some affirmative thing in the first place, how are you ever going to right the imbalance? We are wrestling with that. Because you have been so candid, your thoughts on those questions would be helpful to us.

Ms. Muir: I would be happy to reflect on that.

The Chairman: Perhaps you could talk to your colleague at CPP Disability as well.

Ms. Muir: I would be happy to do that. I have one word of caution. I am sure you have met with stakeholder organizations and representatives of the mental health field.

The Chairman: Yes.

Ms. Muir: We have many stakeholder organizations, and they are very passionate, as they should be, about what they do. You would need to be very cautious about how this would be received by other types of disability organizations, because they most certainly will be received. That is a note of caution.

Le président : Merci d'être venus. Vu la merveilleuse honnêteté dont vous avez fait preuve, j'aimerais vous poser une question, à laquelle j'ai conscience que vous ne voudrez peut-être pas répondre par écrit. Si vous vouliez vous entretenir avec moi ou avec le personnel du comité, nous vous en serions reconnaissants. Voici la question, qui reprend celle du sénateur Cochrane.

Dès que l'on fond la déficience mentale dans la masse des déficiences, l'acception du mot « déficience » étant ce qu'elle est, l'aspect mental devient secondaire, non pas par malveillance, mais simplement par la force des choses.

J'aimerais beaucoup que vous y réfléchissiez et que vous nous donniez votre opinion. Peut-être la meilleure comparaison est-elle l'action positive. Pourquoi a-t-on eu recours à l'action positive? Pas parce que les programmes ne s'appliquaient pas à tout le monde mais parce qu'on s'est aperçu que pour corriger le déséquilibre, parce que certains groupes étaient laissés pour compte parce qu'ils ne connaissaient pas les programmes, l'action positive était nécessaire. L'action positive est toujours une mesure temporaire, que l'on abandonne une fois l'équilibre rétabli.

Avant de mettre les déficiences mentales dans le même panier que les déficiences physiques, conviendrait-il, pendant une décennie environ, de commencer par des programmes distincts, afin de corriger le déséquilibre manifeste qui existe? J'aimerais aussi avoir l'opinion à ce sujet de votre collègue responsable de l'invalidité du RPC.

Si je suggère que vous vous absteniez de nous fournir une réponse écrite c'est que, ayant été moi-même sous-ministre, je connais le processus nécessaire pour obtenir l'approbation de tout un chacun avant de fournir une réponse écrite. Ce que j'aimerais, c'est avoir votre opinion personnelle, à tous les deux, ainsi que celle de vos collègues, si vous vouliez bien réfléchir à la question et en discuter avec votre personnel. Nous ne citerons pas ce que vous direz.

Vous vous trouvez face à un dilemme. D'une part, vous ne voulez pas isoler spécifiquement la maladie mentale, de l'autre, vous devez corriger le déséquilibre. Or, si vous n'avez pas recours à une action positive quelconque pour commencer, comment rectifierez-vous jamais le déséquilibre? La question est épineuse. Vu l'honnêteté dont vous avez fait preuve, nous serions très heureux d'avoir votre opinion sur ces questions.

Mme Muir : Je serai heureuse d'y réfléchir.

Le président : Peut-être pourriez-vous également vous entretenir avec votre collègue de l'invalidité du RPC.

Mme Muir : Je le ferai avec plaisir. J'ai toutefois une petite mise en garde : vous avez sans doute entendu le témoignage d'organismes et de représentants intéressés par la santé mentale.

Le président : Oui.

Mme Muir : Dans notre domaine, les intervenants foisonnent. Et leur action leur tient beaucoup à cœur, ce qui est une bonne chose. Mais cela vous obligerait à faire preuve de beaucoup de prudence pour éviter les réactions négatives de la part des organismes s'occupant d'autres déficiences, car des réactions, vous en aurez. Je voulais juste vous mettre en garde.

The Chairman: The beauty of our position, of course, is that being popular is not a requirement for keeping our position.

Ms. Muir: It is not in your work description.

The Chairman: Our inclination, as it was in the previous report for which we got hammered — and now across the country, the Romanow report has disappeared and most of the pieces of our report are starting to happen — we recognize that some people will not like some of the things we say. We are not picking on anybody, but that is reality.

Ms. Muir: I am happy to reflect on this, and I will be back in touch with you.

The Chairman: Thank you. Senators, our last panel this morning is Phil Upshall, National Executive Director of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, along with Dr. John Service, the chair of the board. We also have with us Bernice Downey, Executive Director of National Aboriginal Health Organization, and Larry Gordon, Chairman of the National Inuit Committee on Health.

Please keep in mind that because the Senate sits at 1:30, we have to adjourn at 1:25. I would like as much time for questions as possible. Please keep your opening statements short, because we can always read the material you gave us.

Mr. Larry Gordon, Chairman, National Inuit Committee on Health, Health Department, Inuit Tapiriit Kanatami: In my role as chair of the National Inuit Committee on Health, I would like to provide you with an overview of the Inuit perspective and some recommendations for your reports.

As Inuit, we are a young and growing population. There are roughly 50,000 of us living across the Canadian Arctic in 53 remote and isolated communities. This area covers approximately one-third of Canada. As a national organization, ITK works with the Inuit regions to improve living conditions and to help solve economic and social problems.

Today's topic is relevant in that mental well-being and suicide prevention has been the number one priority for Inuit nationally. As Inuit, we do not separate mental and physical health. We like to speak of the total well-being of a person. There is an immediate need for action on mental health in Inuit regions, as evidenced by our suicide rates, which are 11 times the national average. Inuit have embraced the federal commitment to a renewed relationship and believe that a further commitment for an Inuit-specific mental health strategy is important.

As believers in the holistic approach, total well-being cannot be improved by health services alone. Improvements to economic conditions, housing, education, environment, justice, infrastructure and relationships with many stakeholders are

Le président : L'une des beautés de notre travail, bien sûr, est que point n'est besoin de courtiser la popularité pour rester sénateur.

Mme Muir : Effectivement.

Le président : Nous avons pleinement conscience du fait que nos conclusions déplairont à certaines personnes, non que nous ayons une dent contre quiconque. C'est simplement une réalité incontournable. On l'a constaté avec notre dernier rapport, qui a suscité un tollé; cependant, de par le pays, on constate à présent que le rapport Romanow a disparu, alors que la plupart des éléments de notre rapport commencent à se mettre en place.

Mme Muir : Je serai heureuse de réfléchir à votre question et je communiquerai avec vous.

Le président : Merci. Sénateurs, le dernier groupe que nous entendons ce matin est Phil Upshall, directeur exécutif national de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne, qui est accompagné du Dr John Service, président du conseil d'administration. Nous avons également avec nous Bernice Downey, directrice exécutive de l'Organisation nationale de la santé autochtone, ainsi que Larry Gordon, président du Comité national sur la santé des Inuits.

N'oubliez pas que le Sénat siège à 13 h 30 et que nous devons, par conséquent, lever la séance à 13 h 25. Comme nous voudrions pouvoir poser autant de questions que possible, je vous demanderais de garder vos remarques préliminaires aussi brèves que possible. Nous pouvons toujours lire les documents que vous nous avez remis.

M. Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits, Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami : En tant que président du Comité national sur la santé des Inuits, je voudrais vous donner une idée du point de vue inuit et suggérer quelques orientations pour vos rapports.

Les Inuits sont un peuple jeune, en pleine croissance. Nous sommes environ 50 000 à vivre d'un bout à l'autre de l'Arctique canadien, dans 53 communautés reculées et isolées. C'est une superficie qui représente à peu près le tiers du Canada. ITK est un organisme national qui travaille avec les régions inuites afin d'améliorer les conditions de vie et de résoudre les problèmes sociaux et économiques.

La question d'aujourd'hui est importante, vu que le bien-être mental et la prévention du suicide constituent la première priorité nationale des Inuits. En tant qu'Inuits, nous ne séparons pas la santé mentale et physique. Nous pensons au bien-être d'ensemble d'une personne. Il existe un besoin criant de mesures en faveur de la santé mentale dans les régions inuites, comme en atteste notre taux de suicide, onze fois supérieur à la moyenne nationale. Les Inuits sont heureux de l'engagement pris par le fédéral envers un renouvellement de la relation. Nous estimons important un engagement plus marqué en faveur d'une stratégie de défense de la santé mentale propre aux Inuits.

Partisans d'une approche holistique, nous estimons que le bien-être d'ensemble ne saurait être amélioré uniquement par des services de santé. Il faut y joindre une amélioration dans toute une série de domaines : des conditions économiques, le logement,

needed. Programs based on the unique cultural needs of Inuit regions and communities can and will address the factors that affect our mental well-being.

In many regions, housing shortages have reached crisis proportions in our area. The mental impact on families so crowded that people must sleep on the floors and in shifts cannot be underestimated in our region. Homeless people drift from relative to relative to find a spot for the night. A federal housing program in the Arctic Inuit regions would not only resolve the housing shortages, but it would also alleviate some of the social problems such as family violence and addictions.

Many Inuit, both young and old, face issues of food security. Unemployment rates are high. The cost of living is even higher. The cost of living for our traditional food has also gone up.

Our total well-being continues to be affected by past and ongoing societal transition, including relocation and residential schooling. Studies by the Aboriginal Healing Foundation have illustrated multi-generational damage to families and communities that arose from residential school.

We would like to ask the committee to consider the impact of these factors on mental well-being and to recognize that in order to improve mental health, we need to implement strategies both within the health system and outside. We need to work with many partners in equal and equitable relationships to improve our health. Policies and programs that work best for Inuit must be initiated, designed, delivered and administered by Inuit. Inuit knowledge and culture is central to our health and well-being. Inuit wisdom and ways must be incorporated into the health system. It is encouraging to see that recommendation 1.2 in Report 3 of the committee's interim report, *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada* is for culturally appropriate delivery of services and supports.

Because the Inuit live in such a wide range of Canada, our programs and policies must be broad-based and flexible in order to accommodate all regions in the Inuit world. As well, they should have an impact on women and men similarly.

In the committee's second report, *Mental Health Policies and Programs in Selected Countries*, we noted that the Australian National Health Strategy recognizes the different histories and circumstances of each jurisdiction and the need for plans to be based on analysis of local population needs. This approach is consistent with the Inuit-specific approach that we are advocating.

l'instruction, l'environnement, la justice, l'infrastructure et les rapports avec de nombreux intéressés. Nous sommes persuadés que des programmes axés sur les besoins culturels uniques des régions et des collectivités inuites peuvent remédier aux facteurs qui affectent notre bien-être mental.

Dans bien des régions inuites, la pénurie de logement fait rage. Il ne faut pas sous-estimer les retombées sur la santé mentale de situations où les familles s'entassent à un point où certaines personnes doivent dormir par terre ou attendre leur tour pour dormir. Les sans-abri, quant à eux, font la tournée de leur parenté pour tâcher de trouver un endroit où passer la nuit. La création d'un programme fédéral de logements dans les régions inuites de l'Arctique remédierait à la pénurie de logements et atténuerait, en outre, certains problèmes sociaux comme la violence familiale et les dépendances.

Pour beaucoup d'Inuits, jeunes et vieux, la sécurité alimentaire est un problème. Le taux de chômage est élevé. Le coût de la vie est faramineux. Même le coût de nos aliments traditionnels a augmenté.

Notre bien-être d'ensemble continue d'être touché par la transition sociale passée et actuelle, y compris l'installation dans de nouveaux lieux et la question des pensionnats. Les études effectuées par la Fondation autochtone de guérison ont montré que la scolarisation dans les pensionnats a des répercussions sur plusieurs générations d'une même famille ainsi que sur les collectivités.

Nous aimerions que le comité tienne compte de l'impact de ces facteurs sur le bien-être mental et qu'il reconnaisse qu'afin d'améliorer la santé mentale, nous devons mettre en œuvre des stratégies tant à l'intérieur du système de santé qu'à l'extérieur. Nous devons travailler avec beaucoup de partenaires dans des relations égales et équitables afin d'améliorer notre santé. Les politiques et programmes qui fonctionnent le mieux pour les Inuits doivent être instaurés, conçus, fournis et administrés par les Inuits. Les connaissances et cultures inuits sont au cœur de notre santé et de notre bien-être. La sagesse et les coutumes inuites doivent être intégrées au système de santé. Il est encourageant de constater que la recommandation 1.2 du rapport n° 3 du rapport provisoire du comité intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, vise la prestation de services et de moyens de soutien compatibles avec la culture des patients/clients.

Puisque les Inuits habitent une si grande étendue du Canada, nos programmes et politiques doivent être généraux et souples afin de satisfaire toutes les régions du monde inuit. En outre, ils devraient avoir un impact semblable sur les femmes et sur les hommes.

Dans le deuxième rapport du comité intitulé *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, nous avons constaté que la stratégie australienne en matière de santé mentale reconnaît les conditions et les contextes historiques différents de tous les secteurs de compétence et la nécessité que les plans en matière de santé mentale reposent sur une analyse des besoins de la population locale. Cette approche cadre avec l'approche ciblée sur les Inuits que nous préconisons.

We want to work together and share information, experiences and expertise across jurisdictional barriers. At present, it is difficult for Inuit to surmount these barriers. Volume 3 of your report identifies how issues of jurisdiction affect Aboriginal people. Some of our strategies will offer ways to address these. One is the Inuit-specific mental well-being framework. This reflects recommendations similar to the committee's, including a culturally competent continuum of services that includes traditional knowledge and practices based primarily in the home, community or region.

For Inuit, issues of access and coordination are enmeshed. Inuit need culturally relevant programs, activities, resources and strategies. Coordinated service networks are needed in regions and communities from agencies accountable to Inuit. Families need support to learn how to discuss emotions and to develop coping skills.

As Inuit, we are also concerned about staffing shortages and the poor geographic distribution of mental health and addictions professionals. To deal with capacity issues, we must build on existing strength by including elders and by offering training and developing opportunities to meet regional and community needs.

We can promote and adapt Inuit traditional knowledge and knowledge from other sources to train both Inuit and non-Inuit in culturally appropriate healing practices. Technologies such as distance education and telehealth can be useful.

The key to capacity is adequate, flexible, ongoing funding for human resources and infrastructure as well as new program dollars. A variety of mechanisms are needed to coordinate and integrate the system. ITK has proposed to work with the First Nations and Inuit Health Branch to create an Inuit health directorate within the branch. If developed appropriately, the directorate could coordinate and integrate federal programs and services offered to Inuit.

Report 1 of the committee's interim report, *Mental Health, Mental Illness and Addictions: Overview of Policies and Programs in Canada*, noted the lack of data on Aboriginal mental health. For Inuit in particular, our information is missing or mixed in with the data that includes other Aboriginal peoples. Without the correct Inuit health stats, development and evaluation of programs and services will not be based on reliable evidence.

It is not possible to discuss mental health without discussing suicide. Our *National Inuit Youth Suicide Prevention Framework* was developed by our National Inuit Youth Council, NIYC, which represents Inuit youth under the age of 30. Suicide prevention is one of the priorities for our Inuit youth. The framework recognizes that people who are totally well will not

Nous voulons travailler ensemble et partager des renseignements, des expériences et des expertises en surmontant les obstacles juridictionnels. Actuellement, il est difficile pour les Inuits de surmonter ces obstacles. Le volume 3 de votre rapport explique comment les questions juridictionnelles touchent les peuples autochtones. Certaines de nos stratégies offriront des moyens de s'y attaquer. Il y a notamment le cadre de bien-être mental propre aux Inuits. Cela reflète des recommandations semblables à celles du comité, dont un continuum de services adaptés à la culture et assorti des connaissances et pratiques traditionnelles fondées sur la famille, la collectivité ou la région.

Pour les Inuits, les questions de l'accès et de la coordination sont imbriquées. Les Inuits ont besoin de programmes, d'activités, de ressources et de stratégies culturellement significatifs. Il faut des réseaux de services coordonnés dans les régions et collectivités, offerts par des agences responsables devant les Inuits. Les familles ont besoin d'appui pour apprendre comment discuter des émotions et perfectionner les habiletés d'adaptation.

En tant qu'Inuits, nous nous préoccupons également de la pénurie de la main-d'œuvre et de la mauvaise distribution géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie. Afin de s'attaquer aux problèmes liés à la capacité, nous devons tabler sur nos forces actuelles en faisant participer les aînés et en offrant de la formation et en créant des occasions de répondre aux besoins régionaux et communautaires.

Nous pouvons promouvoir et adapter les connaissances traditionnelles inuites et les connaissances d'autres sources pour former les Inuits ainsi que les non-Inuits aux pratiques de guérison propres à la culture. Les technologies telles que l'éducation à distance et la télésanté peuvent être utiles.

L'important quant à la capacité, c'est d'avoir un financement adéquat, souple et permanent des ressources humaines et de l'infrastructure ainsi que d'avoir du nouveau financement de programmes. Il faut divers mécanismes pour coordonner et intégrer le système. ITK se propose de travailler avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour créer une direction de la santé inuite au sein de la direction générale. Si on fait ça comme il faut, la direction pourrait coordonner et intégrer les programmes et services fédéraux offerts aux Inuits.

Le rapport 1 du rapport provisoire du comité, intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, a fait état du manque de données sur la santé mentale autochtone. Pour les Inuits plus précisément, nos données manquent ou sont mélangées avec les données concernant les autres peuples autochtones. Sans les bonnes statistiques sur la santé inuite, la conception et l'évaluation de programmes et services ne reposeront pas sur des données sûres.

Il est impossible de parler de la santé mentale sans parler du suicide. Notre cadre de travail national sur la prévention du suicide chez les jeunes Inuits a été établi par notre conseil national des jeunes Inuits, NIYC, qui représente les jeunes Inuits âgés de moins de 30 ans. La prévention du suicide est l'une des priorités de notre jeunesse inuite. Le cadre de travail reconnaît que les gens

harm themselves and, therefore, emphasizes the importance of developing and protecting mental well-being as a measure to prevent suicide.

qui sont en bonne santé ne se feront pas du mal, et met donc l'accent sur l'importance de favoriser et de protéger le bien-être mental comme mesure de prévention du suicide.

The youth have suggested that Inuit work together across jurisdictions to network and learn from Inuit in all regions of the Circumpolar Arctic. We can develop our own definitions of suicide, depression, mental illness and mental well-being. We can do appropriate research in Inuit regions and establish treatment strategies. To do this, we need mental wellness resource people in all Inuit communities, regionally and nationally.

Les jeunes ont suggéré que les Inuits de toutes les régions de l'Arctique circumpolaire forment des réseaux et apprennent les uns des autres. Nous pouvons concevoir nos propres définitions du suicide, de la dépression, de la maladie mentale et du bien-être mental. Nous pouvons mener des recherches pertinentes dans les régions inuites et construire des stratégies de traitement. Pour ce faire, il nous faut des personnes-ressources en matière de santé mentale dans toutes les localités inuites, à l'échelle régionale et nationale.

Government, Inuit elders, adults, youth and organizations must commit to listening to each other, and involve each other meaningfully in decision making. Schools can support the development of total well-being by providing academic development, healthy physical activity and teaching coping and relationship skills. Community youth groups can be active in role modelling cultural activities and can be trained in suicide prevention.

Les gouvernements, les aînés inuits, les adultes, les jeunes et les organisations doivent s'engager à s'écouter les uns les autres et à faire en sorte que tous les intervenants participent de façon constructive à la prise de décisions. Les écoles peuvent contribuer à l'atteinte du bien-être global en offrant des programmes de perfectionnement scolaire, des activités axées sur la santé physique et de la formation sur la capacité de faire face à l'adversité et de nouer des relations. Les groupes communautaires voués aux jeunes peuvent aider à créer des modèles au chapitre des activités culturelles et leur personnel peut être formé en prévention du suicide.

NIYC's solid commitment to addressing Inuit suicide has led to the creation of a dynamic suicide prevention public service announcement and a youth suicide prevention walk from Duncan, B.C., to Ottawa, which is now in progress.

L'engagement ferme du NIYC en faveur de la lutte contre le suicide chez les Inuits a mené à la création d'un message d'intérêt public percutant et d'une marche de jeunes à partir de Duncan en Colombie-Britannique jusqu'à Ottawa pour la prévention du suicide. Cette marche est en cours actuellement.

The funding provided to Inuit youth for these important initiatives is provided year to year with no guarantees, despite the success the work had in outreach to Inuit youth who are the most at-risk population for suicide in all of Canada.

Le financement dont bénéficient les jeunes pour ces activités importantes est versé annuellement, sans garantie de reconduction, malgré les succès obtenus grâce au travail de sensibilisation des jeunes Inuits qui constituent la population la plus vulnérable au suicide de tout le Canada.

Our population is growing faster than any other in Canada. We must instill and retain pride in our culture by providing supports to insure Inuit values, language and traditions. The key to our culture is language. We need to preserve, promote and enhance Inuktitut across all Inuit regions. In some regions, we need to augment Inuktitut curricula. We need to promote life and well-being, build strong communities, add holistic suicide-prevention strategies, plus include employment and transitional programs, programs for trades and high school equivalency, housing for young adults and more. New and existing early childhood programs strengthen a child's foundation. Positive media campaigns directed at Inuit youth could encourage discussion and reduce stigma. Regional crisis lines and youth elder centres in each community could provide support.

Notre population croît plus rapidement que celle de tout autre groupe au Canada. Nous devons susciter la fierté de notre culture et nourrir ce sentiment en appuyant la survie des valeurs, de la langue et des traditions inuites. La langue est la clé de notre culture. Nous devons préserver, promouvoir et rehausser l'inuktitut dans toutes les régions inuites. En outre, dans certaines régions, nous devons étoffer les programmes scolaires en inuktitut. Nous devons mettre en valeur la vie et le bien-être. Il faut bâtir des communautés solides, concevoir des stratégies globales de prévention du suicide et offrir des programmes d'emploi et de transition, des programmes axés sur les métiers et sur les équivalences du cours secondaire ainsi que des programmes de logement pour jeunes adultes, notamment. Les programmes actuels et futurs voués à la petite enfance renforcent les aptitudes fondamentales de l'enfant. Des campagnes médiatiques positives destinées aux jeunes Inuits pourraient favoriser le dialogue et atténuer les perceptions négatives. La mise sur pied de lignes d'écoute téléphonique régionales et de centres pour jeunes et aînés dans chaque communauté permettrait aux jeunes de bénéficier d'un soutien social.

In summary, Inuit will make their own decisions about maintaining and improving their total well-being, but we need individuals like you who are listening, writing reports and making recommendations to help us. We hope you have heard today what Inuit know about what is needed and are committed to addressing the issues of mental well-being and health. We need resources and partnerships that will implement positive change to our current systems.

En résumé, les Inuits prendront ainsi leurs propres décisions sur l'amélioration et la préservation de leur bien-être global, mais, pour ce faire, nous devons d'abord être entendus par des personnes telles que vous, qui nous écoutent, qui préparent des rapports et qui formulent des recommandations afin de nous aider. Nous espérons vous avoir communiqué aujourd'hui les besoins des Inuits tels que nous les connaissons, et vous avoir montré que nous sommes déterminés à faire progresser la question du bien-être et de la santé mentale. Il nous faut des ressources et des partenariats qui permettent d'améliorer nos systèmes actuels.

The last two pages in the handout we have given you are the websites of other information on Inuit that you may require.

Les deux dernières pages des documents que nous vous avons remis contiennent les adresses des sites Internet ainsi que de plus amples renseignements sur les Inuits qui pourront vous être utiles.

The Chairman: Thank you for your presentation. Next we have Bernice Downey, the Executive Director of the National Aboriginal Health Organization. Your organization testified before us earlier on and when we were doing our original acute care study. Thank you for coming back.

Le président : Merci de votre exposé. La prochaine intervenante est Bernice Downey, directrice exécutive de l'Association nationale de la santé autochtone. Votre organisation a déjà comparu devant notre comité alors que nous étudiions les soins actifs. Merci de revenir témoigner devant nous.

Ms. Bernice Downey, Executive Director, National Aboriginal Health Organization: I would like to thank you for this opportunity to present on this very important area of mental health. In the interests of time, the focus of the presentation will be on First Nations and Metis. Mental health, mental illness and addictions are of fundamental importance to Aboriginal peoples. These issues have consistently been identified as priorities that sadly continue to be in a state of crisis in our communities.

Mme Bernice Downey, directrice administrative, Organisation nationale de la santé autochtone : J'aimerais vous remercier de nous donner l'occasion de vous parler de ce volet important des soins de santé mentale. Comme le temps nous est compté, nous allons nous concentrer sur la santé des Premières nations et des Métis. La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie revêtent une importance fondamentale pour les peuples autochtones. Ces questions sont toujours demeurées prioritaires car, malheureusement, elles continuent de placer nos communautés en état de crise.

The National Aboriginal Health Organization, NAHO, is an Aboriginal designed and controlled NGO with membership of our five national political organizations: Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami, the Native Women's Association of Canada, the Congress of Aboriginal Peoples and the Metis National Council. The organization is comprised of three centres of excellence being the First Nations, Inuit and Metis centres, as well as supporting units.

L'Organisation nationale de la santé autochtone ou ONSA est une ONG conçue et contrôlée par les Autochtones et dont nos cinq organisations politiques nationales sont membres : l'Assemblée des Premières nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, l'Association des femmes autochtones du Canada, le Congrès des peuples autochtones et le Ralliement national des Métis. Notre organisation comprend trois centres d'excellence, soit le centre des Premières nations, celui des Inuits et celui des Métis, de même que d'autres unités de soutien.

Our focus is on knowledge translation with development, implementation and dissemination of information related to awareness, health promotion, health careers, research and traditional knowledge. We have just wrapped up our first mandate of five years, and we are embarking on our second. We are detailing the finalization of that now.

Notre objectif premier est de traduire les connaissances grâce à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion d'information sur la sensibilisation, la promotion de la santé, les professions liées à la santé, la recherche et les connaissances traditionnelles. Nous venons d'achever notre premier mandat de cinq ans et nous entamons notre deuxième mandat. Nous en somme actuellement à peaufiner les détails.

As we are positioned in this next mandate, the wealth of information that has gone out from our three centres of excellence in a wide area of topics related to Aboriginal health is immense. We have embarked on strategies and products. I refer you to our website for further information. Relevant to this topic, currently our First Nations Centre is working on a suicide-prevention tool kit. Communities are asking for concrete solutions and help, and ways to deal with what is going on. They need something in the short term. Communities are encouraged to adapt these tool kits

Au moment où nous amorçons notre deuxième mandat, la richesse des informations sur un vaste éventail de sujets émanant de nos trois centres d'excellence est énorme. Nous avons créé des stratégies et des produits. Je vous invite d'ailleurs à consulter notre site Internet pour obtenir de plus amples renseignements. À ce sujet, notre centre des Premières nations élabore une trousse d'outils sur la prévention du suicide. Les communautés nous demandent des solutions concrètes et de l'aide, ainsi que des conseils sur la façon de composer avec la situation actuelle. Elles

to meet their own needs. The tool kit provides information and research on suicide prevention to increase awareness and encourage discussion.

ont besoin d'aide concrète à court terme. Nous encourageons les communautés à adapter ces trousses à leurs besoins spécifiques. Ces trousses, qui ont pour objet de sensibiliser les personnes concernées et de les encourager à dialoguer, contiennent des informations et des résultats de recherche sur la prévention du suicide.

Another example is NAHO has recently published its second issue of the *Journal of Aboriginal Health*, which is a publication sharing in-depth analysis of Aboriginal health issues. In the most recent issue, mental health is addressed in some of those papers.

En outre, l'ONSA a récemment publié la deuxième édition du *Journal de santé autochtone*, qui publie des analyses approfondies d'enjeux liés à la santé autochtone. Le plus récent numéro du journal contient des articles où il est question de santé mentale.

The Inuit centre has written a research paper on alcohol and problems in Inuit communities and recently launched an on-line health career database. NAHO hopes to undertake a project this year on the Summer Institute, a health learning institute, in order to address the wide range of topics that will advance some of the capacity-building that is required. Our activities are diverse and we are well positioned to inform the work of others.

Le Centre inuit a rédigé un rapport de recherche sur les problèmes associés à l'alcool dans les communautés inuites, et vient de lancer une base de données en ligne sur les carrières dans le domaine de la santé. L'ONSA espère entreprendre un nouveau projet cette année qui consiste en un atelier d'été, c'est-à-dire une formation dans le domaine de la santé, qui portera sur un vaste éventail de sujets propices à la réalisation des progrès nécessaires en matière de renforcement des capacités. Ainsi, nos activités sont variées, et nous sommes bien placés pour faire circuler les informations sur les travaux effectués par d'autres intervenants.

Each of these centres collaborated on the preparation of the brief distributed. Each provided comments for analysis of the issues and options reports, as outlined in the committee's request. The strengths and weaknesses of the options provided with respect to First Nations, Métis and Inuit have been examined. Our comments and recommendations are also provided.

Tous ces centres ont contribué à la préparation du mémoire que nous vous avons remis, et ont fourni des observations qui ont servi à l'analyse des questions et à la rédaction des opinions que le comité nous a demandées. Nous avons examiné les forces et les faiblesses des options qui ont été mises de l'avant pour ce qui est des Premières nations, des Métis et des Inuits. Ainsi, nous vous avons fait part de nos observations et de nos recommandations.

Critical to the whole presentation, as you will see in the briefs, is that while mental health, mental illness and addictions are issues that concern all peoples, we believe that the diversity that exists amongst Aboriginal peoples requires separate and specific analysis. Mental health is a priority in Inuit regions, but as Mr. Gordon outlined, there are several areas of priority that are required. I will not go into those in detail. He has outlined them very well.

Le facteur déterminant de notre exposé, comme vous le constaterez à la lecture de notre mémoire, repose sur le fait que, si la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie touchent tous les peuples, l'hétérogénéité des peuples autochtones exige des solutions distinctes et propres à ces peuples. La santé mentale est une priorité dans les régions inuites, mais comme l'a souligné M. Gordon, il y a plusieurs domaines qui sont prioritaires. Je ne vais pas entrer dans les détails car l'exposé de M. Gordon était fort éloquent.

The First Nations encounter specific access problems and receive services of diminished quality due to cultural and geographical barriers. The following options, in our opinion, seek to address these issues. The majority of professional education programs in Canada offer limited initiatives to support First Nations people. This undoubtedly contributes to the ongoing shortages of First Nations nurses, doctors and other professions. In addition, some of the professional programs offer only one or two seats, thus failing to provide First Nations students with a peer group that is necessary to effective learning. Further, given that education is a provincial responsibility, there is no national system or uniformity of access to such programs.

Les Premières nations sont confrontées à des problèmes spécifiques d'accessibilité, et reçoivent des services de moindre qualité à cause des barrières culturelles et géographiques. Or, selon nous, les options suivantes ont pour objet de remédier à ces difficultés. La plupart des programmes d'enseignement professionnel au Canada comportent peu d'initiatives de soutien aux Premières nations. Cela contribue sans aucun doute à la pénurie persistante de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé issus des Premières nations. En outre, certains de ces programmes ne réservent qu'une ou deux places à des candidats des Premières nations, ce qui ne permet pas de constituer un groupe d'étudiants issus des Premières nations qui soit suffisant pour favoriser un apprentissage efficace. En outre, comme l'éducation est un domaine de compétence provinciale, il n'existe aucun système national, ni aucune uniformité au chapitre de l'accès à ces programmes.

The Royal Commission on Aboriginal Peoples found that if they are to succeed in professional education programs, Aboriginal people require adequate financial support, academic support, personal and family support and professional support

La Commission royale sur les peuples autochtones a conclu que les Autochtones doivent disposer d'un soutien financier, scolaire, personnel et familial pour réussir leurs études professionnelles. Or, il leur faut également l'appui d'un noyau

from a core group of Aboriginal students. The relationship between knowledge translation and the need for culturally appropriate delivery of services and supports is recognized in many communities. We know that the mainstream approach to health care service delivery, while it addresses some of the needs, does not address all of them.

Approaches that have been targeted towards Aboriginal communities over the last 25 to 30 years, we know are not working. We know that some of the health statistics are worse than they ever were. I am sure this group has heard much about that over the course of these proceedings.

Evidence-based community research on knowledge translation is necessary to determine the impact on quality of health services and products, and availability and use of cutting-edge research for community programming.

Linked to, but distinct from, increasing the number of First Nations health professionals, are the continued education and training for community workers: mentoring and training focussed on youth and the empowerment of First Nations capacity to design, deliver and control community mental health services.

As I said earlier, there is a very good network in communities of paraprofessionals and nurses, but we have a shortage overall as we do elsewhere in Canada, but it is that much worse in communities. There is a good network of community health representatives and mental health care workers, which, with resources to augment those services, education and training, definitely can make a major contribution.

Further, given that education is a provincial responsibility, there is need for a national system. The Royal Commission on Aboriginal Peoples found that if they are to succeed, this ongoing multi-dimensional element of support is needed.

Further to the First Nations perspective, Canada does not currently collect data on an ongoing basis on the prevalence of mental illness and addictions among Aboriginal people, nor does it have a national suicide-prevention strategy. The following options seek to address these issues. Seek information on the needs of community professionals and paraprofessionals such as health and social workers at the community level. A holistic approach is required, not one specific solution. For example, training programs, curricula and other educational and resource material and services must be available to front-line workers.

d'étudiants autochtones. Le lien qui existe entre l'application des connaissances et la nécessité d'une prestation culturellement adaptée de services et de soutien est reconnu par de nombreuses communautés. Nous savons que les modes de prestation des soins de santé que l'on retrouve dans la société en général répondent à certains besoins mais pas à tous les besoins des peuples autochtones.

Nous savons que les initiatives des 25 ou 30 dernières années destinées aux communautés autochtones n'ont pas produit les résultats escomptés. Nous savons en outre que certaines des données sur la santé des Autochtones sont plus navrantes que jamais auparavant. Je suis certaine que votre comité en a beaucoup entendu parler pendant ces audiences.

Il est nécessaire de mener directement auprès des communautés des recherches sur l'application des connaissances afin de mesurer l'incidence de la qualité des services de soins de santé ainsi que les effets de la disponibilité et de l'utilisation de techniques de recherche de pointe pour la programmation communautaire.

La formation permanente et initiale des travailleurs communautaires est une question liée à l'augmentation du nombre de professionnels de la santé issus des Premières nations, mais constitue néanmoins un enjeu distinct. On entend par là le mentorat et la formation axée sur les jeunes, de même que le renforcement des moyens d'action des Premières nations sur le plan de la capacité à concevoir, dispenser et gérer des services communautaires de santé mentale.

Comme je l'ai mentionné précédemment, bien qu'il existe un excellent réseau d'infirmières et d'auxiliaires dans nos communautés, nous sommes confrontés à une pénurie générale de personnel comme c'est le cas ailleurs au Canada, et le manque d'effectif est beaucoup plus grave dans nos communautés. En outre, nous avons un bon réseau de travailleurs en santé communautaire et de professionnels de la santé mentale. Or, s'il s'accompagne des ressources nécessaires pour rehausser les services, l'éducation et la formation, alors il est évident que ce réseau pourra apporter une contribution majeure à la santé de nos communautés.

De plus, comme l'éducation est un domaine de compétence provinciale, nous devons nous doter d'un système national. Selon la Commission royale sur les peuples autochtones, la réussite des Autochtones dépend d'un soutien multidimensionnel constant, entre autres facteurs.

Pour ajouter au point de vue des Premières nations, à l'heure actuelle, le Canada ne recueille pas de données de façon continue sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies parmi les peuples autochtones. En outre, le Canada n'a pas adopté de stratégie nationale de prévention du suicide. Les options suivantes ont pour objet de remédier à ces problèmes. Il faut recueillir des informations sur les besoins des professionnels et des travailleurs auxiliaires qui oeuvrent dans la communauté, tels que les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux. Ces données doivent être recueillies dans les communautés mêmes. Le Canada doit se doter d'une approche globale, et non d'une solution précise. Par exemple, les programmes de formation, les programmes scolaires et d'autres outils et services pédagogiques ou qui peuvent servir de ressources doivent être accessibles aux intervenants de première ligne.

Building partnerships with communities is critical in research and program development, which supports First Nations-driven research initiatives. As stated in the First Nations perspective on the Healthy Living Strategy, First Nations-driven research is required on appropriate measures of First Nations health and effective practices for achieving health improvements. The right of First Nations communities to own, control, access and possess information about their peoples is fundamentally tied to self-determination and to the preservation and development of their culture. Far too many First Nations communities are facing crisis situations on a continual basis. I would like to comment that we undertook focus groups in the development of the suicide-prevention tool kit. While it was well received, there is a cry for concrete initiatives and support so that community health workers can address the needs of their people. There has been quite a wait for something that they can take away and use in their day-to-day work because they do not have the access to professional psychiatric services on a regular basis. In many cases, crisis management commands the lion's share of already strained community resources, and strategic planning or prevention activities are considered a luxury. It is really the need to get at those upstream initiatives and prevention.

Il est essentiel d'établir des partenariats avec les communautés concernées pour élaborer des programmes et des protocoles de recherche, lesquels favorisent les initiatives de recherche émanant des Premières nations elles-mêmes. Comme l'indique le point de vue des Premières nations sur la Stratégie pancanadienne de vie saine, les recherches émanant des Premières nations sont un ingrédient essentiel de l'élaboration d'initiatives adéquates de santé autochtones et de l'adoption de pratiques efficaces permettant d'améliorer la santé. Le droit qu'ont les communautés des Premières nations de posséder et de contrôler les informations qui les concernent, et d'y avoir accès, est intimement lié à l'autonomie ainsi qu'à la préservation et au développement de leur culture. Les communautés des Premières nations qui sont perpétuellement confrontées à des situations de crise sont trop nombreuses. J'aimerais souligner que nous avons sollicité la participation de groupes témoins à l'élaboration de notre trousse d'outils sur la prévention du suicide. Bien que cette trousse ait été bien accueillie, les gens réclament à grands cris des initiatives concrètes ainsi que le soutien nécessaire pour que les travailleurs de la santé qui oeuvrent dans les communautés puissent répondre aux besoins des personnes qu'ils desservent. Il y a longtemps que ces professionnels attendent qu'on leur fournisse des outils dont ils pourraient se servir dans leurs tâches quotidiennes car ils n'ont pas accès à des services professionnels de psychiatrie régulièrement. Souvent, c'est la gestion de crise qui absorbe la plus grande part des ressources de la communauté alors qu'elles se font rares. En outre, la planification stratégique tout comme les activités de prévention sont perçues comme étant un luxe. Il est nécessaire de se pencher sur ces initiatives qui interviennent en amont et sur la prévention.

While Metis represent about 30 per cent of the total Aboriginal population in Canada, according to the 2001 census, the Metis continue to receive only limited access to Aboriginal health programming delivered by either federal or provincial governments or departments. For example, Metis do not have access to non-insured health benefits offered by Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch. There is a serious need for increased funding and capacity for Metis-specific research and knowledge-translation activities undertaken by, or in partnership with, Metis governments, organizations and communities. A comprehensive research strategy is also needed to determine the extent of mental health and addictions issues and incidents rates, for example, among Metis. Across the board, while we are gathering data and accumulating an evidence base for First Nations and Inuit, Metis lag far behind in gaining initial basic baseline data.

Bien que les Métis constituent environ 30 p. 100 de la population autochtone du Canada, selon le recensement de 2001, les Métis ne bénéficient toujours que d'un accès limité aux programmes de santé qui sont destinés aux Autochtones et qui sont dispensés par les gouvernements ou par des ministères fédéraux ou provinciaux. À titre d'exemple, les Métis n'ont pas droit aux services de santé non assurés offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Le gouvernement doit accroître le financement et les ressources destinés aux recherches et aux activités d'application des connaissances qui sont propres aux Métis et qui sont menées par des Métis ou par des partenariats qui comprennent des gouvernements, des organisations ou des communautés métis. Une stratégie globale de recherche doit également être adoptée afin de déterminer l'état de la situation au chapitre des maladies mentales et de la toxicomanie de même que les taux de prévalence de ces troubles chez les Métis, par exemple. De façon générale, alors que nous recueillons des données et que nous constituons une base de données fondée sur l'expérience des Premières nations et des Inuits, nous accusons un retard pour ce qui est de la collecte de données essentielles de base sur les Métis.

The report notes that the system is highly fragmented. This is a situation known too well to Metis groups. Part of the reason for this fragmentation is that Metis fall under provincial jurisdiction for health, which means as the report says, that Metis have access to programs and services on the same basis as other provincial residents. If you make the link back to the strong case in the

En outre, le rapport souligne que le système est très morcelé. C'est une situation que les groupes métis connaissent trop bien. Ce morcellement tient en partie au fait que la santé des Métis relève de la compétence des provinces, ce qui, comme l'indique le rapport, signifie que les Métis et les autres résidents de la province sont sur un pied d'égalité au chapitre de l'accès aux programmes

previous presentation around the need for a culturally specific approach, that does not fit for Metis, nor does it fit for First Nations or Inuit.

At the same time, Metis have limited access to federal health promotion activities, for example, HIV/AIDS and diabetes initiatives, but not others, a situation that fails to consider the collective inherent rights of Metis as one of the three constitutionally recognized Aboriginal peoples of Canada.

Developing a comprehensive plan for dealing with mental health, mental illness and addictions amongst Aboriginal Canadians, inclusive of Metis, hinges on the awareness of the governments to acknowledge and respect not only the jurisdictional rights of Metis, but also the concept of health and wellness from a Metis perspective. This includes the provision of services in Aboriginal language and the inclusion of traditional knowledge and healing practices.

In terms of area of interest from the mainstream perspective, we are now receiving many inquiries about how traditional knowledge factors into developing new approaches. When we look back over hundreds of years when mental health was not an issue in the way it is today for Aboriginal communities, we know the link is to traditional ways of living and traditional knowledge and healing approaches that were evident then. We know that, as we speak to our elders and speak to our traditional healers and undertake ceremony and integrate both the traditional aspects of life and the current mainstream ways that assist us as well, that is definitely a link to improved mental health.

The understanding of that is not clear yet. There is not a whole lot of support in terms of traditional knowledge. There are lots of issues related to traditional knowledge such as intellectual property rights, and protecting them. NAHO has put a lot of effort over the last few years, from an Inuit First Nation and Metis perspective, into the area of traditional knowledge and gathering up from our elders and from our traditional healers what was making sense before and trying to integrate it into what we are doing today.

I will comment from the Inuit perspective. The Métis Centre at NAHO has undertaken many areas of emphasis in the area of health and mental health, and is working with the Inuit Tapiriit Kanatami and around research initiatives with other centres and NAHO.

In closing, I want to say that at the beginning we talked about mental health, mental illness and addictions that are of concern to all people, but that diversity is really the notion to which special attention must be paid. Just as we now know that the mainstream

et aux services. Si l'on établit un lien avec les arguments convaincants présentés dans l'exposé précédent en faveur d'une approche adaptée à la culture de chaque peuple, on se rend compte que cette approche n'existe pas pour les Métis, ni d'ailleurs pour les Premières nations ou les Inuits.

Parallèlement, les Métis ont un accès limité aux activités fédérales de promotion de la santé, comme les initiatives de lutte contre le VIH/sida et le diabète. Cette situation ne vaut pas pour d'autres groupes, ce qui signifie que les droits collectifs inhérents des Métis ne sont pas considérés comme faisant partie des droits fondamentaux des trois peuples autochtones du Canada reconnus dans la Constitution.

Pour élaborer un plan exhaustif traitant de la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones, y compris les Métis, le gouvernement doit reconnaître et respecter non seulement les droits constitutionnels des Métis, mais également les concepts de santé et de bien-être qui sont particuliers aux Métis. Cela comprend notamment la prestation de services en langue autochtone et l'inclusion des connaissances et pratiques de guérison traditionnelles.

Passons maintenant à une question qui intéresse la société en général : nous recevons actuellement beaucoup de questions au sujet du rôle que jouent les connaissances traditionnelles dans l'élaboration de nouvelles approches. Quand nous retournons en arrière il y a plusieurs centaines d'années, quand la santé mentale ne posait pas le même problème qu'aujourd'hui pour les communautés autochtones, nous constatons que le lien se situe au niveau des modes de vie et des connaissances traditionnelles de même que dans les démarches de guérison qui prévalaient alors. Parce que nous discutons avec nos aînés et avec nos guérisseurs traditionnels, lorsque nous participons à des cérémonies et que nous intégrons les modes de vie traditionnels aux façons de faire actuelles de la société en général, qui nous sont également utiles, alors nous constatons qu'il y a là un lien avec l'amélioration de la santé mentale.

Nous ne comprenons pas encore tout à fait ce lien. Il n'y a pas beaucoup d'appui sur le plan des connaissances traditionnelles. Il y a beaucoup de questions liées aux connaissances traditionnelles, comme ce qui touche aux droits de propriété intellectuelle et à leur protection par exemple. L'ONSA a déployé des efforts considérables au cours des dernières années au chapitre des connaissances traditionnelles des Inuits, des Premières nations et des Métis, afin de recueillir de nos aînés et de nos guérisseurs traditionnels les connaissances qui étaient utiles et pertinentes auparavant, en vue de les intégrer à nos pratiques actuelles.

Je vais vous parler du point de vue des Inuits. Le Centre métis de l'ONSA a entrepris des initiatives dans de nombreux domaines importants de la santé et de la santé mentale, et travaille avec l'Inuit Tapiriit Kanatami et participe à d'autres projets de recherche en collaboration avec d'autres centres et avec l'ONSA.

En conclusion, j'aimerais dire que nous avons commencé par souligner le fait que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie préoccupent tous les peuples, mais, en réalité, l'hétérogénéité est le facteur sur lequel nous devons nous

approaches do not work, are not totally effective, we know that a cookie-cutter application to the three constitutionally recognized groups is not the answer either. It must be specific to the Nations.

We have strived as an organization to respect this diversity as well. A number of shared concerns or themes arise from the specific analysis in your briefs. For mental health care services to be effective, they must be culturally relevant. Our colleagues in New Zealand, as you see in your reports, have identified that this is a matter of safety. It is not just nice to have. There is a certain element of harm being done by not applying culturally relevant approaches to care.

I draw on an example from an Inuit elder who participates regularly in our NAHO proceedings as a board member. She said it all for me one day when she talked about the suicide of youth in her community. In the experience of this youth in attending school, he did try. He was a young boy. He went to school. He could not identify with what was being taught to him. He felt — I guess I would summarize to say — that it impacted his self esteem. What he was learning did not make sense. His environment did not fit his learning needs. He came away with the idea that he was the problem. When you think about the impact on that child's well being and his ability to think that he can achieve something in his life, what happened in that situation was a tragedy.

Do we make the connection to that learning environment and how it contributed to his mental health? Do we understand the research that is needed to explore those kinds of things? It was a very poignant story that brought it all home as to the problems in the north.

To have a fundamental impact on the mental health of Aboriginal peoples, a number of changes or actions must take place. Policies, programs and procedures developed by the government need to be respectful and inclusive of all First Nations, Métis and Inuit concepts of health and healing. Research must be driven, and where possible conducted, by First Nations, Metis and Inuit communities and individuals in accordance with the concepts of ownership, control, access and possession, OCAP.

The development and training of First Nations, Metis and Inuit mental health paraprofessionals, professionals and researchers must be a priority.

concentrer. Nous savons que l'approche qui s'applique à la société en général ne produit pas les résultats escomptés ou n'est pas totalement efficace chez les peuples autochtones. En outre, nous savons qu'une démarche unique destinée à ces trois groupes reconnus par la Constitution n'est pas non plus la bonne solution. Toute démarche doit être propre à chaque nation.

Comme organisation, nous avons tout fait pour respecter cette diversité. Les mémoires que vous avez reçus font état de préoccupations communes ou de thèmes communs qui se dégagent des analyses. Pour que les services de soins de santé mentale soient efficaces, il faut qu'ils soient pertinents sur le plan culturel. Comme vous le constaterez dans les rapports qui vous ont été soumis, nos collègues de la Nouvelle-Zélande estiment que c'est une question de sécurité. Il ne s'agit pas simplement d'un élément qu'il serait bon d'inclure dans nos programmes. Dans une certaine mesure, les peuples autochtones souffrent de l'absence d'une approche adaptée à leur culture en matière de soins de santé.

À titre d'exemple, je vais vous parler de ce que nous a raconté une aînée inuite qui participe régulièrement à nos réunions comme membre du conseil. Elle m'a fait part de cet exemple pendant qu'elle parlait du suicide d'un jeune dans sa communauté. Ce jeune a réellement voulu aller à l'école. C'était un jeune garçon. Il est allé à l'école. Il n'a pas pu s'identifier à ce qu'on lui enseignait. Pour résumer, j'imagine que je dirais que ce sentiment a eu des répercussions sur l'estime qu'il avait de lui-même. Il n'arrivait pas à comprendre ce qu'on lui enseignait. Le contexte scolaire ne répondait pas à ses besoins d'apprentissage. Il en a conclu que c'était lui qui était la source du problème. Il suffit de songer aux répercussions d'une telle situation sur le bien-être de cet enfant et sur sa capacité à imaginer qu'il pouvait réussir quoi que ce soit dans la vie pour se rendre compte que le dénouement de cette situation a été tragique.

Établissons-nous un lien entre le contexte d'apprentissage et l'effet qu'il a eu sur la santé mentale de cet enfant? Comprenons-nous qu'il faut effectuer des recherches pour mieux connaître ces phénomènes? C'est un récit très touchant qui illustre très bien les problèmes que vivent les habitants du Nord.

De nombreux changements doivent être apportés et de nombreuses initiatives doivent être entreprises afin que le dossier de la santé mentale des peuples autochtones progresse de façon significative. Les politiques, programmes et procédures adoptés par le gouvernement doivent respecter et inclure tous les concepts des Premières nations, des Métis et des Inuits au sujet de la santé et de la guérison. Ce sont les Premières nations, les Métis et les Inuits qui doivent initier et, si possible, effectuer les recherches qui les concernent, comme collectivités ou comme particuliers. Les recherches doivent être menées conformément aux principes d'appropriation, de contrôle, d'accès et de possession.

La formation et le perfectionnement de professionnels, d'auxiliaires et de chercheurs issus des Premières nations ainsi que des communautés métisses et inuites oeuvrant dans le domaine de la santé mentale doivent être un objectif prioritaire.

The Chairman: We now have John Service, who is the Chair of the Board of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, and Phil Upshall, who is the National Executive Director.

Mr. Phil Upshall, National Executive Director, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health: We have wonderful ongoing relationships with this committee and I am pleased to report that we will be there for you to the end. I did want to tell you, chair and the others, that we are currently working on the report on mental illnesses for 2005. It is a build up of the 2002 report. I raise it at this stage, outside our submission itself, because we have enhanced the report on mental illnesses to a large extent. It will include a chapter on First Nations and Inuit Mental Health. Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch, FNIB, has contracted, and is funding, that process. Dr. Jeff Reading from the Institute of Aboriginal Peoples' Health of the Canadian Institutes of Health Research has agreed to do some of the funding as well. I thought you and our colleagues here would be interested in that.

I will cut much out from what I planned to say because it is all before you in the report and because I have had the opportunity to be here before, and Dr. John Service was here last night. He did an eminent job, as I understand. I wanted to emphasize for the record that the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, is the largest and most comprehensive alliance on national metal health and illness issues. I have added an appendix with our new members. We have as one of our new members the Canadian Healthcare Association. Also, the chiefs of police have joined us in dealing with their mental health committee. We are pleased to have that broader characteristic available to us as we move forward.

In terms of the strengths and weaknesses of your report, I would be remiss if I said that there are no weaknesses. It is a truly strong report. At CAMIMH, we have analyzed it well and we think it hits the mark on almost every major aspect that you have attempted to deal with. We will not deal with the strengths.

In terms of the analysis that we have to talk about, the report based the discussion of mental health and mental illness on the needs of the population, which we think is the right way, and not the needs of institutions and providers. The patient must be at the center and you recognized that. There must be a partnership of some description between the services and the professionals. We have to recognize the consumer's voice as a legitimate contributor to the dialogue and to the implementation of any successful plan of action. The call for improved access to services is absolutely

Le président : Nous cédons maintenant la parole à John Service, président du conseil d'administration de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, ainsi qu'à Phil Upshall qui est le directeur exécutif national de cette organisation.

M. Phil Upshall, directeur exécutif national, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : Nous entretenons d'excellentes relations avec votre comité et je suis ravi de vous annoncer que nous serons toujours à votre disposition. Je tiens à vous indiquer, monsieur le président et membres du comité, que nous rédigeons actuellement notre rapport sur les maladies mentales pour l'année 2005. Ce rapport s'appuie sur celui de 2002. Je vous en parle maintenant, avant de prononcer mon exposé, car nous avons enrichi notre rapport sur les maladies mentales. En effet, il comprendra un chapitre sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada nous a demandé de faire ce travail et a consenti à en financer une partie. En outre, le Dr Jeff Reading, qui est membre de l'Institut de la santé des Autochtones, soit l'un des instituts de recherche en santé du Canada, a également contribué au financement de ce projet. Je me suis dit que vous et vos collègues aimeriez le savoir.

Je vais limiter mes observations parce que ce que j'ai à dire est contenu dans le rapport que j'ai sous la main et parce que j'ai déjà eu l'occasion de comparaître devant vous. En outre, le Dr John Service a témoigné hier soir. Il a d'ailleurs fait un excellent témoignage, d'après ce que je comprends. Je veux souligner pour les fins du compte rendu que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale est le regroupement le plus important et le plus exhaustif qui s'occupe de questions nationales de santé mentale et de maladie mentale. J'ai d'ailleurs ajouté une annexe qui contient le nom de nos nouveaux membres. Parmi eux figure l'Association canadienne des soins de santé. En outre, les chefs de police se sont joints à notre organisation par l'entremise de leur comité sur la santé mentale. Nous sommes très heureux de bénéficier de cette représentation élargie pour mener nos activités.

Pour ce qui est des forces et des faiblesses de votre rapport, il ne serait pas tout à fait exact de dire qu'il ne contient pas de faiblesses. Il s'agit d'un rapport vraiment très solide : les membres de notre organisation l'ont analysé en profondeur et nous croyons qu'il contient des observations tout à fait pertinentes et utiles sur presque tous les aspects clés dont vous avez traité. Ainsi, nous n'allons pas parler des points forts de votre rapport.

Concernant les résultats de notre analyse sur lesquels nous devons nous prononcer, le rapport est axé sur les besoins de la population en matière de santé mentale et de maladie mentale, et nous croyons que c'est la démarche qu'il faut privilégier au lieu de se concentrer sur les besoins des institutions et fournisseurs de soins de santé. Le patient doit être au cœur de nos préoccupations et vous l'avez reconnu. Il doit exister un partenariat dont on précise les modalités dans une certaine mesure entre les services et les professionnels. Il faut reconnaître que le consommateur peut

essential. You note obviously that there has been a historic underfunding. There are serious shortages in health, human resources and so on. You are right on.

Our major concern, if we have a concern, is that it is so good and detailed that governments of the day, provincial and otherwise, have the opportunity to cherry-pick some of your options. The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health advocates for an overarching national action plan. Within that plan, all the elements of your report should exist. Our big worry is, and it has happened in other provinces and territories, the larger, more powerful voices come in and cherry-pick a particular program and say, "This is great," and it is funded. A large majority, or a large minority, of people would say that you have looked after my interests, I will not worry about anybody else's. Our concern is that you continue to recognize the overarching necessity of a national action plan.

Our preferred option is a national action plan that is developed by a distinguished blue-ribbon panel including consumers, patients and families, which will advise the policy work of the federal, provincial, and territorial governments. We think that this is an essential element of a national strategy. It should be developed with the support of an office of mental health in the federal government that reports to a minister of state for mental health, who in turn reports through the Minister of Health to Parliament.

That is a suggestion. If we are able to get a minister of wellness similar to the minister of wellness in Manitoba, by persuading the federal government of the necessity for a larger, very powerful office that has the authority to bring everything together, such as health, social, disability, corrections and Aboriginal issues, that is what we would like to see.

We think the national strategy must be the result of a process of negotiation between federal, provincial and territorial stakeholders. The blue ribbon panel that is engaged in its inception should be an ongoing panel to give advice about implementation, and again it should be inclusive.

The national action plan and everything will fail if we do not have a modeled good behaviour by the federal government. It must take the initiative in setting the bar high for provincial and territorial governments to respond to the issues that our communities require.

légitimement contribuer au dialogue et à la mise en œuvre d'un plan d'action aussi. Il est essentiel de réclamer une accessibilité accrue aux services. Évidemment, vous constatez qu'il y a un problème chronique de sous-financement. Vous faites également état des graves pénuries dans le domaine de la santé, pour ce qui est des ressources humaines, et cetera. Vous avez tout à fait raison.

Notre seule préoccupation, si on peut la qualifier de préoccupation, tient au fait que votre rapport est si bon et détaillé que les gouvernements au pouvoir, qu'ils soient provinciaux ou autres, ont la possibilité de ne retenir que certaines des options que vous proposez. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale préconise l'adoption d'un plan d'action global à l'échelle nationale. Tous les éléments de votre rapport devraient être compris dans ce plan. Ce que nous craignons, et cela s'est produit dans d'autres provinces et territoires, c'est que les intervenants les plus importants et les plus puissants choisissent un programme précis, excellent, et le financent. Dans ce cas, la grande majorité, ou, à tout le moins, une importante minorité de la population, se dira qu'on a tenu compte de ses intérêts et donc qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper des intérêts d'autres groupes. Notre préoccupation tient au fait que nous souhaitons que vous continuiez de reconnaître la nécessité d'un plan d'action global à l'échelle nationale.

L'option que nous privilégions consiste en un plan d'action national qui serait élaboré par un groupe d'intervenants éminents et reconnus comprenant des consommateurs, des patients et leurs familles. Ce groupe fournirait des conseils aux responsables de l'élaboration des politiques au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous croyons qu'il s'agit d'un des éléments essentiels d'une stratégie nationale. Les rédacteurs de ce plan devraient bénéficier de l'appui d'un bureau de santé mentale faisant partie du gouvernement fédéral et relevant d'un ministre d'État responsable de la santé mentale, lequel présenterait un rapport au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé.

C'est une suggestion. Si nous pouvions obtenir un ministre responsable du mieux-être, comme c'est le cas au Manitoba, en persuadant le gouvernement fédéral qu'il doit se doter d'un organisme plus important et très puissant pour rassembler les questions concernant la santé, les enjeux sociaux, les incapacités, les services correctionnels et les questions autochtones, alors ce serait la solution que nous préconiserions.

Nous croyons que cette stratégie nationale doit être le résultat d'un processus de négociation entre les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le groupe de spécialistes distingués qui participeraient à la conception du plan devrait être permanent afin de fournir des conseils sur sa mise en œuvre. En outre, je le répète, ce groupe devrait représenter tous les intérêts.

Le plan d'action national et toute autre mesure sont voués à l'échec si le gouvernement fédéral n'établit pas de modèle de comportement. Le gouvernement fédéral doit prendre les devants et établir des normes strictes auxquelles les gouvernements provinciaux et territoriaux devront obéir en ce qui a trait aux initiatives qui ont pour objet de répondre aux besoins de nos communautés.

If it starts to say, "You have to do this and you have to do that," without addressing its own issues within the Aboriginal communities and other distinct federal jurisdictions, then we think the national action plan will fail. We believe that within the delivery of services and supports, a patient-centred model is the best way to go. I will now turn it over to Dr. Service, who will talk quickly about the delivery of services and supports.

Si le gouvernement fédéral oblige les autres paliers de gouvernement à prendre des mesures sans résoudre les problèmes qui existent dans les communautés autochtones et dans d'autres domaines qui relèvent de la compétence fédérale, alors nous croyons que le plan d'action national sera un échec. Nous croyons qu'un modèle axé sur le patient est la voie à suivre au chapitre de la prestation de services et de soutien. Je vais maintenant céder la parole au Dr Service, qui vous parlera brièvement de modes de prestation de ces services et de programmes de soutien.

I did want to tell you that we are in the process of undertaking focus groups across Canada in conjunction with the Canadian Collaborative Mental Health Initiative. I just got some interesting information from Whitehorse this morning, and I would be happy to provide the information to the committee at a later date.

Je tiens à ajouter que nous nous employons actuellement à réunir des groupes témoins de concert avec l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Je viens de recevoir des informations intéressantes en provenance de Whitehorse, ce matin, et je serai ravi de communiquer ces renseignements au comité ultérieurement.

The Chairman: When do you expect to have the results from the focus groups?

Le président : Quand croyez-vous obtenir les résultats des groupes témoins?

Mr. Upshall: Probably the first week of May. Once we complete that particular aspect, you might wish to meet with the group that has been out there.

M. Upshall : Probablement dès la première semaine de mai. Une fois que nous aurons mené ce projet à terme, vous voudrez peut-être rencontrer le groupe qui s'est occupé des groupes témoins.

The Chairman: That is where I was headed. Can I leave it with you to contact our staff?

Le président : C'est là où je voulais en venir. Puis-je vous demander de communiquer avec notre personnel?

Mr. Upshall: Absolutely.

M. Upshall : Absolument.

Mr. John Service, Chair, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health: I will keep this brief by saying that we have responded to all the sections in report number 3. We are prepared today to talk about funding, health, human resources specific to mental health, early detection and prevention, and the recovery model versus the population health model. Any of the questions that you have asked, we are prepared to respond to today.

M. John Service, président, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : Je serai bref. Je me contenterai de vous dire que nous avons réagi à toutes les sections du rapport n° 3. Aujourd'hui, nous sommes prêts à vous parler de financement, de santé, de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale, de détection précoce et de prévention ainsi que du modèle de rétablissement par opposition au modèle de la santé de la population. Nous sommes prêts à répondre à toutes les questions que vous souhaitez nous poser aujourd'hui.

[*Translation*]

[*Français*]

Senator Gill: The definition of mental illness is probably the same everywhere, whether you are talking about the First Nations or non-Aboriginal people.

Le sénateur Gill : La définition de la maladie mentale est probablement la même partout autant chez les Premières nations que chez les non autochtones.

Because of the general context within which most people live, and the changing way of life, I wonder if, for First Nations, for the Inuit, we can use the same definition of mental illness that applies to those who are not Aboriginal?

À cause du contexte général dans lequel la plupart des populations vivent, et du mode de vie qui a été transformé, je me demande si, pour les Premières nations, les Inuits, on peut parler de maladie mentale de la même façon que pour les non autochtones?

We have seen results in Aboriginal communities, including my own — I live in northern Quebec — on the North Shore of the St. Lawrence, and in Labrador. My group, the Inuit, are from that area, and we have witnessed a large number of suicides in our community. It varies from one community to the next, but often, it is three, four, or even five times higher than the non-Aboriginal average. I do not think that this is necessarily due to mental illness. I think it is a modern malady that the Aboriginal people began to experience, a few years ago. I wonder if this is not due to the integration, or even assimilation policy to educate Aboriginal and First Nations people. We have seen a considerable

Les résultats constatés dans les communautés autochtones, y compris dans la mienne — je demeure au nord du Québec, sur la Côte-Nord du Saint-Laurent et au Labrador. Mon groupe, les Innus, vient de ce territoire et nous avons beaucoup de suicides dans notre communauté. Cela varie d'une communauté à l'autre, mais assez souvent, c'est trois, quatre et même cinq fois plus élevé que la moyenne non autochtone. Je ne pense pas que cela soit dû, si on veut le considérer comme tel, à une maladie mentale. Je dirais plutôt que c'est une maladie moderne qui est arrivé il y a quelques années chez les Autochtones. Je me pose la question à savoir si cela n'est pas dû à une politique d'intégration, voire

mobilization of youth leaving the North to go to school in the south and then, they return to their respective environments without having adapted to the non-Aboriginal world. They are very disturbed. Integration has failed and young people have been torn from their environment. The way of life, the housing, economic development, everything was turned upside down. We have to understand the reason for the high suicide rate among Aboriginal people. I do not think it is because there is more mental illness there than elsewhere, although that may be the case now, because of some of the situations that I have just outlined. Nevertheless, suicide in our community is a terrible scourge. When it begins, there is an increase in suicides among young people, and particularly among young men.

In order to correct these problems, we have to know the reason for them. I would like to know what you think about that. Is it the same in northern communities, in Nunavik, in Nunavut, or in Metis or western communities? Is it not the same phenomenon: disintegration, attempts at integration and significant failures? Young people fall between the cracks, do not know what to do and feel completely devalued. There is no longer any hunting, fishing or trapping: the traditional ways no longer exist. What can be done about that?

[*English*]

Ms. Downey: Senator, I would have to say that in my travels with the work of NAHO, we engage on many different levels with health professionals and policy makers. If I started out every conversation with questions such as yours, we would be much further ahead. You have astutely acknowledged some of the key reasons as to why the situation is what it is. Your words are not too dramatic. There is a scourge. It is a crisis.

If we had these rates of suicide in some of our urban areas in mainstream communities, there would be headlines in the paper every day. While we have a general awareness, it is comments like yours that we need to advance the awareness for policy makers, for research, for our colleagues and for our partner organizations in this area. I commend you for really zeroing in on what some of the factors are related to.

I undertook an interview with a newspaper recently. Oftentimes I find myself in this situation, and I call it Cultural Factors 101 Related to Aboriginal People. While there is a peripheral understanding of the impact of assimilative policies over the last 300 years for Aboriginal people, we have to understand that many health professionals do not have an understanding and awareness of the relationship between what Aboriginal people experienced in relocation efforts, residential school systems, taking away their traditions, their languages and

d'assimilation, voulant que les Autochtones, les Premières nations, deviennent éduquées, instruites. On a vu une mobilisation considérable de tous les jeunes qui partent du Nord vers les écoles du sud et ensuite, qui retournent dans leur milieu respectif sans adaptation dans le milieu non autochtone. Ces jeunes vivent de grands malaises. L'intégration a échoué et on a désintégré des jeunes dans leur milieu. Le mode de vie, l'habitation, le développement économique, tout a été chambardé. Il faut comprendre pourquoi il existe un taux de suicide si élevé dans le milieu autochtone. Je ne crois pas que la maladie mentale soit plus élevée — elle l'est peut-être maintenant, dû à certaines choses que l'on vient de mentionner — qu'ailleurs. Par contre, les suicides dans nos communautés représentent un fléau considérable. Quand cela commence, il y a une escalade du suicide chez les jeunes et particulièrement chez les jeunes hommes.

Afin de pourvoir apporter des remèdes à ces maux, il faut connaître le raison de ces maux. Je vous demande votre évaluation à ce sujet. Est-ce la même chose dans les communautés du nord, que ce soit au Nunavik, au Nunavut, dans les communautés métis ou les communautés de l'ouest? Ne s'agit-il pas du même phénomène; une désintégration, une tentative d'intégration, des échecs considérables? Les jeunes se retrouvent assis entre deux chaises, ne savent plus quoi faire et sont complètement dévalorisés. Il n'y a plus de chasse, plus pêche, plus de trappe : les modes traditionnels, c'est fini. Que fait-on avec cela?

[*Traduction*]

Mme Downey : Sénateur, je vous répondrai que par nos déplacements dans le cadre des travaux de l'ONSA, nous avons des discussions de différentes natures avec les professionnels de la santé et les responsables des politiques publiques. Si je commençais chaque conversation en posant des questions comme les vôtres, nous serions beaucoup plus avancés. Vous avez judicieusement cité certaines des raisons clés qui expliquent la situation actuelle. Vos propos ne sont pas exagérés. Il s'agit d'un fléau. C'est une crise.

Si ces taux de suicide existaient dans certaines de nos zones urbaines des communautés non autochtones, les journaux en parleraient chaque jour en manchettes. Bien que la société soit sensibilisée de façon générale, ce sont des commentaires comme les vôtres qu'il nous faut pour sensibiliser encore davantage les responsables des politiques, les chercheurs, nos collègues et les organisations qui sont nos partenaires dans ce domaine. Je vous félicite d'avoir cerné si justement certains des facteurs connexes.

On m'a interviewée pour un journal récemment. Ce genre de situation se produit assez souvent; c'est ce que j'appelle « Facteurs culturels 101 concernant les peuples autochtones ». Si l'on comprend vaguement les répercussions qu'ont eues les politiques assimilatrices sur les Autochtones pendant les quelque 300 dernières années, nous devons comprendre que beaucoup de professionnels de la santé ne comprennent pas et ne saisissent pas la relation entre ce qu'ont subi les peuples autochtones à cause des efforts de relocalisation, les systèmes de pensionnat, menant

their way of life essentially, and how that translates today in the modern world. It is sometimes referred to as a trickle-down effect, and that must be taken into consideration.

When we look at what has to happen systemically, our health professionals need to be trained differently, which means that the governing bodies in universities and other institutions need to be aware. We need to have champions there. We need to have the licensing bodies of our health professionals aware so that they support it in that mechanism. We need to have opportunities in their training and residencies to undertake and work with these groups. That is one area of systemic change that needs to happen.

This newspaper reporter said to me, "Did that not happen a long time ago? Why are we still talking about that today? What are the current reasons?" It was well intentioned to try to get to the bare bones of it because that happened in the past, but we are still experiencing the impact of that. When you talk about mental health, you look at healthy families. You see they have ways to support themselves, a sense of purpose in their life, and a job that they feel they can make a contribution to. They can undertake their ways of life and not be restricted by restrictions on hunting, as an example, so that they can teach those traditions to their youth and their youth then can go forward. That is what mental health is all about for communities.

One of the activities we have undertaken at NAHO is the youth role-model program. We are in our second cycle of it this year where 12 youth from across Canada — First Nations, Inuit and Metis — have been chosen by youth to go out to community events and promote how they were successful in becoming a nurse, an athlete or obtaining degrees in education, so that they can bring that message to youth. It costs a lot of money to do that. The resources committed to it, while somewhat improved, are not enough. As we undertake our evaluation, we hope to put those things forward.

I also wish to comment that the flexibility in support is to know that different approaches will yield different results. My profession is nursing. Most recently I was asked to undertake, as part of my studies, an internship in an urban health centre. I was required to work within the health centre, and I proposed to take part in a First Nations women's drumming group. I wanted that experience to understand what the impact of that drumming group could have on the mental health of the women who were participating.

I have worked in mainstream mental health for over 20 years. There are approaches there, and medications and counselling that do work. What I wanted to understand is what can make a difference for these women. In the first four sessions, nobody talked about their problems. Nobody really talked too much about what was going on in their lives. Over the 12 weeks, as they learned to understand the traditions of drumming and singing and

essentiellement à la perte de leurs traditions, de leurs langues et de leur mode de vie et ce que tout cela a à voir avec notre monde moderne. On dit parfois qu'il s'agit d'un effet de retombée et il faut en tenir compte.

Au vu de ce qui doit se produire au sein du système, nos professionnels de la santé doivent suivre une formation différente, ce qui signifie que les têtes dirigeantes des universités et autres institutions doivent en être conscientes. Il nous faut des champions dans leurs rangs. Les organismes de réglementation professionnelle qui régissent nos professionnels doivent en être conscients pour pouvoir agir en conséquence. Nous devons avoir la possibilité de travailler de concert avec ces groupes lors de leur formation et de leur période de résidence. Voilà un des changements systémiques qui doit s'effectuer.

Le journaliste m'a dit : « Tout cela s'est produit il y a longtemps, n'est-ce pas? Pourquoi en parlons-nous encore? Quelles en sont les raisons actuelles? » L'intention était bonne : Essayer d'en saisir les raisons essentielles parce que tout cela est arrivé dans le passé, mais nous en subissons toujours les contrecoups. Lorsqu'on parle de santé mentale, on se tourne du côté des familles en bonne santé. Ces familles trouvent le moyen de subvenir à leurs besoins, elles ont un but dans la vie, elles ont un emploi qui leur permet de contribuer à la société. Elles peuvent vivre leur vie sans être empêchées de le faire à cause des restrictions sur la chasse, par exemple, et elles peuvent enseigner leurs traditions à leurs enfants et leurs enfants peuvent alors poursuivre sur la même lancée. C'est ça, la santé mentale pour une communauté.

L'ONSA propose, entre autres choses, un programme de modèle d'identification à l'intention de la jeunesse. Nous entamons le deuxième cycle de ce programme cette année et 12 jeunes d'un peu partout au Canada — Premières nations, Inuits et Métis — ont été choisis par leurs pairs pour participer à divers événements communautaires pour expliquer comment ils ont réussi en devenant soit infirmières, soit athlètes, soit enseignants afin que ce message soit transmis à la jeunesse. Ça coûte cher, faire tout cela. Les ressources qu'on peut y consacrer, si elles ont augmenté, ne suffisent toujours pas. En entreprenant notre évaluation, nous espérons pouvoir améliorer les choses.

Afin que le soutien offert soit souple, il faut savoir qu'on obtiendra des résultats différents selon les méthodes employées. Je suis infirmière de profession. Récemment, mon programme d'études m'a amenée à participer à un stage dans un centre urbain de santé. Je devais travailler dans ce centre de santé et j'ai proposé de participer à un cercle de tambours de femmes des Premières nations afin de comprendre quelles pouvaient en être les répercussions sur la santé mentale des participantes.

J'ai œuvre en santé mentale ordinaire pendant plus de 20 ans. À ce niveau, il y a des approches, des médicaments et des relations thérapeutiques qui donnent de bons résultats. Je cherchais cependant à comprendre ce qui peut faire une différence dans la vie de ces femmes. Pendant les quatre premières séances, personne n'a parlé de ses problèmes. Aucune ne voulait vraiment parler de ce qui se passait dans sa vie. Pendant les 12 semaines, ces femmes

what that meant as part of their cultural background, what I had towards the end of the group was women who were weeping, who were then able to release and vent and talk about what has been making them depressed for many years, and why they have been through psychiatric cycles in the mainstream system where nobody seems to understand why they are not getting better.

At the end of the 12 weeks in this drumming group, you had a bonding amongst those women, smiles on their faces and a healthier approach to their life. I do not know the impact on a day-to-day basis because I did not go that far. I know that after 15 years of working in a psychiatric system, that I think does good work, what I saw made a difference. It is because that urban Aboriginal health care centre facilitated that. We had a room and money to buy drums for the women. We could offer snacks and child care for their families and bus tickets to go home. That urban health care centre is supported to do that. That is the initiative, innovation and support required. I am sure if we undertake a First Nations and Inuit strategy development, we can share those other success stories because they are out there. Working with our partner groups to integrate both of those approaches will make a difference.

Mr. Gordon: Just a couple of items to add on to what Ms. Downey said. The question that came up was the definition of mental illness. I know in the Inuit culture, we try not to talk about illness. We want to become mentally well. The terms do make a difference.

You spoke about taking students out of the North and flying them south to become educated in the South and then going back. Many times when people leave the North and come back, there is no work for them. They have received an education and a degree, but there is no work for them. They become engineers. The only work that they can actually do is in the South because of their training and background. We lose many people that way because there is no infrastructure or jobs available in their area of expertise.

For Inuit to work and become productive members of society, many times they have to move away from home. That dilemma is facing our young students now.

[*Translation*]

Senator Gill: I think it is very important to determine what the illness is before introducing remedies. It is important to get the right diagnosis. I think this is a major problem in assessing the situation facing First Nations communities.

Senator Pépin: In the document you presented, there is a reference to a national suicide prevention strategy. The paper states that this strategy should be developed jointly with the First Nations, health and social affairs professionals, seniors, young people and other interested parties. You say that the strategy

ont appris à comprendre les traditions du tambour et du chant et leur signification culturelle pour elles. Je me suis retrouvée, vers la fin, avec un groupe de femmes qui pleuraient, qui réussissaient enfin à se laisser aller, à se soulager et à parler de ce qui les déprimait depuis tant d'années et pourquoi elles avaient participé à des cycles psychiatriques du système ordinaire où personne ne semblait comprendre pourquoi leur état ne s'améliorait pas.

Après 12 semaines avec ce cercle de tambour, les femmes avaient formé des liens affectifs entre elles, elles souriaient et elles abordaient la vie de façon plus saine. Je ne sais pas quelles en ont été les répercussions au quotidien parce que je ne suis pas allée jusque-là. Je sais qu'après 15 ans de travail dans un milieu psychiatrique qui donne d'assez bons résultats, j'ai constaté qu'il y avait une différence. C'est parce que ce centre urbain de soins de santé pour Autochtones nous a aidés. Nous avions une salle et de l'argent pour acheter des tambours pour les femmes. On pouvait leur offrir un goûter, un service de garderie et des billets d'autobus pour leurs déplacements. Ce centre urbain de soins de santé a les ressources pour le faire. C'est ce genre d'initiatives, d'innovations et de ressources qu'il nous faut. Je suis sûre que si nous mettons sur pied une stratégie de développement pour les Premières nations et les Inuits, nous pourrons partager ces autres cas de réussite parce qu'il en existe. Travailler de concert avec les autres groupes du partenariat pour intégrer ces deux approches nous aidera à améliorer les choses.

M. Gordon : J'aimerais ajouter à ce qu'a dit Mme Downey. Il a été question de la définition de la maladie mentale. Je sais que dans la culture inuite, on ne parle pas de maladie. Nous voulons être en bonne santé mentale. Les mots font une différence.

Vous avez parlé d'envoyer les étudiants du Nord vers le Sud afin de parfaire leurs études pour qu'ils puissent ensuite retourner chez eux. Bien souvent, lorsque les gens partent du Nord pour revenir ensuite, ils n'y trouvent pas de travail. Ils ont suivi des cours, ils ont un diplôme, mais il n'y a pas de travail pour eux. Ils deviennent ingénieurs. Le seul travail qu'ils peuvent trouver, c'est dans le Sud, à cause de leur formation et de leurs antécédents. Nous perdons beaucoup de nos gens ainsi parce qu'il n'existe ni infrastructure ni emploi dans leur domaine d'expertise.

Pour que les Inuits puissent travailler et devenir des membres productifs de la société, ils doivent souvent s'exiler. C'est le dilemme auquel font face maintenant nos jeunes étudiants.

[*Français*]

Le sénateur Gill : Je pense qu'il est très important de connaître la maladie avant d'y apporter des remèdes. Il faut faire un bon diagnostic. Je pense que c'est un problème majeur pour l'évaluation de la situation dans le milieu des Premières nations.

Le sénateur Pépin : Dans le document que vous nous avez présenté, on parle d'une stratégie nationale de prévention du suicide. On dit qu'on devrait élaborer cette stratégie conjointement avec les gens des Premières nations, les professionnels de la santé et des affaires sociales, les aînés, les

should reflect particularly the needs of the First Nations people and should respect the knowledge that exists within each community.

Does that mean that at the moment, the proposal does not reflect what you call for in your brief? These strategies and developments would be determined by other professionals, not from the Aboriginal or Innu communities? That is at the top of page 9 of your presentation.

[*English*]

Ms. Downey: Your question, if I understand correctly, is about the statement that was made here that it must be done in conjunction with First Nations leaders. You are asking to clarify: Does that mean that it is not happening now?

Senator Pépin: Yes.

Ms. Downey: There would be a couple of factors. Oftentimes in federal initiatives, federal-provincial-territorial initiatives, that are quite complex, cumbersome, and expensive in some ways, the needs of First Nations, Inuit and Metis may come through and be a tag-on to that proceeding.

It is important to share that information together and to understand, similar to what we are doing here today. However, the enriched information you received, where it is specific to First Nations, Inuit and Metis, is much different. We need to continue to talk together, but the degree that you need to understand the specifics of the three constitutionally recognized groups is paramount as well.

[*Translation*]

Senator Pépin: My question is to the doctors. You state on page 7 of your brief:

[*English*]

> Currently services are scarce and over-demanded and often they are not attractive to Canadians they aim to help. By consequence they are all too often avoided. This must change in all our communities across Canada.

[*Translation*]

Which services should be changed or improved? Further on in your brief, you talk about human resources. You say that you have a great deal of trouble attracting students in the area of psychiatry. You give a few reasons and you say:

[*English*]

As a result lower-income Canadians do not have the same access as the wealthy neighbour.

jeunes ainsi que les autres parties intéressées. On dit que cela devrait refléter particulièrement les besoins des Premières nations avec le respect des connaissances existant au sein de chaque communauté.

Est-ce que cela veut dire qu'actuellement, ce qui est proposé ne reflète pas ce que vous demandez dans votre mémoire? Les stratégies et les développements seraient faits par d'autres professionnels qui ne seraient pas des communautés aborigènes ou innues? C'est à la page 9 de votre présentation, en haut de la page.

[*Traduction*]

Mme Downey : Si j'ai bien compris votre question, il s'agit de la déclaration qu'on a entendue ici et selon laquelle cela doit se faire de concert avec les chefs des Premières nations. Vous demandez un éclaircissement. Est-ce que cela veut dire que cela ne se fait pas maintenant?

Le sénateur Pépin : Oui.

Mme Downey : Il y a plus d'un facteur. Souvent, au niveau des initiatives fédérales, des initiatives fédérales-provinciales-territoriales, qui sont plutôt complexes, lourdes et coûteuses à certains égards, les besoins des Premières nations, des Inuits et des Métis sont peut-être perçus et rajoutés après coup.

Il est important de partager ces renseignements ensemble et de nous comprendre, un peu comme ce que nous faisons ici aujourd'hui. Cependant, l'information enrichie que vous avez reçue, qu'il s'agisse de Premières nations, d'Inuits ou de Métis, est très différente. Nous devons continuer de nous parler, mais il est de la plus haute importance que vous compreniez le mieux possible les besoins précis de ces trois groupes reconnus dans la Constitution.

[*Français*]

Le sénateur Pépin : Messieurs les médecins, à la page 7 de votre mémoire, il est dit :

[*Traduction*]

> À l'heure actuelle, les services sont rares et trop sollicités et ne semblent pas attrayants pour les Canadiens à qui ils sont destinés. On tend donc à trop souvent les éviter. Cela doit changer dans toutes nos communautés à travers le Canada.

[*Français*]

Quels sont les services qui devraient être changés ou améliorés? Un peu plus bas dans votre mémoire, on parle des ressources humaines. Il y est mentionné que vous avez beaucoup de difficultés à attirer les étudiants dans le domaine de la psychiatrie. Vous donnez quelques raisons et vous dites :

[*Traduction*]

Le résultat, c'est que les Canadiens moins bien nantis n'ont pas le même accès que leurs voisins plus riches.

[*Translation*]

What difficulties are experienced by students who want to go into psychiatry or psychology compared to others who want to go into other areas of medicine?

[*English*]

Mr. Service: Your first question is extremely important. If we look at just one group, that is young adults, and we ask young adults why they do not access mental health services, they will often tell us it is because they are in large hospitals, because they are in settings that they feel very uncomfortable going to. They are not in the kind of settings you might get in a downtown service centre such as Operation Go Home or something like that, that is more designed for an older adolescent or young adult so that they feel comfortable in the surroundings. The way we position our services often dictates that they will not use them very effectively. That is a serious issue. You wanted to ask something.

Senator Pépin: I agree with you and I would like you to elaborate on what you just said, the way you organize the services.

Mr. Service: Another example that I could use from my own experience as a psychologist for 15 years with children, adolescents and families in Nova Scotia, is that we had difficulty getting children and their families to feel comfortable coming to the hospital. We negotiated with the county school board an agreement where we would offer our mental health services in the schools. That was much more effective. People felt much more comfortable coming and we had access to the teachers. That was ready to be signed except we had a change in government and you know what happens with a change in government.

You asked me a question about the human resource supply. I am a psychologist, so I am speaking outside of my realm here. Within medicine there is a need to attract more people into family practice and psychiatry. You should talk to the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association about those specific variables, because I am not a psychiatrist. They are finding it hard to find enough people, which is remarkable considering that most primary health care is provided by family physicians.

The second thing is, in psychology we will get anywhere from 100 to 150 excellent applications for every one spot. It is the other problem that you do not have enough spaces in order to accommodate the demand.

The third piece for us is, what is happening to psychology is that government policy and working conditions means more and more psychologists are choosing to go into the private sector. That makes it very difficult when there are not enough public services for lower- and middle-income Canadians because of the financial barrier.

[*Français*]

Quelles sont les difficultés vécues par les étudiants qui veulent se diriger en psychiatrie ou en psychologie par rapport aux autres qui veulent aller dans d'autres disciplines de la médecine?

[*Traduction*]

M. Service : Votre première question est extrêmement importante. Si nous ne prenons qu'un seul groupe, c'est-à-dire les jeunes adultes, et que nous demandons à ces derniers pourquoi ils n'ont pas recours aux services de santé mentale, ils répondront très souvent que c'est parce que ces services se trouvent dans les grands hôpitaux, c'est-à-dire dans des endroits où ils ne se sentent pas à l'aise. On ne s'y sent pas aussi à l'aise que dans un centre de services du centre-ville comme Operation Go Home ou quelque chose du genre qui est conçu pour l'adolescent un peu plus âgé ou le jeune adulte de telle façon que ces derniers se sentent plus à l'aise dans ce genre d'endroit. L'endroit où nous offrons nos services signifie que parfois on ne s'en servira pas de façon très efficace. C'est une question sérieuse. Vous aviez une question.

Le sénateur Pépin : Je suis d'accord et j'aimerais vous entendre donner plus de détails sur la façon dont vous organisez les services.

M. Service : Après 15 ans de pratique comme psychologue auprès d'enfants, d'adolescents et de familles en Nouvelle-Écosse, je peux vous dire que nous avions des problèmes à faire en sorte que les enfants et leurs familles se sentent à l'aise en milieu hospitalier. Nous avons négocié un accord avec la commission scolaire du comté pour offrir nos services de santé mentale dans les écoles. C'était beaucoup plus efficace. Les gens se sentaient beaucoup plus à l'aise et nous avions aussi accès aux professeurs. On n'attendait que la signature de l'accord mais le gouvernement a changé et vous savez ce qui se passe lorsque le gouvernement change.

Vous m'avez posé une question à propos des ressources humaines. Je suis psychologue et ça se trouve à l'extérieur de mon domaine. En médecine, il nous faut plus de généralistes et de psychiatres. Vous devriez en parler au Collège des médecins de famille du Canada et à l'Association des psychiatres du Canada, parce que je ne suis pas psychiatre. On constate que c'est très difficile de trouver assez de gens, ce qui est remarquable, puisqu'en général les soins primaires sont l'affaire des médecins de famille.

Deuxièmement, en psychologie, il y aura de 100 à 150 excellents candidats pour chaque poste. Le problème, c'est qu'il n'y a pas assez de postes pour répondre à la demande.

Troisièmement, au niveau de la psychologie, les politiques du gouvernement et les conditions de travail sont telles que de plus en plus de psychologues choisissent la pratique privée. Cela rend les choses très difficiles quand il n'y a pas assez de services publics offerts aux Canadiens à revenu moyen ou relativement faible à cause de la barrière financière.

Mr. Upshall: I would add to Dr. Service's point of view from the community organization point of view, whether it is Aboriginal mental health or community mental health in other communities, the best practice from our perspective is to have self-help peer support groups in community settings, which are adequately financed and which have appropriate facilitation opportunities. People are far more comfortable sharing their knowledge with their peers, whether it is with regard to the drumming issue that was brought up or otherwise.

The reality is, as your previous group, the Office of Disability Issues, will tell you, funding both at the national and the provincial levels for NGOs that provide those services has been dramatically cut back. That is an issue that you have dealt with and will deal with, but that is the reality of how we heal, how we recover our self-esteem and move forward. It is not something that the medical community seems to understand in a big way, in the sense that they are not there supporting, not only the institutional issues, which we support, the medication issues, which we support, but the community issues. which are so absolutely essential to the complete recovery, do not receive the kind of support they need to have.

Senator Cook: I will be brief. To the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, in your brief you say the initiative for designating funds for mental health has serious shortcomings. I would be interested in hearing what your alliance might approve.

I will go on then to Ms. Downey. The whole concept of traditional knowledge, is it oral? Is there anyone writing this stuff or retaining it for future generations? That will be critical for the future.

I am interested as a member of the United Church of Canada who had some knowledge of the impact of residential schools. I am wondering how many generations it will take, especially in the area of the parenting skills of the families of the day that lost their parenting skills as a result of their children not being with them.

I would like you to comment on equal partnerships. On page 5 of your presentation you say what is needed is equal partnerships. Could you help us with that and then I can see where the capacity building might need to be focussed in your journey?

Mr. Upshall: Again, from a community perspective, from someone who has seen it from the consumer point of view and who has been involved, particularly in the Province of Ontario, watching how mental health and other provincial funds are manipulated, my basic gut sense is, if you do not say spend it on community mental health and spend it on developing the services that are required there, you will be in a situation you have always been in — the heavy weights, the hospitals and the others will grab the money. That is a personal opinion. It comes from the ground up. It is something that I feel very passionate about. I recognize the issues that mitigate against that position and I honour those as well. It is something that CAMIMH will deal with in its brief in June when we file it.

M. Upshall : J'ajoute ceci : qu'il s'agisse de la santé mentale des communautés autochtones ou autres, à notre avis, le mieux, c'est d'avoir un groupe communautaire de soutien par les pairs qui soit suffisamment bien financé et qui offre des services adéquats. Les gens se sentent beaucoup plus à l'aise lorsqu'ils partagent avec leurs pairs, qu'il s'agisse de ce cercle de tambour dont il a été question ou d'autres choses.

La réalité, comme vous le dira le groupe précédent, le Bureau de la condition des personnes handicapées, c'est que le financement à la fois au niveau national et provincial pour les ONG qui fournissent ces services a été comprimé de façon radicale. C'est une question dont vous avez déjà traité et dont il vous faudra traiter encore, mais c'est cela, la réalité : c'est ainsi que nous guérissons, que nous retrouvons notre estime de soi et que nous faisons des progrès. Le milieu médical ne semble pas vraiment comprendre cela, c'est-à-dire qu'il ne semble offrir aucun appui non seulement au niveau des problèmes institutionnels, où nous offrons un appui, non seulement au niveau des problèmes de médication, où nous offrons aussi notre appui, et que les questions communautaires qu'il faut absolument régler dans le contexte d'une guérison complète ne reçoivent pas le genre d'appui qu'elles méritent.

Le sénateur Cook : Ce sera bref. Dans le mémoire de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne, il est dit que l'initiative pour réserver des fonds pour la santé mentale est sérieusement déficiente. J'aimerais savoir ce qui pourrait faire le bonheur de l'Alliance.

Ensuite, madame Downey. Toute cette idée des connaissances traditionnelles, est-elle orale? Y a-t-il quelqu'un qui couche tout cela sur papier ou le garde en mémoire pour les générations à venir? Ce sera critique pour l'avenir.

À titre de membre de l'Église unie du Canada qui a eu une certaine connaissance des répercussions qu'on doit aux pensionnats, je me demande combien de générations il faudra pour rétablir la situation surtout au niveau des compétences parentales des familles de l'époque qui ont perdu ces compétences parentales parce que leurs enfants ne vivaient plus avec eux.

J'aimerais entendre vos commentaires sur les partenariats égaux. À la page 5 de votre mémoire, vous dites que c'est ce qu'il faut. Avec ces explications, il me sera possible de comprendre comment vous devez cibler la création de capacité.

M. Upshall : Du point de vue de la collectivité, et de celui qui a été à la fois consommateur et participant, surtout dans la province de l'Ontario, ayant constaté ce que l'on fait des fonds destinés à la province et à la santé mentale, j'ai l'impression que si on ne dit pas qu'il faut les consacrer au volet santé mentale dans la collectivité et s'en servir pour développer les services dont on a besoin, on se retrouvera dans la même situation — les poids lourds, les hôpitaux et les autres vont mettre la main dessus. C'est mon opinion personnelle. Ça vient de la base. C'est un sentiment très profond. Je sais qu'il y en a qui ne sont pas du même avis, et je respecte leur position. C'est une question sur laquelle se penchera l'Alliance lorsque nous déposerons notre mémoire en juin.

Mr. Service: You put it best yesterday, Mr. Chairman, when you said you are between a rock and a hard place with these ringed funds. On the one hand, it can be cherry-picked in tough times. We know that has happened across the country. I have been in the game for 30 years and it has happened many times in my experience. Ringed funds are very vulnerable. They also are in a ghetto by themselves; they accentuate separation. One of the things that ringed funds and targeted funding can do is kick-start change. It can buy change. If it is done right and it is tied into the longer term and structural change that is needed, it can be helpful.

Using your earlier suggestion that it can buy some affirmative action; yes, it can. It can buy affirmative action if it is used to buy space and place within the current power structure. That then is shown to be a valuable service that does not have to compete with the bigger, tougher physical health side of that same money. Ringed funds and targeted funds are very helpful in the short term, but I am very scared of them in the long term. I have seen them too often picked off, reduced and eliminated.

Mr. Upshall: In two instances, the ring funding concept was tried. When cutbacks occurred, and we lost the money, we would say to the hospitals, how about the supports that were available, where are the psychologists who were supposed to be funded. The response was, We lost that funding so we fired that group and we have dropped that program. If it was part of the gross funding, and was part of the huge allocation that the hospital got, the other programs went on, such as the cancer support programs: all those other programs that were considered traditional. However, our programs that were specifically funded were just blasted away, and it was tremendously damaging to our community.

Ms. Downey: In the area of traditional knowledge, what you have identified is critically important. You have identified also your awareness that this has happened over the years in an oral tradition. That is so because that is how it has been done for thousands and thousands of years. It has identified the need to protect and ensure that traditional knowledge and elements of traditional healing are passed on and integrated. A large part of that is creating opportunities for that to happen.

In order to create those opportunities, we need adequate support and mechanisms to do that. We also need to build trust for those experts out there, the traditional healers and elders. They will not willingly share their information and write it down. What has happened to damage trust is that it has been done in the past and now we have pharmaceutical companies with information that has been passed down over hundreds of years. Protection is a major issue in that regard.

Optimistically speaking, one of my colleagues, James Lamouche, who is here today, has undertaken over the last four years to talk to these people and to write down what the issues are and what is happening. NAHO will be publishing a couple of very significant papers in the near future.

M. Service : Vous aviez raison de dire, hier, monsieur le président, que vous vous trouvez dans une situation impossible avec ce genre de fonds. D'un côté, on peut faire une sélection minutieuse, quand les temps sont durs. Nous savons que cela s'est fait au pays. Je suis dans ce métier depuis 30 ans, et je sais que cela s'est produit à plusieurs reprises. Les fonds désignés sont très vulnérables. Ils sont isolés, ce qui ne fait qu'accroître la séparation. Ces fonds ciblés et désignés peuvent enclencher une transformation. Ils peuvent servir à se procurer cette transformation. Si on tient compte des changements structurels dont on aura besoin pour le long terme, et si on procède de façon correcte, cela pourrait être utile.

Vous avez dit plus tôt que cela pourrait servir à procurer une action positive, et vous avez raison. C'est ce qui arrivera si on réussit à s'intégrer à la structure du pouvoir actuelle. À ce moment-là, il s'agira d'un service utile qui n'aura pas à concurrencer le côté physique, qui est plus gros et plus malin, pour obtenir ces mêmes fonds. Les fonds désignés sont très utiles pour le court terme, mais je les trouve inquiétants pour le long terme. Trop souvent je les ai vus retirés, réduits ou éliminés.

M. Upshall : À deux reprises, nous avons tenté d'appliquer la notion de financement ciblé. Au moment des coupures, nous avons perdu de l'argent, et nous avons demandé aux hôpitaux de nous expliquer où étaient passés les services de soutien, les psychologues qui devaient recevoir un financement. On nous a répondu qu'ils avaient perdu leurs sources de fonds et qu'ils avaient congédié le groupe et avaient mis fin au programme. Cela faisait partie du financement général, la somme énorme qu'avait reçue l'hôpital, et les autres programmes ont survécu, y compris les programmes d'appui pour les patients souffrant de cancer : tous les programmes qui sont traditionnels. Cependant, nos programmes, qui avaient reçu un financement ciblé, furent éliminés, et cela a causé beaucoup de torts à notre collectivité.

Mme Downey : Pour ce qui est des connaissances traditionnelles, vous avez identifié quelque chose de très important. Vous avez dit que votre tradition orale vous a permis de savoir ce qui s'est passé au fil des ans. C'est ce qui se passe depuis des milliers d'années. Vous avez identifié le besoin de protéger, d'intégrer et de communiquer les connaissances et les méthodes de guérison traditionnelles. Il faut créer des occasions propices pour que cela puisse se faire.

Afin de créer ces occasions, il nous faut les appuis et les mécanismes nécessaires. Il faut créer une confiance parmi les experts, les guérisseurs traditionnels et les aînés. Ils n'ont pas tendance à partager leur information par écrit. L'esprit de confiance a été brisé dans le passé, et nous avons maintenant des compagnies pharmaceutiques qui disposent d'une information qui remonte à plusieurs centaines d'années. La protection représente un enjeu très important à ce niveau-là.

Sur un ton plus optimiste, un de mes collègues, James Lamouche, qui est avec nous aujourd'hui, communique depuis quatre ans avec ces personnes pour noter tous les enjeux et tout ce qui se produit. L'ONSA a l'intention de publier quelques documents très importants dans un avenir rapproché.

An example of how we are trying to affect some change can be seen in looking at curriculum and trying to have a situation where health professionals and community people have an opportunity to choose from both areas. There are success models in Canada today. Someone with diabetes can walk into a clinic in their community, turn to the left and see a traditional healer, and turn to the right and get their blood drawn to see what their blood sugar levels are.

Innovation in models approaches again is important. We are undertaking some innovation in terms of our own projects. We have entered into a memorandum of understanding with a group of Amazon traditional healers, the Yaja healing group, who have done much work in this area. We are hoping to look at how we can create a training initiative so that these elements of traditional knowledge can be passed on, but in a way that is safe and protecting of the knowledge, and that fits with what we need to put in place.

I hope that answers some of the questions you had.

Senator Cook: Yes, it does. That is where I was going with it. If we are to move forward together in collaborative program,s an understanding of each other will be critical.

Ms. Downey: Exactly. We hope to do some more work with NAHO. We have spent three years travelling the country and talking to traditional healers. We now hope to gather that evidence base and seek resources to continue that work and look at the curriculum changes, and to have dialogue with other partners to bring this knowledge to the table and to the discussion.

You also talked about the impact of residential schools and parenting skills. That is not something that will be changed overnight. As Mr. Gordon said in his presentation, it is a holistic approach. For parents in communities to gain an understanding to build those skills and to make the connections, they have to heal, mentally, physically, emotionally and spiritually. To undertake that, poverty must be addressed. It is hard to focus on anger management for your children when you are trying to figure out how to feed them or get them into a school so that it will help them make a difference in their life, or that you have had mould in your basement for 10 ten years and you have suddenly realized through the media that it is a health issue. Those are all health determinants that impact how we can get to that next level. There has been so much emphasis put on the emergency nature of the situation.

You have picked up on it. How can we get to the more upstream prevention type of initiatives by creating healthy families? It is very complex.

Senator Cochrane: Mr. Upshall, do you think that the specific nature of mental illness should be a separate entity, rather than linked with persons who have other disabilities?

Un examen du curriculum vous montrera comment nous essayons d'apporter un changement pour que les professionnels de la santé et les représentants de la collectivité puissent choisir aux deux endroits. Le Canada a, aujourd'hui, des exemples de réussite. Quelqu'un qui souffre du diabète peut se rendre dans une clinique dans sa communauté, franchir la porte à gauche pour voir un guérisseur traditionnel, ou franchir la porte à droite pour demander une prise de sang qui servira à analyser son taux de glycémie.

Il est important de trouver des approches innovatrices. Nous avons fait preuve d'innovation dans nos propres projets. Nous avons signé un protocole d'entente avec un groupe de guérisseurs traditionnels d'Amazonie, le groupe Yaja, qui a fait beaucoup de travail dans ce domaine. Nous espérons créer une initiative de formation afin de pouvoir communiquer ces éléments de connaissances traditionnelles, tout en les protégeant. Cela correspond à ce que nous devons mettre en place.

J'espère que cela répond à certaines de vos questions.

Le sénateur Cook : Oui, effectivement. C'est là où je voulais en venir. Il sera essentiel de bien se connaître si nous voulons collaborer à l'élaboration de programmes.

Mme Downey : Tout à fait. Nous espérons entreprendre d'autres projets avec l'ONSA. Nous avons passé trois ans à traverser le pays pour rencontrer les guérisseurs traditionnels. Maintenant, nous allons réunir toute cette information de base et chercher les ressources qu'il nous faudra pour poursuivre le travail et pour examiner les changements de curriculum, et nous devons aussi dialoguer avec les autres partenaires afin de pouvoir inclure ces connaissances dans nos discussions.

Vous avez aussi parlé des pensionnats et des compétences des parents. Nous ne pourrons pas changer cela du jour au lendemain. Comme l'a dit M. Gordon dans sa présentation, il s'agit d'une approche globale. Avant de pouvoir comprendre comment mettre au point ces aptitudes et établir ces liens, les parents dans ces communautés doivent pouvoir guérir, sur le plan mental, physique, émotif et spirituel. Pour faire cela, il faut examiner la question de la pauvreté. Il est difficile de maîtriser sa colère, pour le bien de ses enfants, lorsqu'on ne sait pas comment on va arriver à les nourrir ou à les instruire afin de leur donner une vie meilleure, ou bien lorsque votre sous-sol est plein de moisissure depuis dix ans et que vous venez de vous rendre compte, grâce aux médias, que c'est une menace pour la santé. Il faut régler ces déterminants de la santé avant de passer à l'étape suivante. On a tellement insisté sur la nature urgente de cette situation.

Vous avez compris. Comment pouvons-nous concrétiser les initiatives de prévention en créant des familles saines? La question est très complexe.

Le sénateur Cochrane : Monsieur Upshall, croyez-vous que la nature précise de la santé mentale devrait en faire une entité distincte, plutôt que d'être liée aux personnes qui ont d'autres incapacités?

Mr. Upshall: Speaking again from the perspective of the consumer who has been discriminated against and stigmatized for hundreds, if not thousands of years, it is time to have affirmative action, and have those particular issues dealt with. The reality is that they are a part of the overarching human being, part of a number of physical diseases that are present in the human being. In my view, we need to start by making mental illnesses a huge issue for all the reasons you have heard today, but overall after a few years I see it being accepted as part of a community and dealing with the issues that present themselves at that time.

However, the Office of Disability Issues I am sure will tell you their program clearly indicated that where Canadians will accept people with physical disabilities, they will not accept people with disabling mental illnesses. The rate is 66 per cent to 33 per cent. That is a reality that we deal with as a society and in government programs. The level of discrimination is high.

Dr. Service: I agree with Mr. Upshall. In the long term, one of the things you could do with your report would be to look at psychological mental illness problems in physical health. The way the report is written now, it focuses very much on mental illness, mental health and addictions as a stand-alone. For psychology, psychiatry and patients, there are many mental health issues dealing with cancer, respiratory illness, heart and stroke and others across the continuum of care. That normalizes mental illness, mental health, and addictions. It becomes far more a part of our normal daily activity.

We have this wonderful national program called Canada's Food Guide. What would be wonderful would be to have the Canadian mental health guide that would tell people how to deal with normal stresses, anxieties, depressions, and feelings that they have on a daily basis. Health Canada could do that. That would bring these types of issues into the normal understanding of people.

Senator Cochrane: To go back to Ms. Downey's incident of the drumming experience, I jotted down a few things that would be involved with this drumming exercise, and which can be done quite often within the Aboriginal community. These are a few factors that would improve good health.

They are releasing frustration, and sharing their problems. They have the ability to talk. They are part of a large group rather than being isolated. They share their solutions. They have peer support. These are a few of the things that can be done any day with a group like yours. That is wonderful, but you should spread the message.

Ms. Downey: Thank you for that. A really important part of these proceedings is speaking from the heart. What you see in the newspapers every day makes you become immune to the frightening statistics. We are used to seeing the horror stories.

M. Upshall : Encore une fois, du point de vue du consommateur qui a fait l'objet de discrimination et d'isolement pendant des centaines, sinon des milliers d'années, le moment est venu pour une action positive, et il faut s'attarder à ces questions particulières. Cela fait partie de l'être humain, fait partie d'un nombre de maladies physiques dont l'être humain peut devenir victime. Selon moi, il faut que la santé mentale devienne une question importante pour toutes les raisons que vous avez entendues aujourd'hui, et, après quelques années, ce sera accepté par la collectivité et nous pourrons ensuite régler ces questions au fur et à mesure qu'elles se présenteront.

Cependant, je suis certain que le Bureau de la condition des personnes handicapées vous dira que leur programme a clairement indiqué qu'alors que les Canadiens accepteront les personnes ayant une déficience physique, ils n'accepteront pas les personnes ayant une déficience mentale. Le taux est de 66 p. 100 contre 33 p. 100. C'est une réalité avec laquelle nous composons en tant que société et dans les programmes gouvernementaux. Le niveau de discrimination est élevé.

M. Service : Je suis d'accord avec M. Upshall. À long terme, l'une des choses que vous pourriez faire avec votre rapport, ce serait d'examiner les problèmes liés aux maladies psychologiques dans la santé physique. Selon la rédaction actuelle du rapport, la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie sont abordées de façon tout à fait cloisonnée. Dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie et des patients, il y a beaucoup de problèmes liés à la santé mentale lorsqu'on soigne quelqu'un pour le cancer, les maladies respiratoires, les maladies du cœur et autres. Cela normalise la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies. Cela devient beaucoup plus une partie de nos activités quotidiennes normales.

Nous avons un merveilleux programme national qu'on appelle le Guide alimentaire canadien. Ce serait merveilleux d'avoir un Guide canadien de la santé mentale, qui dirait aux gens comment faire face au stress, aux inquiétudes, aux dépressions et aux sentiments normaux qu'ils éprouvent tous les jours. Santé Canada pourrait faire cela. Cela sensibiliserait le grand public à ce genre de questions.

Le sénateur Cochrane : Pour revenir à l'expérience de Mme Downey relativement au cercle de tambour, j'ai noté quelques petites choses que cet exercice comporterait, et qu'on pourrait souvent faire au sein de la collectivité autochtone. Voici quelques facteurs qui amélioreraient la santé.

Ce sont le défoulement et le partage des problèmes. C'est la possibilité de se parler. On fait partie d'un grand groupe plutôt que d'être isolé. On partage les solutions. On a l'appui des pairs. Ce sont là quelques-unes des choses qu'on peut faire n'importe quand dans un groupe comme le vôtre. C'est merveilleux, mais vous devriez passer le mot.

Mme Downey : Je vous en remercie. Une partie très importante de cette séance, c'est de parler du fond du cœur. Ce qu'on voit dans les journaux tous les jours nous désensibilise aux statistiques épeurantes. Nous sommes habitués aux histoires d'horreur. Afin

Talking to community people and hearing both the wellness promotion that is happening in addition to some of the success stories is critical to affecting change.

NAHO is in its infancy. We are working with our partners, both our Aboriginal organizations and our mainstream partners, but you have to have the funding committed to advance that work.We can identify it. We can take the surface layer off the work that needs to be done, but we need our organizations supported in order to do that, get that message out and work with the communities. That takes an investment and commitment on the part of the government to do that.

The Chairman: I would like to thank all of you for coming.

The committee adjourned.

de changer les choses, il faut parler aux gens des communautés et prendre connaissance des efforts de promotion du bien-être qu'ils font ainsi que de certaines de leurs expériences réussies.

L'Organisation nationale de la santé autochtone n'en est qu'à ses débuts. Nous travaillons avec nos partenaires, tant autochtones que non autochtones, mais il faut un financement fiable pour pouvoir faire progresser ce travail. Nous pouvons l'identifier. Nous pouvons préciser ce qu'il faut faire, mais nos organismes ont besoin d'appui pour faire cela, pour faire passer le message et pour travailler avec les communautés. Cela nécessite un investissement et un engagement de la part du gouvernement pour y arriver.

Le président : Je vous remercie tous d'être venus.

La séance est levée.

Canadian Psychological Association:

John Arnett, President.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

Kathryn Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Branch.

Thursday, April 21, 2005

Social Development Canada

Cecilia Muir, Director General, Office of Disability Issues;

Georges Grujic, Director, Programs, Office of Disability Issues.

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, National Executive Director;

Dr. John Service, Chair.

National Aboriginal Health Organization:

Bernice Downey, Executive Director.

Health Department, Inuit Tapiriit Kanatami:

Larry Gordon, Chairman, National Inuit Committee on Health.

Société canadienne de psychologie :

John Arnett, président.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le jeudi 21 avril 2005

Développement social Canada :

Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées;

Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale :

Phil Upshall, directeur exécutif national;

Le docteur John Service, président.

Organisation nationale de la santé autochtone :

Bernice Downey, directrice administrative.

Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami :

Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid Poste-payé
Lettermail Poste-lettre
1782711
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:

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

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

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

WITNESSES

Wednesday, April 20, 2005

Workers' Compensation Board of British Columbia:

Terry Bogyo, Director of Corporate Planning.

Canadian Medical Association:

Dr. Albert Schumacher, President;

Dr. Isra Lévy, Chief Medical Officer and Director, Office for Public Health

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, President.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Diane Sacks, Past President

Canadian Nurses Association:

Christine Davis, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses.

Canadian Mental Health Association:

Penelope Marrett, Chief Executive Officer

(*Continued on previous page*)

TÉMOINS

Le mercredi 20 avril 2005

Workers' Compensation Board of British Columbia :

Terry Bogyo, directeur de la planification corporative.

Association médicale canadienne :

Le docteur Albert Schumacher, président ;

La docteure Isra Levy, administratrice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique.

Association des psychiatres du Canada :

Le docteur Blake Woodside, président.

Société canadienne de pédiatrie :

La docteure Diane Sacks, présidente sortante.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale :

Penelope Marrett, chef de la direction.

(*Suite à la page précédente*)

Available from:
PWGSC – Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Disponible auprès des:
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca