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

Monday, June 6, 2005

Issue No. 18

Twenty-fifth and twenty-sixth 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 lundi 6 juin 2005

Fascicule n^{o} 18

Vingt-cinquième et vingt-sixième réunions concernant :

La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

42470-42471

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)

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)

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

VANCOUVER, Monday, June 6, 2005
(33)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Mackenzie 2 room of the Fairmont Waterfront in Vancouver, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

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

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and 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:

As individuals:

Rob Wipond, Writer;

Francesca Allan;

Ruth Johnson;

Doris Ray;

Bonita Allen.

Family Advisory Committee of Vancouver Mental Health Services:

Joan Nazif, Chair.

Rob Wipond, Francesca Allan and Ruth Johnson each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:49 a.m. the committee suspended its sitting.

At 11:00 a.m. the committee resumed its sitting.

Bonita Allen, Doris Ray and Joan Nazif each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 12:45 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

VANCOUVER, le lundi 6 juin 2005
(33)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h dans la salle Mackenzie 2 de l'hôtel Fairmont Waterfront de Vancouver, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

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

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

Sont également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

À titre personnel :

Rob Wipond, écrivain;

Francesca Allan;

Ruth Johnson;

Doris Ray;

Bonita Allen.

Comité consultatif des familles des Services de santé mentale de Vancouver :

Joan Nazif, présidente.

Rob Wipond, Francesca Allan et Ruth Johnson font chacun une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 10 h 49, la séance est suspendue.

À 11 h, la séance reprend.

Bonita Allen, Doris Ray et Joan Nazif font chacune une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 12 h 45, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

VANCOUVER, Monday, June 6, 2005
(34)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:36 p.m., this day, in the Mackenzie 2 room of the Fairmont Waterfront in Vancouver, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

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

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs, 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:

Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation:

Darrel Burnham, Executive Director.

Canadian Mental Health Association, British Columbia Division:

Bev Gutray, Executive Director.

Vancouver-Richmond Mental Health Network:

Susan Friday, President;

Ron Carten, Coodinator;

Lara Paul, Member.

Susan Friday, Ron Carten, Bev Gutray and Darrel Burnham each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 3:44 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

VANCOUVER, le lundi 6 juin 2005
(34)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 36 h dans la salle Mackenzie 2 de l'hôtel Fairmont Waterfront de Vancouver, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

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

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

Sont également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation :

Darrel Burnham, directeur administratif.

Canadian Mental Health Association, British Columbia Division :

Bev Gutray, directrice administrative.

Vancouver-Richmond Mental Health Network :

Susan Friday, présidente;

Ron Carten, coordonnateur;

Lara Paul, membre.

Susan Friday, Ron Carten, Bev Gutray et Darrel Burnham font chacun une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 15 h 44, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

VANCOUVER, Monday, June 6, 2005

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

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

[*English*]

The Chairman: Senators, we are here to continue our discussion of issues related to mental health, mental illness and addiction.

We have three witnesses, Francesca Allan, Rob Wipond and Ruth Johnson. Colleagues, in front of you are statements that the witnesses would like to put forward.

We normally ask each of you to read out your statements then we have a dialogue and questions.

Mr. Rob Wipond, Writer, as an individual: Honourable senators, I have been a researcher/writer on social issues for 20 years, specializing in mental health.

Mental health care is in a sorry state and could easily be much better. Your reports show this committee has a strong bias guiding it and this suggests you will contribute to worsening the situation rather than improving it.

It is good the committee recognizes the importance of community supports but I worry about the encouragement for forced psychiatry and increased psychiatric treatments. Your reports are frequently factually misleading and omit crucial information, and I am referring to all three reports, by the way.

Your discussion of forced treatment in the first report says all legislation must comply with the Canadian Charter of Rights and Freedoms. In fact, most knowledgeable lawyers argue our Mental Health Acts do not comply with the Charter. As we speak, several legal teams are challenging the Mental Health Act of British Columbia.

An Ontario case recently went to the Supreme Court and the patient won. Why are these very important facts not discussed? Worse, the report attacks provinces that allow people to refuse treatment.

If psychiatric treatment were effective and relieved suffering, we would not have the crisis that we have in our health care system. People would love their meds. Forced psychiatry exists because many people often do not feel better, or loathe the drugs and their damaging side effects.

Even more prejudicially, the next paragraph links no problems to jurisdictions where people can never refuse treatment, yet the problems are obvious and epidemic. Just once, treat a patient

TÉMOIGNAGES

VANCOUVER, le lundi 6 juin 2005

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

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous allons poursuivre notre étude des questions liées à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie.

Aujourd'hui, nous entendrons sur le sujet Francesca Allan, Rob Wipond et Ruth Johnson. Chers collègues, vous avez sous les yeux les exposés de chacun de nos trois témoins.

En règle générale, nous demandons aux témoins de lire leur exposé, après quoi nous passons à une période de discussions et de questions.

M. Rob Wipond, écrivain, à titre personnel : Honorables sénateurs, je suis chercheur et auteur dans le domaine social depuis 20 ans. Je suis spécialisé dans la santé mentale.

La piètre qualité des soins offerts en santé mentale pourrait être nettement améliorée. Vos rapports font ressortir les préjugés du Comité, ce qui me porte à croire que vous contribuerez à empirer les choses et non le contraire.

Le Comité a tout à fait raison de souligner l'importance du soutien communautaire, mais il m'inquiète quand il préconise la prestation de traitements et de soins obligatoires en psychiatrie. Vos rapports errent trop souvent sur le plan factuel, ou ils omettent des données essentielles — c'est le cas des trois rapports, sans aucun doute.

Quand vous abordez la question des traitements obligatoires dans votre premier rapport, vous affirmez que toutes les lois doivent être conformes à la Charte canadienne des droits et libertés. Or, tous les avocats versés dans le domaine sont d'avis que les lois en matière de santé mentale violent la Charte. Actuellement, divers groupes juridiques contestent la Mental Health Act de la Colombie-Britannique.

Plus récemment, en Ontario, une affaire s'est rendue jusqu'à la Cour suprême, et le patient a obtenu gain de cause. Pourquoi passe-t-on sous silence des faits aussi importants? Et encore plus grave, le rapport s'en prend aux provinces qui permettent aux gens de refuser des traitements.

Si les traitements psychiatriques étaient efficaces et parvenaient à soulager la souffrance, notre système de santé ne serait pas dans la situation de crise qu'on lui connaît actuellement. Les gens adoreraient leurs médecins. Nous en sommes venus à imposer les traitements psychiatriques parce que les patients, trop souvent, ne se sentent pas mieux, ou parce qu'ils en viennent à détester les médicaments et leurs terribles effets secondaires.

Encore plus préjudiciable, le paragraphe suivant ne voit aucun problème à ce qu'un ressort interdise de refuser un traitement, malgré la gravité des problèmes et leur caractère épidémique. Il

against her will and if you do not alleviate suffering, you have lost that person's trust and intensified her fears forever. This is a vital issue for virtually all patients and ex-patients I have interviewed. Many are terrified of the mental health system. Why do we ignore this fact? Why are we not looking for solutions to this problem?

The report then highlights this quotation:

> Compulsory treatment will usually restore someone's freedom of thought from a mind-controlling illness.

This is deeply biased Orwellian word twisting. This entire section is utterly dismissive of the real, extremely controversial issues surrounding relations of power in our mental health system.

In B.C., patients have virtually no rights and they seldom regard incarceration and drugging as liberating. Psychiatrists who do not want to relinquish any power obviously heavily influenced your report and it is a travesty that you apparently let them block serious questions in your third report.

Without rectifying that extreme, constantly threatening power imbalance, our entire system is thoroughly poisoned.

We endorse forced psychiatry based on an assumption that science can identify mental illness and treat it appropriately. This assumption is false. There is no established legal or scientific standard for what constitutes a psychiatric examination for a mental illness.

We hear this theory of biochemical imbalances and fantasize that psychiatrists in our hospitals examine people's brain chemistry. They do not. The U.S. Surgeon General admits:

> There is no definitive lesion, laboratory test or abnormality in brain tissue that can identify mental illness.

The Diagnostic and Statistical Manual 'Normal' Disorders concedes the causes of mental illnesses remain unknown. Psychiatrists exam you any way they like. Mostly they talk with you and observe behaviour. That is it. The closest things we have to standardized examinations, which are sometimes used, are general psychological tests. These tests for depression have questions like:

> Which statement best describes how you feel: I do not feel sad; I feel sad much of the time; I am so sad I can't stand it.

suffit d'un seul traitement imposé qui ne donne aucun résultat pour perdre la confiance d'une patiente, pour ancrer à jamais ses craintes, amplifiées. C'est une question cruciale pour la grande majorité des patients et des anciens patients que j'ai interrogés. Beaucoup ont été terrifiés par le système de santé. Pourquoi jouer à l'autruche? Pourquoi ne cherchons-nous pas des solutions à ce problème?

Le rapport poursuit avec cette citation :

> Les traitements obligatoires, en règle générale, redonnent sa liberté de penser au patient délivré de sa maladie qui contrôle son esprit.

C'est une façon de penser digne d'Orwell, très tordue. Toute la section fait totalement abstraction des enjeux réels et extrêmement litigieux qui entourent les relations de pouvoir dans notre système de santé mentale.

En Colombie-Britannique, les patients sont à toutes fins utiles privés de droits. Je ne pense pas qu'ils associeraient hospitalisation et médication à liberté. Les psychiatres, très jaloux de leurs pouvoirs, ont eu une influence très manifeste sur votre rapport. Il est déplorable que vous les ayez laissés vous empêcher de traiter de questions d'une urgente actualité dans votre troisième rapport.

Si on ne fait rien pour remédier au déséquilibre des forces, une situation extrêmement dangereuse, le poison sera mortel pour notre système.

Les traitements psychiatriques obligatoires ont été autorisés parce qu'on a tenu pour acquis que la science avait le pouvoir d'identifier les maladies mentales et de les traiter de façon appropriée. Malheureusement, l'hypothèse de départ est totalement erronée. Il n'existe aucune norme juridique ou scientifique établie pour mener un examen psychiatrique permettant de diagnostiquer une maladie mentale.

Nous entendons à tous vents la théorie des déséquilibres biochimiques. Nous sommes dorénavant convaincus que les psychiatres étudient la chimie du cerveau des patients dans les hôpitaux. C'est un fantasme. Voici la conclusion à cet égard du directeur du service de santé publique des États-Unis :

> Il n'existe pas de lésion irréversible, de test de laboratoire ou d'anomalie des tissus cérébraux qui peuvent mener à un diagnostic sûr de maladie mentale.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux « normaux »* concède que les causes des maladies mentales demeurent inconnues. Les psychiatres font l'examen à leur gré. Le plus souvent, ils parlent avec le patient et observent son comportement. C'est tout. Ce qui ressemble le plus à un examen normalisé, et que l'on utilise à l'occasion, ce sont les tests psychologiques généraux. Ces tests de dépistage des symptômes de dépression comportent des questions du type :

> Quel énoncé décrit le mieux comment vous vous sentez : je ne me sens pas triste; je me sens triste la plupart du temps; je suis tellement triste que c'est insupportable.

Now, if I ask you right now whether you are agitated or really agitated, we can call this exchange a lot of things but rigorously scientific is not one of them. Nevertheless, these types of utterly subjective error-prone dialogues and observations are the foundation of all diagnoses of mental illness in Canada and all forced treatment.

The absence of any discussion of this in your report has enormous ramifications, because if a diagnosis of mental illness is not based in science, what is it based in?

Let us watch it in action. Your report says:

> The benefits of early intervention extend to numerous mental illnesses and to individuals of all age groups.

Scientific evidence does not support these fantastic claims. According to the definitive "Early Intervention for Psychosis (*Cochrane Review*)" for example, there were, "insufficient trials to draw any definitive conclusions." The few conducted trials found "no difference between intervention and control groups."

The benefit of early intervention is a controversial hypothesis, and how could we be conclusive when we are not even sure how to examine people for mental illness? Indeed, the CMHA did an early intervention study and found "nearly half of the participants received an incorrect diagnosis."

Of course, if psychiatrists diagnose incorrectly 50 per cent of the time, the "corrections" are likely wrong 50 per cent of the time too. Therefore, this study actually suggested a 75 per cent error rate in early intervention, which does not beat dice throwing for accuracy.

Who guided those extraordinarily exaggerated claims into your report?

Consider how dangerous they are. Suppose we have a distracted, lethargic boy, and a focused, energetic boy. I say this distracted, lethargic boy has a biochemical brain imbalance; we must force him to drink twelve cups of coffee and pop some black beauties and smoke crack every day and he will be as successful as this other boy. You would laugh me out of here, would you not? Worse, you would say, first off, how do we decide if either lethargy or fervour is an illness? We are just holding these children up to arbitrary social standards. Furthermore, how could anyone seriously suggest that turning our children into drug addicts is a reasonable solution to any of their psychological problems? Consider the long-term damage of extended drug use.

Si je vous posais la question suivante, là, sur-le-champ : « Comment vous sentez-vous? Fébrile ou vraiment fébrile? », comment pourrions qualifier l'échange? Toutes sortes d'épithètes pourraient s'appliquer, mais certainement pas l'épithète « scientifique. » Pourtant, c'est ce type d'échanges et d'observations outrancièrement subjectifs et sujets à l'erreur qui constituent le fondement de tous les diagnostics de maladie mentale posés au Canada et qui sont à l'origine des traitements imposés.

L'oubli de ces faits dans votre rapport a toutes sortes d'incidences. En effet, si un diagnostic de maladie mentale n'est pas fondé sur des critères scientifiques, sur quoi donc est-il fondé?

Je vais vous entraîner dans une observation dynamique. Vous dites dans le rapport :

> Les avantages d'une intervention précoce se constatent dans le cas de nombreuses maladies et pour tous les groupes d'âge.

Malheureusement, aucune preuve scientifique ne soutient des prétentions aussi prometteuses. Dans l'article « Early Intervention for Psychosis » (*Cochrane Review*), qui a fait date, il est affirmé qu'on n'a pas fait suffisamment d'essais pour tirer des conclusions finales. Les rares essais menés n'ont révélé aucune différence entre les groupes ayant subi des interventions et les groupes témoins.

L'hypothèse des avantages de l'intervention précoce est très controversée. Comment peut-on être si catégoriques alors que nous ne disposons d'aucune méthode sûre pour examiner les personnes souffrant de maladie mentale? Selon une étude de l'ACSM sur l'intervention précoce, près de la moitié des participants avaient reçu un diagnostic erroné.

Nul besoin d'être fort en calcul pour conclure que si les psychiatres posent un diagnostic erroné dans la moitié des cas, il est fort à parier que les « correctifs » proposés sont tout aussi erronés dans la moitié des cas. C'est pourquoi cette étude présume que le taux d'erreur est de 75 p. 100 dans les décisions d'intervention précoce — on pourrait lancer les dés et obtenir le même taux de précision.

Qui a inspiré ces assertions outrancièrement exagérées dans votre rapport?

Il faut bien voir à quel point elles sont dangereuses. Prenons le cas de deux garçons : l'un est distrait et léthargique, l'autre est concentré et énergique. J'affirme que le garçon distrait et léthargique souffre d'un déséquilibre biochimique au cerveau, et qu'il faut le forcer à boire douze tasses de café, à avaler des stimulants et à fumer du crack tous les jours pour égaler le niveau de réussite de l'autre garçon. Vous poufferiez de rire, n'est-ce pas? Au pire, vous insisteriez pour que je vous explique comment nous arrivons à la conclusion que la léthargie ou la fébrilité est une maladie. « Ces garçons sont évalués sur la base d'une norme sociale arbitraire », me diriez-vous. Qui plus est, comment peut-on affirmer que la transformation d'un enfant en un toxicomane constitue un traitement judicieux des problèmes psychologiques, quels qu'ils soient? « Soyons sérieux! me diriez-vous. L'abus de drogues entraîne des risques à long terme, il ne faut pas l'oublier. »

Ritalin is a damaging, addictive amphetamine, not unlike cocaine or black beauties, and that is why it is now a common street drug too. Four months ago, Health Canada banned the attention deficit amphetamine Adderall, after it killed 14 children.

Many studies have shown that more exposure to psychiatrists means more diagnosis of psychiatric illnesses. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* DSM calls love sickness and computer addiction mental illnesses. This is what you are setting our children up for when you advocate early intervention: Stigma, drug addiction, brain damage and potentially, death. You had better be sure your science is solid, and it is not.

Your reports broadly support increasing access to psychiatric treatments without reviewing the most common treatments. Doing so provides crucial insights into why our mental health care system is in crisis. Psychiatrists prefer descriptives like "antipsychotics" and "mood stabilizers." In lay terms, the most common drug treatments are tranquilizers, highly addictive sedatives, amphetamines and a variety of drugs with clinical pharmacologies that state "the mechanism of action is unknown." Most can be extremely damaging.

Studies on these drugs have been on small groups of people for short periods. More people drop out than experience meaningful improvement in their condition. Even then, most receive funding from the biased drug manufacturers. The leading medical journals have spent several years trying to establish new regulations to make these studies more honest and reliable.

The other common treatment is electroconvulsive therapy; electric shocks to the brain. In the early literature, psychiatrists stated that its therapeutic action was brain damage; patients forgot their problems. Nowadays, psychiatrists say the therapeutic action of ECT is unknown but there are side-effects of memory loss.

When you advocate forced treatment and support earlier and more psychiatric interventions, you set people up for sedative and amphetamine addictions, electrical shocks to the brain and poorly understood brain chemistry experiments.

The Senate committee, like much of the public, has developed a distorted sense of the efficacy and safety of psychiatric treatments. We have given psychiatrists supreme authority. Our faith is woven from wishful thinking, conflicts of interest, and a focus on behaviour control over genuine healing.

Le Ritalin est une amphétamine dommageable et toxicomanogène, tout comme la cocaïne et les stimulants. C'est d'ailleurs pourquoi il est maintenant vendu dans la rue. Il y a quatre mois de cela, Santé Canada a interdit la vente du Adderall, une substance amphétamine prescrite pour les déficiences de l'attention qui a causé la mort d'un enfant de quatorze ans.

Nombre d'études ont montré que l'exposition aux psychiatres mène à un plus grand nombre de diagnostics de maladies psychiatriques. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le MDS, classe les carences affectives et la dépendance à l'informatique parmi les maladies mentales. C'est à cela que vous condamnez les enfants quand vous défendez l'intervention précoce : stigmatisation; toxicomanie; lésions au cerveau et, éventuellement, la mort. La défense de cette position doit être assise sur des preuves scientifiques inattaquables, ce qui est loin d'être le cas.

Vos rapports appuient sans limite l'accès accru aux traitements psychiatriques, sans approfondir l'examen des traitements les plus courants. Une telle approche fait ressortir les causes profondes de l'état de crise de notre système de santé mentale. Les psychiatres préfèrent s'en remettre aux descriptions telles que « antipsychotiques » et « régulateurs de l'humeur ». Plus simplement, les médicaments les plus courants sont des calmants, des sédatifs à fort potentiel d'accoutumance, des amphétamines et toutes sortes de médicaments dont la pharmacologie clinique nous annonce que « le mode d'action est inconnu ». La plupart peuvent avoir des effets délétères très graves.

Les études sur ces médicaments ont porté sur de petits groupes, pendant de courtes périodes. La plupart abandonnent et connaissent une amélioration substantielle de leur état. Le pire est que la plupart des études sont financées par des fabricants de médicaments intéressés. Les principaux bulletins médicaux ont tenté pendant de nombreuses années de faire adopter de nouveaux règlements qui garantiraient l'intégrité et la fiabilité de ces études.

L'électroconvulsothérapie est un autre traitement de choix — les patients reçoivent des électrochocs au cerveau. Dans les premiers rapports documentaires, les psychiatres reconnaissaient que cette thérapie causant des lésions au cerveau faisait oublier leurs problèmes aux patients. De nos jours, les psychiatres avouent ne pas connaître l'effet thérapeutique de la TEC, mais que ses effets secondaires comptent les pertes de mémoire.

En recommandant les traitements obligatoires et des interventions plus précoces des psychiatres, vous condamnez les intéressés à la dépendance aux sédatifs et aux amphétamines, aux électrochocs au cerveau et à des expériences mal comprises sur la chimie du cerveau.

Le Comité sénatorial, à l'instar de l'ensemble de la population en général, est sous l'emprise d'une image déformée de l'efficacité et de la sécurité des traitements psychiatriques. Nous avons investi les psychiatres d'un pouvoir suprême. Notre foi repose sur la pensée magique, elle est tissée de conflits d'intérêts et de la plus grande importance accordée à la maîtrise du comportement au détriment d'une véritable guérison.

Consider that the B.C. government recently dismissed environmental concerns and expanded fish farming. Suppose, hypothetically, every provincial politician worked in the fish farming industry and also took personal gifts from fish farming companies. Would you say "unimportant," "we can still trust our politicians to make a balanced scientific decision about expanding fish farming." That is exactly the situation we are in with psychiatrists and the drug industry.

Meanwhile, independent World Health Organization studies have consistently shown that outcomes for people diagnosed with mental illnesses are significantly better in India, Nigeria and other much poorer countries than they are in wealthier nations where drugs are the widely available first line of treatment. One study concluded:

> Being in a developed country was a strong predictor of not attaining a complete remission from mental illness.

Your report ignores this and exhibits other cultural biases. It laments, "Aboriginal communities suffer significantly higher rates of mental illness."

The Aboriginal liaison for Victoria's psychiatric hospital put that differently in an interview with me,

> Are there Aboriginal people who have a cultural viewpoint of the world that makes them more susceptible to a mental health diagnosis?

That question is not in your report. Ample research has shown that culture, lifestyle and spiritual difference are crucial factors in diagnoses and forced treatment. If you start seeing gods and demons and believe you are approaching a mystical breakthrough, it is not at all likely that a psychiatrist is going to support your exploration. He is going to call you "delusional," probably "schizophrenic" and tranquilize you.

Your report laments that Canada has only four Aboriginal psychiatrists but shows no concern for the lack of traditional Aboriginal healers in our psychiatric hospitals. That was a major concern of our Aboriginal liaison and this same issue extends further. Where are the Jungian psychologists, the transpersonal psychotherapists, the Hindu yoga gurus, the Buddhist meditation teachers?

Supposons que le gouvernement de la Colombie-Britannique ait récemment décidé de faire fi des effets environnementaux et qu'il ait autorisé un accroissement des élevages piscicoles. Supposons, de façon tout à fait hypothétique, que tous les politiciens de la province travaillent pour l'industrie piscicole et acceptent des cadeaux personnels des entreprises du secteur. Auriez-vous le réflexe de dire : « Ce n'est pas important, nous pouvons faire confiance aux politiciens pour prendre une décision fondée scientifiquement concernant l'expansion de l'industrie piscicole. »? C'est pourtant ce que nous faisons en donnant plein pouvoir aux psychiatres et à l'industrie pharmaceutique.

Des études indépendantes de l'Organisation mondiale de la Santé ont tour à tour démontré que le traitement des personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale est de loin plus efficace en Inde, au Nigeria et dans d'autres pays très pauvres qu'ils ne le sont dans des pays mieux nantis où le traitement de première ligne est la médication. Voici ce qu'en conclut l'une de ces études :

> Le fait de vivre dans un pays développé était assorti d'un risque très élevé de guérison incomplète d'une maladie mentale.

Votre rapport escamote cette réalité et il dénote d'autres préjugés culturels. Il déplore que « les collectivités autochtones connaissent des taux de maladies mentales [...] nettement plus élevés ».

La personne ressource pour les Autochtones de l'hôpital psychiatrique de Victoria a donné une toute autre interprétation de la réalité lorsque je l'ai interrogée :

> Peut-être les Autochtones ont-ils des perspectives culturelles qui les rendent plus susceptibles de recevoir un diagnostic de maladie mentale?

La question ne paraît nulle part dans votre rapport. Pourtant, d'innombrables travaux de recherche ont conclu que les différences au chapitre de la culture, du mode de vie et de la spiritualité représentent des facteurs fondamentaux dans les diagnostics posés et les traitements imposés. Si vous vous mettez à voir des dieux et des démons, et si vous croyez que vous êtes sur le point de connaître un éveil mystique, il serait fort surprenant qu'un psychiatre vous accompagne dans votre exploration. Il vous qualifiera de sujet « délirant », sans doute de « schizophrène », et il vous tranquillisera.

Votre rapport déplore que le Canada compte seulement quatre psychiatres autochtones, mais il ne s'inquiète pas du manque de guérisseurs autochtones traditionnels dans nos hôpitaux psychiatriques. C'était l'une des principales préoccupations de la personne ressource pour les Autochtones que nous avons rencontrée, et ce problème a d'autres ramifications. Où sont les psychologues jungiens, les psychothérapeutes transpersonnels, les maîtres de yoga hindous et les professeurs de méditation bouddhistes?

If this makes you roll your eyes, or want to, as it does many psychiatrists that I have interviewed, you exemplify the severe prejudice in our mental health system.

This is a major issue of belief differences which your report rarely addresses and it is a primary aspect of the crisis in our mental health system for many patients.

Your report notes "there is a significant lack of accountability mechanisms." Doctors police themselves. I believe only one modern Canadian psychiatric hospital has ever undergone a comprehensive independent investigation. That one investigation found "systemic" abuse of patients' rights, although few of its recommendations have been implemented.

What proof do the people who hold the power in our mental health care system have that anything they are doing is truly helping our society?

What large-scale statistical evidence do they provide of improved mental health in Canada? What large-scale statistical evidence do they provide of improved mental health in Canada?

In fact, all the evidence shows everything is getting worse. Meanwhile, every time things do get worse psychiatrists say they need tougher mental health laws, earlier interventions, more public outreach, community treatment orders and on and on. They are putting infants on antidepressants. As many as one in five kids are on drugs. Five per cent of our population is addicted to prescription sedatives. Electroshock is increasing. Lobotomies are performed right here in Vancouver.

Where will it stop and when will we say that maybe we need to develop a model of mental health care that is not oriented around drugs and forced treatment.

The Chairman: Thank you very much.

Ms. Francesca Allan, as an individual: Senators, I am a patient and an ex-patient and I spent about four years, not necessarily all of that time in the hospital, but perhaps out on a warrant, still committed, but allowed to live outside the hospital.

I know what I am talking about as far as what it is like to have a psychiatric label and I just want to get this off my chest right away: I do not believe in psychiatry, I do not think it has the answer.

I just do not know how you can take a person in emotional distress, and force that person to do things that he or she very much does not want to do. In many cases, they force the person to do very dangerous things. Psychiatry is not interested in making you feel empowered. The crux of feeling good is feeling that you have some control over your destiny and that is something that psychiatry just does not do.

Si vous levez les yeux au ciel en entendant ces propos, ou si vous êtes tentés de le faire, comme l'on fait beaucoup de psychiatres que j'ai interrogés, alors vous reprenez à votre compte les préjugés fortement ancrés qui empoisonnent notre système de santé mentale.

C'est un exemple très net de fossé des croyances, sur lequel votre rapport est plutôt discret mais qui pourtant est l'une des principales causes de la crise dans notre système de santé mentale pour de nombreux patients.

Votre rapport souligne le « manque criant de mécanismes de reddition de comptes ». Les médecins s'autosurveillent. Je crois qu'un seul hôpital psychiatrique moderne a fait l'objet d'une enquête indépendante au Canada. L'enquête a révélé des violations « systémiques » des droits des patients, mais peu de recommandations ont été mises en oeuvre.

Comment ceux qui tiennent les rênes dans notre système de santé mentale pourraient-ils nous prouver que leurs actes sont vraiment utiles à notre société?

Où sont leurs preuves statistiques à grande échelle que la santé mentale s'améliore au Canada? Où sont ces preuves?

Ils n'en ont pas parce que tout indique que nous allons vers une détérioration. Et plus les choses se corsent, plus les psychiatres exigent des lois plus musclées en matière de santé mentale, qui imposerait des interventions plus précoces, leur donneraient plus de pouvoirs pour s'immiscer dans la population, des ordonnances de traitement en milieu communautaire, et que sais-je encore. Ils traitent les enfants à coups d'antidépresseurs. Un enfant sur cinq est médicamenté. C'est énorme! Les électrochocs deviennent monnaie courante. On procède à des lobotomies, ici, à Vancouver.

Où le train s'arrêtera-t-il et quand nous résoudrons-nous à élaborer un modèle de soins de santé mentale qui n'est pas fondé sur la médication et les traitements obligatoires?

Le président : Merci beaucoup.

Mme Francesca Allan, à titre individuel : Honorables sénateurs, je suis une patiente et une ancienne patiente. J'ai passé environ quatre ans, pas toujours à l'hôpital, parfois sous tutelle — pendant toutes ces années, je devais subir des traitements, mais je pouvais résider à l'extérieur de l'hôpital.

Je sais donc de quoi je parle quand je décris les séquelles de l'étiquette de psychiatrisée qui me colle à la peau. Je vais donc me débarrasser tout de suite du poids que je porte sur le coeur : je ne crois pas à la psychiatrie. Je ne crois pas à ses solutions.

Je ne vois même pas comment on peut amener une personne en pleine détresse émotive et la forcer à faire ce qu'elle ne veut pas faire. Souvent, on force les patients à faire des choses très dangereuses. La psychiatrie n'est pas intéressée à ce que les patients se sentent en pleine possession de leurs moyens. Pour se sentir bien, une personne doit avoir le sentiment d'avoir un certain contrôle sur ce qui lui arrive, ce que la psychiatrie ne fait pas.

I am also involved in litigation against my former psychiatrist and as part of that, you have to get your medical records and go through them. One thing just stuck out so much because the people that wrote this were probably members of the psychiatric nursing team and they said that I expressed "feelings of powerlessness." "We explained to her that electroconvulsive therapy will increase her feelings of power and will make her feel better." They do not refer to the therapy as "forced" they call it "without consent." I do not know exactly how they worded it but that was the gist of it. I do not know how dragging me kicking and screaming out of an intensive care ward to have something done that is just unbelievably invasive is supposed to empower you, is it just so offensive to me.

I do not believe in involuntary treatment for anybody. I mean, if I had a friend who was having a real crisis I might say this person has to be inside, they are in danger outside, but it is a very, very far cry from saying that somebody has to be restrained, removed from their social situation, it is a far cry from that to saying we are just going to start messing with your head.

My biggest problem with psychiatry is that I have just seen so many horrendous mistakes. I have put down my labels: Schizophrenia, schizoaffective disorder, clinical depression and borderline personality disorder. These are not just labels, with each label came six months or a year of intensive treatment. The hospital that Rob was talking about, they not only talked about systemic abuse of patients, they were talking about actual abuse of patients and I do not know what the percentage is but I believe it was over 50 per cent of the females in Riverview were sexually or physically abused. Is that right?

Mr. Wipond: I am not sure of the statistics.

Ms. Allan: Oh, sorry. There is just something terribly wrong with that and in the paper that I gave you — I mean I could talk for days about what is the matter with the system, I just pulled the few that really speak to me, one of them is the legal standard for involuntary certification. Whoever wrote the Mental Health Act in B.C. had their heart in the right place, but the way that it is applied is not contemplating that statute correctly.

I was a voluntary patient, asked to leave, and had been certified on that basis without them even having — well, at one time, they tried to do it over the phone; a nurse just wanted to talk to the doctor and said. "She is trying to leave, we better certify her." That is not what the act meant when it said a "second physician," which is supposed to be a safeguard, must examine you.

A huge problem is that people are voluntary patients and on that basis, 80 per cent of patients are voluntary. They are not voluntary if the threat is to change their status to "involuntary."

J'ai intenté une poursuite contre mon ancien psychiatre, ce qui m'a obligée à demander mon dossier médical et à le lire. L'un des éléments qui ressort le plus clairement de tous ces rapports, probablement rédigés par le personnel infirmier en psychiatrie, sont les « sentiments d'impuissance » que j'exprimais. « Nous lui avons expliqué que l'électroconvulsothérapie augmenterait sa force intérieure, et qu'elle se sentirait mieux. » Dans le dossier, il n'est pas dit que la thérapie était « imposée », mais plutôt qu'elle avait été administrée « sans consentement ». Je ne me souviens plus des mots exacts, mais c'était le sens. Je ne vois vraiment pas comment le fait de me traîner dans une unité de soins intensifs, me débattant et hurlant, pour me faire subir un traitement aussi invasif aurait pu me renforcer. C'est très agressant!

On ne devrait pas imposer de traitements, jamais, à quiconque. Bien entendu, si mon ami est dans un état de crise aiguë, je donnerais probablement mon consentement à ce qu'il soit hospitalisé si je sens qu'il est en danger à l'extérieur. C'est tout à fait autre chose que de dire qu'il devrait être confiné, retiré de sa situation sociale. C'est tout à fait autre chose que de dire à quelqu'un : « Nous allons te trafiquer le cerveau. »

Ce que je reproche le plus à la psychiatrie est d'avoir fait tant d'erreurs affreuses. J'ai toutes sortes d'étiquettes : schizophrénie; trouble schizo-affectif; dépression clinique et trouble de la personnalité limite. Ce ne sont pas seulement des étiquettes : chacune dissimule entre six mois et une année de traitements intensifs. Dans l'hôpital dont Rob a parlé, on ne parlait pas de violence systématique contre les patients, mais de violence réelle contre les patients. Je ne sais pas quel est le pourcentage au juste, mais je crois que plus de la moitié des femmes hospitalisées à Riverview ont subi de la violence sexuelle ou physique. Est-ce que vous le savez?

M. Wipond : Je n'ai pas les statistiques exactes.

Mme Allan : Désolée. La situation est tout simplement horrible. Dans le document que je vous ai remis — je pourrais parler des journées entières de ce qui ne va pas dans le système, mais j'ai simplement fait ressortir les quelques problèmes les plus criants à mes yeux, dont l'un est le critère juridique utilisé pour justifier la délivrance d'un certificat de traitement obligatoire. Les législateurs à l'origine de la Mental Health Act de la Colombie-Britannique avaient le coeur à la bonne place, mais l'application n'a tout simplement pas suivi.

J'étais une patiente volontaire. Quand j'ai demandé à quitter, on a délivré un certificat à mon endroit sur cette base, sans même qu'ils... Une fois, ils ont tenté de procéder par téléphone. Une infirmière a demandé à parler au médecin et lui a dit : « Elle veut quitter, vaudrait mieux émettre un certificat. » Ce n'est pas ce que la Loi sous-entend quand elle parle d'obtenir l'avis d'un deuxième médecin.

Le fait est que la plupart des patients sont volontaires — dans 80 p. 100 des cas, ils reçoivent les traitements de façon volontaire, ce qui pose un immense problème puisqu'ils cessent d'être volontaires quand on les menace de leur faire subir des traitements comme s'ils étaient des patients en placement non volontaire.

The option of electroconvulsive therapy in exchange for an early release forced me to sign the consent form; this is not consent, it is coercion. Many things are "voluntary," but many things that we consent to are not voluntary. It is just like if you put a gun to my head and make me sign over my property to you, that does not equate to consent and that is virtually what the doctors do to the patients.

Although there is a provision for informed consent, it is just not done. The psychiatrist that I am involved in litigation with was quite blatant about saying that he did not believe in informed consent; it upset the patients, it was not a good thing. I just do not think that decision is something that the psychiatrist should make. They give us drugs without information on their side effects.

Another huge problem in the hospital is that they are looking for ease of management. Like, it is easier when people are drugged, they are no trouble, and they are just staring at the wall, staring at the TV. That might be a good thing for the staff. We should not be concerned with what is good for the staff; we should be concerned with how these patients will get better and ultimately end up going back to their lives.

I do not know, this just looks like a bunch of words now but I think that there are some disturbing things, like the TMAP algorithm thing. Mr. Bush wants everybody screened in Grade 2. It sounds like a joke but he is quite serious. Pfizer, Eli Lilly and others will do the testing. These are not disinterested parties. That is just crazy. There are members of the psychiatric establishment that support psychiatric drugs.

I cannot tell you how profound an impact a psychiatric label makes on your life. I mean, I lost my job and I lost my means for getting another job because I had been in the hospital.

As an involuntary mental patient, even outside of the hospital, you are the lowest of the low. A convicted felon faces fewer stigmas than we do. I was ill about 15 years ago, then I got better, and then I was out for 12 years and I did not have any care whatsoever but I was younger then. I was 20 and I was very selfish and I was just so happy to be out of the system I just thought, well, every man for himself, I am out, that is it. It happened again 15 years later, nothing had changed, some things were even worse, and this time it is just not good enough for me to get out and say I am done. I have no choice but to see what little I can do about what our society does to people that are just not getting along.

I think there are many things that need to be changed.

On m'a offert le choix d'une électroconvulsothérapie en échange d'une libération précoce pour me forcer à signer le formulaire de consentement. À mes yeux, ce n'est pas un consentement, c'est de la coercition. Beaucoup d'aspects sont « volontaires », mais il arrive souvent que nous donnions notre consentement de façon involontaire. C'est comme si on m'avait mis un fusil sur la tempe pour me faire signer une cession de biens. On ne pourrait pas dire que j'ai donné mon consentement — c'est pourtant ce que font les médecins avec les patients.

Selon la loi, le médecin doit obtenir un consentement éclairé, mais cette disposition n'est pas appliquée. Le psychiatre que je poursuis ne se cachait pas pour dire qu'il ne croyait pas au consentement éclairé. Selon lui, c'était trop dérangeant pour les patients, ce n'était pas bon pour eux. Selon moi, cette décision ne devrait pas appartenir au psychiatre. Les médecins nous administrent des médicaments sans connaître les effets secondaires.

L'autre problème grave vient de ce que les hôpitaux cherchent à simplifier l'administration. C'est plus facile si les patients sont médicamentés, parce qu'ils ne dérangent plus. Ils restent là à plonger leur regard vide dans le mur ou la télé. C'est sans doute mieux pour le personnel. Mais nous ne devrions pas nous demander ce qui est le mieux pour le personnel. Nous devrions nous demander comment ces patients prendront du mieux afin de pouvoir retourner à leur vie normale.

Je ne sais pas... C'est peut-être pour vous un amas de mots lancés en l'air, sans but... À vrai dire, je veux vous faire comprendre qu'il y a des problèmes sérieux, dont l'algorithme TMAP n'est qu'un exemple. M. Bush a demandé que tous les élèves soient évalués dès la deuxième année. On pourrait penser que c'est une mauvaise blague, mais non, il est très sérieux. Pfizer, Eli Lilly et d'autres sociétés feront les tests. Ce ne sont pas des parties désintéressées. C'est tout simplement fou. Certains membres de l'establishment psychiatrique moussent la vente des médicaments psychiatriques.

Les mots me manquent pour vous faire comprendre l'impact profond d'une étiquette psychiatrique sur la vie d'une personne. J'ai perdu mon emploi et j'ai perdu tout moyen d'en trouver un autre parce que j'ai été hospitalisée.

Les malades mentaux réfractaires au traitement, même à l'extérieur d'un hôpital, sont au plus bas de l'échelle. Un truand condamné porte moins de stigmates que nous. J'ai été malade il y a 15 ans environ, puis j'ai pris du mieux et, pendant 12 ans, je n'ai reçu aucun soin. J'étais plus jeune à l'époque. J'avais 20 ans et j'étais si égoïste, si contente de m'être sortie du système. Je me disais : « C'est chacun pour soi. Je suis sortie, c'est terminé. » Puis mes problèmes ont recommencé 15 années après. Rien n'avait changé, et même que certaines choses s'étaient empirées. Je ne pouvais plus me réjouir d'être sortie en pensant que c'était terminé. Je n'ai plus le choix de constater que j'ai très peu de moyens pour changer la façon dont notre société traite ceux qui sont simplement différents.

Beaucoup doit être changé.

I am involved with the Civil Liberties Association in Victoria. They are an offshoot of B.C. Civil Liberties and I sort of hijacked their meetings for a couple of months and made them talk about this issue. They came up with a *Statement of Principles re Mental Health Treatment*, which is now in the hands of B.C. Civil Liberties who will possibly put together a position paper or join one of these actions as an intervener.

When I went to see them, it was a very small group and some of them I knew from before, so it was very casual and I said, "I want to have the Mental Health Act repealed." They told me to forget it and we started to talk about how to make it better. I defer to their judgment because they are smart people and have been doing civil liberties for 30 years, most of them. Anyway, what they came up with is really worth a read. If that, in conjunction with the current Mental Health Act the way it is, if it was actually followed, I would not be as happy as I would be if there was no such thing but I could sleep better. I would be okay with that.

The Chairman: Thank you.

Ms. Ruth Johnson, as an individual: I would like to speak on preferred housing options for your consideration, not because I am a public speaker but because I feel so strongly about the issue.

I am a consumer of mental health services, which means I am a patient, I am a client, I am a number of labels, I am a peer support worker for CMHA, and I volunteer three days a week at the psychiatric ward as a peer support worker. You will find the blue pamphlet in the handouts.

I have been on a committee for the hard to house for ten years and helped plan five consumer conferences. I sit as a consumer on the Advisory Council for Mental Health.

I have heard from many people on client issues and housing. Affordable supported housing is one of the primary needs to stabilized mental health. The B.C. guidelines practices for mental health agree with this and go a long way to support individual care. I see it as one of the biggest government directives in client care and accountability.

The effect of stigma and poverty are still the hardest to bear. The shelter allowance here is only $325 per month. The availability of apartments in that price range is almost non-existent and roommates can provide extra stress. The government must provide additional shelter allowance funds.

Housing limitations directly affect admittance to and discharge from the psychiatric ward. We need a variety of housing on a continuum of care from tertiary to boarding homes to block

Je suis associée à un groupe de libertés civiles de Victoria, la Civil Liberties Association. Il s'agit d'une ramification de la B.C. Civil Liberties. J'ai en quelque sorte piraté leurs réunions pendant quelques mois, pour les forcer à débattre de la question. De ces réunions est sorti le document *Statement of Principles re Mental Health Treatment*, qui a été déposé auprès de B.C. Civil Liberties, qui devrait produire un exposé de position ou prendre part à l'une des interventions de l'association de Victoria.

Quand je me suis présentée à ce très petit groupe, dont je connaissais déjà certains membres, tout s'est déroulé de façon très informelle. Je leur ai dit : « Je veux que la Mental Health Act soit abolie. » Ils m'ont dit que c'était impossible, et nous avons alors commencé à parler des améliorations possibles. Je m'en remets à leur jugement parce que ce sont tous des gens intelligents, qui militent dans le milieu des libertés civiles depuis une trentaine d'années pour la plupart. Le rapport qu'ils ont préparé vaut le détour. S'il était appliqué à la lettre, conjointement à la Mental Health Act telle qu'elle est libellée, je ne serais pas aussi contente que si elle était abolie, mais je dormirais mieux. Je serais satisfaite.

Le président : Merci.

Mme Ruth Johnson, à titre individuel : J'aimerais aborder la question des logements à accès prioritaire, pas à titre de porte-parole officielle, mais parce que c'est un sujet qui me tient à coeur.

Je suis une consommatrice de services de santé mentale — autrement dit, je suis une patiente, une cliente... J'ai toutes sortes d'étiquettes. Je suis membre de l'équipe de soutien par les pairs de l'ACSM, ce qui m'amène à faire du bénévolat trois jours par semaine dans une unité psychiatrique. Je vous ai glissé un dépliant bleu dans les documents que j'ai remis.

J'ai siégé à un comité des personnes difficiles à loger pendant dix ans, et j'ai participé à la planification de cinq conférences à l'intention des consommateurs. Je suis actuellement représentante des consommateurs au sein du Advisory Council for Mental Health.

J'ai entendu de nombreux témoignages de clients ayant de la difficulté à se loger. L'offre de logements subventionnés abordables est l'un des principaux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale une fois qu'elles sont stabilisées. Les pratiques recommandées par la Colombie-Britannique en matière de santé mentale vont dans ce sens, dans l'optique de l'offre de soins individualisés à long terme. C'est selon moi l'une des plus intéressantes directives gouvernementales de prestation de soins aux patients et de responsabilisation.

Les répercussions des stigmates et de la pauvreté sont les plus difficiles à porter. Ici, l'allocation pour le logement se limite à 325 $ par mois. Or, il n'existe à peu près pas d'appartements dans cette brochette de prix, et les colocataires peuvent être sources de stress supplémentaire. Le gouvernement doit augmenter les budgets pour l'allocation au logement.

Les contraintes liées au logement ont une incidence directe sur les admissions et les sorties des unités de psychiatrie. Nous avons besoin de toutes sortes de logements dans le continuum des soins,

homes and independent SIL apartments. Both federal and provincial grants need to be available for this housing.

In summary, I will restate my personal observation: In my experience, consumers and I get ill when, on top of a mental illness, we have the additional stress of not having adequate supported affordable housing.

Could you check why $800 million remains unclaimed from the affordable housing agreement recently released from the 2005 federal budget of Minister Fontana's $1.5 billion he committed a month ago?

I would like to point out what exists for housing in Nanaimo on Vancouver Island. You will find a graph and in the green you will see the tertiary care for the most severely ill. Our hospital psychiatric ward has 24 beds now with eight more to come for a hospital psychiatric ward. That will bring the total to 32 beds.

There are 20 other 24-hour care beds in Nanaimo. In the yellow you will see the family care homes or boarding homes, two early psychosis intervention beds, one respite bed and 14 regular beds. The orange represents all the SIL, supported independent living, houses in Nanaimo. Nanaimo Affordable Housing has 38 beds with staff. B.C. Schizophrenia Society has 18. There are four more beds at Rosehill and 10 in co-op housing. We have nine semi-independent living houses at this time and they are all apartments located anywhere in the community. There is now a wait list of about 30 people.

The population of Nanaimo is 76,600 and we have only 216 beds. There is a women's shelter in town and also a shelter for women trying to exit the streets and drugs. There is a shelter for transients called Samaritan House and the Salvation Army is building a new transient shelter that will have 16 suites for mental health and six crisis beds.

The Vancouver Island Health Authority philosophy statement uses best practices models of psychosocial rehab housing for mental health services. We need continuum housing to address the variety of levels and the needs of support during the acute phase of the illness as well as the need for permanent housing to the point of independent living.

All housing for the mentally ill and its corresponding varying levels of support will support psychosocial rehab. The ultimate goal is for all clients to have safe, affordable housing that meets their individual needs. Most consumers polled preferred apartments where clients live in rent-subsidized apartments with interim outreach support. Documents and reports to support this

pour les clients en soins tertiaires, des pensions de familles, des foyers de groupe, des appartements pour vie autonome. Nous avons besoin d'aide du fédéral et du provincial pour financer ces logements.

Pour résumer, je vais vous livrer une observation personnelle : selon mon expérience, les consommateurs et moi-même devenons malades quand, en plus de la maladie mentale, nous devons subir le stress supplémentaire de ne pas pouvoir trouver de logement abordable et convenable.

Pourriez-vous vérifier pourquoi il reste 800 millions de dollars non réclamés sur le milliard et demi de dollars prévus pour l'entente sur le logement abordable à l'intérieur du budget fédéral 2005, tel que promis par le ministre Fontana il y a un mois?

Je vous ai donné un portrait des logements disponibles à Nanaimo et sur l'île de Vancouver. Sur le graphique que je vous ai remis, dans la partie verte, vous trouvez les données sur les places en soins tertiaires, destinées aux clients les plus gravement atteints. L'unité psychiatrique de notre hôpital compte 24 lits, et on prévoit en ajouter 8 autres. Il y aura donc en tout 32 lits dans l'unité psychiatrique.

On trouve 20 autres lits de soins permanents à Nanaimo. Dans la partie en jaune figurent les familles d'accueil ou les pensions de famille, deux lits réservés pour l'intervention précoce auprès des patients en crise psychotique, un lit pour les soins de relève et quatorze lits pour les soins courants. Dans la partie orange, vous trouvez les logements avec service d'aide à l'autonomie offerts à Nanaimo. On compte 38 places en logement abordable à Nanaimo, avec personnel. La Schizophrenia Society de la Colombie-Britannique en compte 18. On trouve quatre autres places à Rosehill et dix dans des coopératives d'habitation. Nous avons neuf logements pour vie semi-autonome pour l'instant, qui sont situés un peu partout sur le territoire. La liste d'attente s'étire maintenant à une trentaine de personnes.

La population de Nanaimo est de 76 600 personnes, et nous avons seulement 216 places. Il existe un refuge pour femmes battues et un autre pour celles qui tentent de se sortir de la rue et de se désintoxiquer. Un autre refuge, la Samaritan House, accueille les sans-abri et l'Armée du Salut construit un nouveau refuge avec 16 appartements pour les personnes souffrant de maladie mentale, et 6 pour les personnes en crise.

L'énoncé de position de la Vancouver Island Health Authority fait état des meilleurs modèles de logements de réadaptation psychosociale pour les services de soins de santé mentale. Nous avons besoin d'un continuum de logements adaptés aux divers niveaux et aux besoins de soutien pendant la phase aigue de la maladie, ainsi que de logements permanents pour accommoder ceux qui sont prêts à vivre de façon autonome.

La réadaptation psychosociale passe nécessairement par une offre de logements pour personnes souffrant de maladie mentale et de services de soutien selon les niveaux requis. Il faut offrir aux clients des logements sûrs et abordables, qui conviennent aux besoins de chacun. La plupart des consommateurs interrogés ont une nette préférence pour les logements à loyer subventionné,

went directly to Senator Kirby and are detailed in three studies. Some clients may need this type of ongoing housing and many stay in their subsidized units for quite some time.

Adequate housing for people with mental illness look like this: Units that are clean, no mold, no cockroaches, no rats, quiet, safe, and close to amenities and support services. We need choice in a variety of neighbourhoods. Furniture, appliances and household necessities need to be available. Options for maintaining the same housing arrangements regardless of the changes in a person's mental health need to exist. We need to add the maintenance of these buildings to an ongoing budget. We need money to start up new projects.

Here is the five-year plan study with all the people in the different forms shown on the graph. This study showed us where to spend the money for our area and we have to date what I have showed you as the existing housing. The list includes goals, standards and strategies in the areas of service accountability, consumer involvement, individualized service and a recovery focus.

I personally do not believe you ever recover from a mental illness, you just learn to cope with it. Best practices should include service accountability with appeals procedures.

The City of Nanaimo study states that the community is the essence to survival in a town and that affordable, safe, sustainable housing is the basis for that neighbourhood. The study encourages senior levels of governments to recommit to supporting non-profit housing. The study found that wait lists for non-profit housing is increasing. Many homeless live in Nanaimo and mental illness may or may not be diagnosed.

The study left a suggestion for strategies to seek solutions for affordable housing for the homeless situation in Nanaimo. The study seeks to ensure that the shelter portion the income assistance program reflects the actual market range for rental housing for low-income families, people with disabilities, seniors and single adults.

That concludes my statement so please feel free to ask me questions about my illness, my wellness and about my experience with other consumers.

The Chairman: Thank you, Ruth.

Let me just work my way backwards and across the panel with a couple of questions then I have Senator Trenholme Counsell, Senator Cordy and Senator Cook.

assortis de services provisoires de soutien externe. Des documents et des rapports qui illustrent ce besoin ont été directement adressés au sénateur Kirby — trois études détaillées ont été produites. Certains clients peuvent avoir besoin de ce type de logements sur une base permanente, et beaucoup resteront dans un logement subventionné pour une période parfois assez longue.

Voici à quoi ressemble un logement adéquat pour une personne atteinte de maladie mentale : un appartement propre, sans moisissure, sans coquerelle, sans rat, calme, sûr, à proximité des commodités et des services d'aide. Nous devons pouvoir choisir parmi divers quartiers. Nous devons avoir accès à des meubles, à des appareils ménagers et à des articles ménagers. Nous devons également pouvoir maintenir nos conditions de logement, sans égard aux changements de notre santé mentale. Nous avons besoin que l'entretien des édifices soit prévu dans un budget permanent. Nous avons besoin d'argent pour démarrer de nouveaux projets.

Le graphique illustre les résultats d'une étude de cinq ans auprès de clients de toutes conditions. L'étude a permis de déterminer les secteurs qui ont le plus besoin de financement dans notre région, ainsi que le parc de logements disponibles, comme je vous l'ai montré. La liste énonce des buts, des normes et des stratégies axés sur la responsabilité en matière de prestation de services, la participation des consommateurs, les services personnalisés et la guérison.

Personnellement, je suis d'avis qu'on ne se remet jamais complètement d'une maladie mentale — on peut cependant apprendre à vivre avec. Les meilleures pratiques devraient viser la responsabilisation en matière de services, ainsi que des mécanismes d'appel.

L'étude sur la Ville de Nanaimo conclut que la collectivité est au coeur de la survie dans une ville et que l'offre de logements abordables, sûrs et permanents est le fondement de la vie en collectivité. L'étude encourage les paliers supérieurs de gouvernement à renouveler leur engagement à soutenir l'offre de logements sans but lucratif. L'étude a révélé que les listes d'attente pour ces logements ne cessent de s'allonger. La ville de Nanaimo compte son lot de sans-abri qui souffrent de maladie mentale, même s'ils n'ont pas tous été diagnostiqués comme tel.

L'étude insiste sur l'importance de l'offre des logements abordables comme solution au problème de l'itinérance à Nanaimo. Pour établir l'allocation au logement que devrait prévoir le programme d'aide au revenu, les auteurs de l'étude ont tenu compte de la part réelle de marché occupée par les logements locatifs accessibles aux ménages à faible revenu, aux personnes handicapées, aux personnes âgées et aux adultes vivant seuls.

Voici qui conclut mon exposé. Je serai ravie de répondre à vos questions sur ma maladie, mon bien-être et les expériences d'autres consommateurs.

Le président : Merci, Ruth.

Je vais commencer par poser quelques questions aux témoins, puis je donnerai la parole au Sénateur Trenholme Counsell, au sénateur Cordy ainsi qu'au sénateur Cook.

Ruth, you should know that the issue of the supporting housing problem is a coast-to-coast problem that began after the federal government withdrew in 1994.

You are the first person to give us a detailed submission concerning the housing problem. Your written submission, "Draft #2" gives us details and descriptions that highlight an unbelievable coast-to-coast problem.

Francesca, can I ask you a question about the statement of principles?

Ms. Allan: Yes.

The Chairman: I will go through them in detail, but you pointed out that they are now in the hands of the Victoria Civil Liberties Association.

Ms. Allan: Yes, B.C., which is a much larger organization.

The Chairman: I have never looked at the provincial Mental Health Act, I mean they exist in every province in varying degrees and I am well aware of the Supreme Court case you talked about recently but I have not looked at the details of the B.C. act.

I gather the Civil Liberties Association is to try to get a rewritten or amended version of the B.C. Mental Health Act and then presumably other provinces would include these kinds of changes. Is that what they are trying to do?

Ms. Allan: The major change is they want oversight by civilians and by peers, people who have been through the system. The best thing that they came up with was the psychiatric advocate office, which would be there for anybody who had a problem. If you get in touch with these people, they will, you know, sit with you while you speak to the review boards when you challenge your certification. We are not sure if that person will be a lawyer or a social worker, but somebody will accompany the patient.

The Chairman: You refer to essentially an ombudsman-type role.

Ms. Allan: Our government cut our ombudsman. We do not have an ombudsman here anymore. We do? Sorry, forget it then.

The Chairman: We have to work out the exact nature of the advocate's office but the idea and the concept is good.

Ms. Allan: Just the idea of somebody to be there to make sure that the committee hears what the patient has to say.

The Chairman: Right. Again, one of the other ideas along that line is the notion of patients having a case manager or advocate for the patient rather than a case manager working for the system.

Ms. Allan: Yeah, because we have that title now.

Ruth, vous n'êtes pas sans savoir que le financement des logements est un problème pancanadien, qui remonte à l'année où le fédéral s'est retiré du dossier, en 1994.

Vous êtes la première à nous faire un compte rendu aussi détaillé du problème du logement. Votre mémoire, le « Draft #2 », contient des détails et des descriptions qui font très nettement ressortir à quel point le problème est criant partout au pays.

Francesca, puis-je vous poser une question au sujet de l'énoncé de principes?

Mme Allan : Oui.

Le président : Je compte bien lire les documents en détail mais, pour l'instant, je voudrais que vous me confirmiez qu'il se trouve actuellement entre les mains de la Civil Liberties Association de Victoria?

Mme Allan : Oui — de la B.C. Civil Liberties, un organisme beaucoup plus important.

Le président : Je n'ai jamais eu l'occasion de lire la Mental Health Act de la Colombie-Britannique — chaque province a la sienne et les dispositions varient de l'une à l'autre. Je suis également très au fait de l'affaire dont la Cour suprême a été saisie récemment, mais je ne connais pas le contenu de la loi de la Colombie-Britannique.

Si j'ai bien compris, la Civil Liberties Association tente de faire modifier le libellé ou de faire modifier la Mental Health Act de la Colombie-Britannique. Il est fort probable que d'autres provinces intégreront à leur tour les modifications adoptées. Est-ce bien l'objet des démarches?

Mme Allan : La principale modification demandée a trait à la supervision par des civils et par des pairs, par d'anciens utilisateurs du système. À cet effet, l'association préconise la création d'un bureau de défense des droits des bénéficiaires de soins psychiatriques, à la disposition de tous ceux qui ont des problèmes. Par exemple, le bureau offrira des services d'accompagnement devant un comité de révision en cas de contestation d'un certificat. On ne sait pas encore si l'accompagnateur sera un avocat ou un travailleur social, mais il y aura quelqu'un avec le patient.

Le président : C'est en quelque sorte un ombudsman.

Mme Allan : Le gouvernement a aboli le poste d'ombudsman. Il n'y a plus d'ombudsman ici. Il y a en un? Désolée. Oubliez ce que je viens de dire.

Le président : Il nous reste à comprendre le rôle exact de ce bureau mais, à première vue, l'idée m'apparaît intéressante.

Mme Allan : L'idée est simple : s'assurer que quelqu'un est là pour vérifier que le comité entend bien ce que le patient veut dire.

Le président : D'accord. C'est dans le même ordre d'idées que de s'assurer que les patients peuvent compter sur un gestionnaire de cas ou sur un représentant qui travaillent pour eux, au lieu de leur imposer un gestionnaire de cas qui travaille pour le système.

Mme Allan : C'est tout à fait cela — c'est le nouveau titre qui a été trouvé.

The Chairman: The title is the wrong title but the concept is the same.

Mr. Wipond, we will debate some of your points eventually, but in your comments, you suggested that this committee has many positions.

Our issues and options paper outlined our position on the state of mental health in the country. Our positions will be in our final report that will contain recommendations.

I do not mind any of your comments except please do not take anything that is in the issues and options paper as a position that we are likely to end up necessarily taking at the end because that is not the case.

You held up a couple of studies, one of which I believe was the CMHC study. We would like a copy of it if you have one.

Mr. Wipond: Yeah, I have a copy of the executive summary with me, and I will give it to the clerk.

The Chairman: When we are finished, we will pick that up from you, because we would like to see that report.

I understand you are concerned about psychiatrists. Let me tell you something, by the way, this might not be evident, but the majority of us around the table have had family members who have had similar illnesses.

My point is we understand. Many of us would say many of the things about psychiatrists that you have implied. That is not to say that psychiatrists are all bad, but to say we understand the limitations of the profession. That is why I found your comments useful in terms of getting us somewhere with this problem.

Is British Columbia or any other province making the needed changes? I assume that because you are a reporter that you know about these things.

Mr. Wipond: I see a hodgepodge of little things happening here or there. For example, we talked about accountability; I believe there is a county in Oregon or Washington that passed legislation requiring more careful monitoring of people after leaving the hospital to see if patients are recovering from mental illnesses or just bouncing around in conjunction with the sort of treatments they are getting.

We need an independent measure of success or failure and that legislation is precedent setting.

The Chairman: We do that, by the way, for heart patients and cancer patients routinely, just to give you the perspective.

Mr. Wipond: With so many things, if we only applied the same standards as we do to physical illness: accountability, scientific rigour, et cetera, we would have a completely different ball of wax.

Le président : Ce n'est pas le bon titre, mais le concept est le même.

Monsieur Wipond, nous allons discuter tout à l'heure de certaines de vos affirmations mais, auparavant, j'aimerais revenir sur les intentions que vous prêtez au Comité.

Nos rapports dressent le bilan des problèmes en matière de santé mentale auxquels notre pays est confronté, ainsi que des solutions possibles. Nos positions figureront dans le rapport final, qui contiendra également nos recommandations.

Je prends acte de vos commentaires, mais je tiens à préciser que rien de ce qui est dit dans notre rapport au sujet des problèmes et des solutions ne constitue une prise de position définitive de notre part. Ce n'est pas du tout le cas.

Vous avez évoqué quelques études, dont l'une provenait de la SCHL, si je me souviens bien. Nous aimerions obtenir un exemplaire des rapports, si cela vous est possible.

M. Wipond : Oui. J'ai un exemplaire du sommaire, que je remettrai à la greffière.

Le président : À la fin de la séance, pourriez-vous nous soumettre ce rapport? Nous aimerions le lire.

Je comprends vos craintes au sujet des psychiatres. Je tiens à préciser, en passant, que beaucoup des membres du Comité ont dans leurs familles des personnes qui ont souffert de maladies similaires.

Je vous dis cela parce que je veux que vous sachiez que nous entendons bien ce que vous dites. Beaucoup d'entre nous tiendraient les mêmes propos que vous au sujet des psychiatres. Comprenez-moi bien : je ne dis pas que tous les psychiatres sont mauvais, mais que nous comprenons bien les limites de la profession. Vous nous avons donné un portrait très clair du problème et des solutions possibles.

Est-ce que la Colombie-Britannique ou les autres provinces cherchent à faire les changements nécessaires? J'imagine qu'étant reporter, vous en savez plus sur ces choses?

M. Wipond : Les progrès se font de façon disparate ici et là. Par exemple, sur le plan de la reddition de comptes, je crois qu'un comté de l'Oregon ou de l'État de Washington a adopté une loi exigeant une surveillance plus assidue des patients après leur départ de l'hôpital, afin de voir s'ils sont guéris de leur maladie mentale ou s'ils sont tout simplement galvaudés d'une place à l'autre, selon les traitements administrés.

Il faut trouver une façon de mesurer la réussite ou l'échec des traitements de façon indépendant, et cette législation établit un précédent en ce sens.

Le président : C'est la procédure normale pour les patients traités pour le coeur ou le cancer — c'est un exemple, pour mettre les choses en contexte.

M. Wipond : Si les normes établies pour les affections physiques étaient appliquées, à maints égards — la reddition de comptes, la rigueur scientifique, et cetera. —, la situation serait complètement différente.

This is a social control sort of movement. We get these occasional housing movements and initiatives around particular issues in areas where a compelling person manages to work with the police and the psychiatrists.

Right now in Victoria, we have a group of people looking at the whole problem of emergency interventions, because we had a couple of people killed recently in emergency intervention situations.

We had a meeting at the hospital where they showed a Canadian movie about this particular problem. The movie illustrated how police are becoming therapists out on the street.

I do not know if I am really answering your questions about solutions. Europe and India have a completely different approach to mental illness.

The Chairman: Is Riverview closed?

Mr. Wipond: It is closed.

The Chairman: It was the largest mental institution in the province.

Mr. Wipond: Yeah, and it was not closed for any particular reason other than all the cut-backs and they shifted everything over to Vancouver General Hospital. It had nothing to do with that fact that it was a terrible hospital or anything like that, it was very indicative of most hospitals in the country.

The Chairman: Well, it was a hundred-plus years old.

Mr. Wipond: Oh, as a facility, yes.

The Chairman: Is there a study to see what has happened to the Riverview patients after they left Riverview?

Ms. Johnson: Yes, most of the discharged Riverview patients went back to their home communities without anything in place for them and that is why we have so many homeless. That discharge process began in about 1985.

That is why we needed supported independent living to give them structure to stay well, otherwise it is a revolving door in and out of the hospital and then they become more ill and need to be institutionalized again.

The Chairman: What happened here is what happened in Ontario when they closed psychiatric beds and did not provide replacement housing for the patients.

Mr. Wipond: There is a University of Pennsylvania study on the subject of homelessness and mental illness in New York. The nine-year study is quite comprehensive, and what they found that it turned out to be cheaper to provide personalized supportive housing to people than let them be homeless. In the homeless state, they are more likely end up in emergency rooms, in jails,

Nous assistons à l'émergence d'un mouvement de prise en charge à l'échelon social. À l'occasion, des solutions et des initiatives voient le jour en matière de logement ou dans d'autres domaines particuliers, sous la gouverne de personnes particulièrement charismatiques qui réussissent à entraîner la police et les psychiatres dans leur sillage.

Actuellement, à Victoria, un groupe se penche sur la question de l'intervention d'urgence. Cette étude fait suite au décès de quelques personnes, qui a été attribué aux problèmes liés à l'intervention d'urgence.

Lors d'une réunion à l'hôpital, nous avons visionné un film canadien sur ce problème. On y voyait comment les policiers deviennent des travailleurs de rue.

Je ne sais pas si j'ai bien répondu à vos questions concernant les solutions possibles. L'Europe et l'Inde ont une toute autre approche de la maladie mentale.

Le président : Est-ce que Riverview est fermé?

M. Wipond : Oui, c'est fermé.

Le président : C'était le plus important établissement psychiatrique de la province.

M. Wipond : Exact. Aucune raison particulière n'a mené à cette fermeture, si ce n'est les compressions. Tous les services ont été transférés au General Hospital de Vancouver. Cela n'avait rien à voir avec des problèmes de qualité ou autres — c'était un hôpital tout à fait semblable aux autres établissements du pays.

Le président : Il avait plus de 100 ans.

M. Wipond : Oui, l'établissement avait plus de 100 ans, vous avez raison.

Le président : Existe-t-il des études sur ce qui est advenu des patients de Riverview après leur départ?

Mme Johnson : Oui. La plupart des malades qui sont sortis de Riverview sont retournés dans leur collectivité d'origine, où rien n'avait été prévu pour les accueillir. C'est la raison pour laquelle il y a tant de sans-abri. Le processus de désinstitutionalisation a débuté en 1985 environ.

Il y avait un immense besoin de services d'aide à la vie autonome, afin de leur fournir la structure essentielle pour assurer leur bien-être. Sans ces services, ils se retrouvent dans une porte tournante entre l'hôpital et le monde extérieur et deviennent de plus en plus malades. Irrémédiablement, il faut les hospitaliser de nouveau.

Le président : La même chose s'est produite en Ontario, quand ils ont fermé des lits psychiatriques sans fournir de lieux de remplacement aux patients.

M. Wipond : Une étude de la University of Pennsylvania porte sur les liens entre itinérance et maladie mentale à New York. L'étude, qui s'est étendue sur neuf ans, est très exhaustive. L'une des conclusions est qu'il revient moins cher de fournir des logements avec des services de soutien personnalisés que de laisser les sans-abri dans la rue. Les itinérants sont plus susceptibles

and they needed far more medications, whereas when they are in supportive housing their lives are much more stable.

The Chairman: In fact, I will get that reference from you but we have observed that we have turned the streets and jails into the asylums of the 21st century. That is the reality.

Senator Trenholme Counsell: Ruth, this is a very useful and thorough study on housing. Thank you very much.

I was a provincial politician and I know that it is not easy to get the federal-provincial sharing arrangements worked out. I suspect that with all the goodwill in the world on both sides it takes time.

Ms. Johnson: It is so hard to get anything started in the community without administration money to start it up.

Senator Trenholme Counsell: That is right, and the community has to have an idea and a plan.

I wanted to ask you about forced psychiatry. Obviously, there is a great deal, Rob, in your paper about forced psychiatry but I think I will turn to yours, Francesca, if I may. I find a contradiction in your notes. You say on page 1 that it is your personal belief that,

> Involuntary treatment of any kind is a severe human rights violation.

Then, under the statement of principles of mental health treatment you say in paragraph 2 regarding involuntary detention as a last resort,

> It is legitimate if a person is a danger to society. It is also legitimate if a person is a danger to him/herself.

My understanding of involuntary detention, involuntary treatment, if you will, is that it enforced only when more than one physician considers a person dangerous. In some cases, two physicians must sign the person into treatment. I do not know about every province across the land, but I understand that the person is either a danger to himself or a danger to other people.

Ms. Allan: Those two statements are not perfectly aligned, but I am not perfectly aligned with the civil liberties people either. They met me as far as they were willing to go; they were not going to go all the way to call it a human rights violation.

Senator Trenholme Counsell: You do not agree with the principles.

Ms. Allan: No, I agree with them.

Senator Trenholme Counsell: They are not in line with what you say on page 1.

d'aboutir aux urgences, en prison, ils ont besoin de beaucoup plus de médicaments. Dans un logement avec services de soutien, leur vie est beaucoup plus stable.

Le président : J'aimerais que vous nous donniez cette référence, qui semble confirmer ce que nous avions nous-même observé : nous avons fait de la rue et de la prison les asiles de notre siècle. C'est là où nous en sommes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ruth, votre document sur la situation du logement est très fouillée. Elle nous sera fort utile.

J'ai fait de la politique au provincial. Je sais qu'il n'est pas facile d'appliquer les ententes de partage des coûts entre le fédéral et le provincial. Malgré toute la bonne volonté du monde, des deux côtés, les choses bougent lentement.

Mme Johnson : Il est très difficile de démarrer des projets dans la collectivité sans le soutien financier des gouvernements.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est tout à fait juste. J'ajoute que la collectivité doit avoir une idée et un plan de ce qu'elle veut faire.

Pourriez-vous élaborer sur le thème des traitements psychiatriques obligatoires? Votre document, Rob, est assez clair sur la question. Pour ce qui est de vos notes, Francesca, j'y ai relevé une contradiction. À la page 1, vous affirmez que vous êtes intimement convaincue que :

> Les traitements imposés, de quelque nature, constituent une grave atteinte aux droits humains.

Puis, dans l'énoncé des principes afférents au système de soins de santé mentale, au paragraphe 2, vous dites au sujet de la détention en cure involontaire comme dernier recours :

> Il s'agit d'une pratique légitime si une personne représente un danger pour la société ou pour elle-même.

Selon ce que j'en comprends, la détention, ou le traitement, peu importe, peut être imposé seulement si plus d'un médecin considère que la personne est dangereuse. Dans certains cas, deux médecins doivent signer pour que des traitements soient administrés. Je ne connais pas toutes les règles en place dans chacune des provinces, mais je comprends que la personne doit représenter une menace pour elle-même ou pour autrui.

Mme Allan : Vous avez raison, il semble que ces deux énoncés soient un peu contradictoires, mais je ne suis pas tout à fait sur la même longueur d'ondes que les défenseurs des libertés civiles. Nous en sommes arrivés à une position de compromis. Ils n'étaient pas d'accord pour dénoncer cette pratique comme violant les droits humains.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous ne souscrivez pas à ces principes.

Mme Allan : Non, j'y souscris.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ils ne corroborent pas vos propos de la page 1.

Ms. Allan: Well, there should be strict limits on involuntary detention and that is because that can only happen when society is at risk or a person is in a state where he or she is unable to make decisions on their own.

What you described about the two physicians, that is great, but that is not the reality. That is what the law says. I have been phoned by a psychiatrist at my home and been told that I would do what he said, which was to add another pill to my drug cocktail, which at that time was up to four different medications in substantial doses. He told me that if I did not comply he would "send the police to drag me to the hospital in handcuffs." Those were his words. I was perfectly well at that time. That is not what the act contemplated. I hope I made myself clear that it would be fabulous if we followed the Mental Health Act.

Senator Trenholme Counsell: Somebody from your home must have called and said you needed more medication.

Ms. Allan: No, that is incorrect; I live on my own.

Senator Trenholme Counsell: Do you mean it when you say that involuntary treatment of any kind is a severe human rights violation?

Ms. Allan: Yes, and I think in some cases of severe human rights violations, there can be such overriding concerns that society allows them.

Senator Trenholme Counsell: Your statement does not say "sometimes," it is a statement.

Mr. Wipond: First, there is not mention of "being a danger" in the B.C. Mental Health Act, or a number of other acts in Canada. That word is not in those acts. There is no mention now of "being a danger." Well, there is a mention but it is academic. The actual criterion for incarceration and involuntary treatment is "in potential danger of mental or physical deterioration."

A clause "if you are a danger to yourself or others" can also be a reason but the vaguest reason that they have, the catch-all, as the lawyers call it is that phrase "mental or physical deterioration." What is that? Everyone can experience mental of physical deterioration.

We are ahead of the curve and more and more jurisdictions are following our direction. When I asked the manager of clinical psychiatry in B.C. why our Mental Health Act is going in this direction, he said it is because of the influence of psychiatrists and families who want more control. This gives stronger discretionary authority to psychiatrists and puts more trust in them to make the call. It came around after we had an inquest into the murder of

Mme Allan : À mon avis, il faudrait imposer des contraintes très strictes en matière de détention en cure obligatoire, qui devrait être permis uniquement s'il y a menace pour la société ou si une personne n'est pas apte à prendre des décisions pour elle-même.

Votre affirmation concernant la signature de deux médecins illustre un bel idéal, mais ce n'est pas ce qui se passe dans les faits. C'est ce que prescrit la loi. Un psychiatre m'a déjà appelée chez moi pour me dire que je devais suivre ses indications, c'est-à-dire ajouter une pilule à mon cocktail médicamenteux déjà bien garni — je prenais quatre médicaments différents à fortes doses. Il m'a dit que si je refusais de me conformer, il m'enverrait la police, qui me traînerait à l'hôpital menottes aux poignets. C'est exactement ce qu'il m'a dit. Je me portais tout à fait bien à ce moment. Ce n'est pas ce que la loi prévoit. J'espère que je me suis bien fait comprendre : ce serait merveilleux si la Mental Health Act était suivie à la lettre.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quelqu'un qui vivait avec vous a certainement appelé pour dire que vous aviez besoin de plus de médicaments.

Mme Allan : C'est impossible puisque je vis seule.

Le sénateur Trenholme Counsell : Croyez-vous vraiment que tout traitement obligatoire, peu importe leur nature, porte atteinte aux droits humains?

Mme Allan : Oui. Je crois même que dans les cas les plus graves d'atteinte aux droits humains, d'autres considérations plus importantes font que la société ferme les yeux.

Le sénateur Trenholme Counsell : Votre énoncé ne parle pas de cas exceptionnels. C'est une affirmation.

M. Wipond : Tout d'abord, le critère de la menace pour soi-même ou pour autrui n'apparaît nulle part dans la Mental Health Act de la Colombie-Britannique, ni dans d'autres lois en vigueur au Canada. Cette notion n'apparaît pas dans ces lois, du moins pas pour l'instant — ou plutôt, la notion y est présente, mais à titre théorique. Le critère véritable pour forcer la détention et la prestation de traitements imposés est le danger potentiel de détérioration mentale ou physique.

Une phrase comme « si la personne représente une menace pour elle-même ou pour autrui » peut figurer dans les textes législatifs, mais c'est le critère beaucoup plus vague, passe-partout, comme disent les avocats, de la détérioration mentale et physique qui est appliqué. Qu'est-ce que cela signifie? N'importe qui peut être victime de détérioration mentale ou physique.

Nous sommes en tête du virage et de plus en plus de gouvernements nous emboîtent le pas. Quand j'ai demandé à l'administrateur d'une clinique psychiatrique de la Colombie-Britannique pourquoi notre loi provinciale sur la santé mentale avait pris cette tangente, il m'a répondu qu'elle était le résultat des pressions des psychiatres et des familles, qui veulent resserrer leur emprise. Elle donne plus de pouvoirs discrétionnaires aux

the wife of a prominent politician by their son. After the inquest, there was a public movement to get control of these people.

Here is a compromised position: Let us allow detention of someone who might be in imminent danger, and bear in mind here the real problem with the word "danger" is not defined anywhere. Are you a danger to yourself because you are a smoker? Technically, yes, you can be incarcerated against your will for being a smoker, or any of a number of things that make you a danger to yourself.

We need to consider the legal aspects of what we mean even if we include a danger clause. The compromise position that the B.C. Civil Liberties is looking at is allowing detention rather than treatment. The detention would keep the person until he or she seemed well. We suggest that as opposed to intervening in your brain and screwing around with your head with your little experiments. We do not even do that to serial murderers. Somebody could be the most dangerous person in the country and there is no law that allows you to get into their brain and chemically lobotomize them or whatever else you might do. So no, you would have to classify them as mentally ill first and then do it. A mentally ill person has really less rights; they can be incarcerated and treated.

Senator Trenholme Counsell: Ms. Allen what is your basis for saying that the biochemical imbalance theory is a fraud?

Ms. Allan: I say that because they do not know what the chemicals are, they do not know what the imbalance is, and they cannot show on a healthy brain what it is we are shooting for.

Senator Trenholme Counsell: Who is "they"?

Ms. Allan: "They" are psychiatrists and the medical textbooks.

Senator Trenholme Counsell: Well, there are hundreds of thousands of articles on the biochemistry of the brain. Do you think it is all fraud?

Ms. Allan: I do not think it is all fraud. I think there are some good doctors, but I think the science as a branch of medicine is a fraud.

Senator Trenholme Counsell: You do not believe in any of the biochemical theories?

psychiatres, qui ont toute latitude pour faire à leur guise. Cette tangente a été prise dans la foulée de l'enquête sur le meurtre de la femme d'un politicien connu par leur propre fils. Après l'enquête, un mouvement populaire a surgi qui demandait un contrôle plus serré des malades.

Voici un compromis possible : on pourrait autoriser la détention en cure obligatoire quand une personne présente une menace imminente. Il ne faut pas oublier cependant que le problème vient de ce que le mot « menace » n'est défini nulle part. Présentez-vous une menace pour vous-même parce que vous fumez? D'un point de vue technique, c'est évident, et vous pourriez donc être détenu contre votre gré parce que vous fumez, ou pour une autre des nombreuses raisons qui font que vous posez une menace pour vous-même.

Nous devons tenir compte des incidences juridiques de la signification de certains termes que nous employons, même si nous adoptons une disposition fondée sur la notion de menace. L'association B.C. Civil Liberties défend une position de compromis, qui serait d'autoriser la détention mais non le traitement obligatoire. La détention permettrait de garder la personne hors d'état de nuire jusqu'à ce qu'elle reprenne du mieux. Cette avenue nous semble plus appropriée qu'un chèque en blanc pour jouer dans le cerveau et la tête des gens, qui deviennent des cobayes. Même les tueurs en série n'ont pas à subir cet affront. Les plus dangereux individus du pays ne sont même pas visés par une loi qui autorise les psychiatres à leur traficoter le cerveau et à leur imposer une lobotomie chimique, ou quoi que ce soit d'autre. Il faut tout d'abord démontrer qu'ils sont atteints de maladie mentale avant de leur faire subir ces saloperies. Une personne qui souffre de maladie mentale a moins de droits que les tueurs — il est permis de les placer en détention et de les traiter contre leur gré.

Le sénateur Trenholme Counsell : Madame Allen, sur quoi vous fondez-vous pour dire que la théorie du déséquilibre biochimique est oiseuse?

Mme Allan : Je me fonde sur le fait qu'ils ne connaissent pas bien les réactions chimiques, la nature des déséquilibres, et qu'ils ne peuvent pas démontrer à partir d'un cerveau sain ce qu'ils cherchent à faire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Et qui sont ces « ils »?

Mme Allan : Par « ils », j'entends les psychiatres et les ouvrages médicaux.

Le sénateur Trenholme Counsell : On a écrit des centaines de milliers d'articles sur la biochimie du cerveau. Sont-ils tous à côté de la plaque?

Mme Allan : Non, je ne dis pas qu'ils sont tous à côté de la plaque. Je sais qu'il existe de bons médecins. Ce que je dis, c'est que je ne crois pas au caractère scientifique de cette médecine.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous ne croyez à aucune théorie biochimique?

Ms. Allan: I believe it is conceivable that some people can have a biochemical imbalance corrected, but I think they would be the exception. Until they can come up with some answers about what exactly these chemicals are and what they are trying to do I am suspicious of the theory.

Mr. Wipond: MindFreedom International and the American Psychiatric Association debated that issue. MindFreedom went on a hunger strike to force the American Psychiatric Association to provide proof that a biochemical imbalance is the basis of mental illness. During and exchange of letters MindFreedom had its own independent scientific panel assess the replies from the American Psychiatric Association. The APA continued to say, "hundreds of thousands of clinical studies will prove this" but provided only two citations to textbooks which of course are not peer-reviewed.

Senator Cook: I would like to go back to the variation of provincial Mental Health Acts. Are you saying that those various acts violate the spirit of the Canadian Charter of Rights?

Ms. Allan: Yes, they do.

Mr. Wipond: Absolutely, no question, and virtually any lawyer that I have ever talked to feels that way. The people who design the legislation try to empower the doctors in the system. You need a lot of money to take something to the Supreme Court and you need a good case that fits certain criteria. It is very difficult for patients and their families to challenge an act.

Our Health Act has changed three or four times in the last 20 years so you can imagine how hard it is to mount these cases, particularly with somebody who is really unstable as your main client in the case.

Senator Cook: I am searching to understand the gap.

How do we put forward a recommendation that is compatible with the Charter of Rights and Freedoms, given that each province and territory across this nation has a Mental Health Act that they believe suits their needs? How do we get past that problem?

Mr. Wipond: Well, for example, the Mental Health Law Program has the CLAS, Community Legal Assistance Society, and they specialized in this area.

They have many positions but one is the idea of consent, because even though we are deemed to have consent, it is not consent in practice. Further, if a person wants to refuse treatment it is considered proof that the person needs treatment. That is how doctors use it.

We have a piece of legislation that applies to elderly people in home care, and there are a variety of options open if you are sliding into dementia where you can sign ahead of time if you are

Mme Allan : Je crois qu'il est possible de corriger le déséquilibre biochimique chez certaines personnes, mais c'est l'exception. Tant qu'ils n'auront pas les réponses exactes sur ce que sont ces réactions chimiques et sur ce qu'ils tentent de faire, je resterai sceptique devant la théorie.

M. Wipond : L'organisme MindFreedom International et la American Psychiatric Association ont croisé le fer à ce propos. Des membres de MindFreedom ont fait une grève de la faim pour forcer la American Psychiatric Association à prouver qu'un déséquilibre biochimique était toujours à l'origine des maladies mentales. Le débat a pris la forme d'un échange de correspondance, et MindFreedom avait chargé un comité de scientifiques indépendant d'évaluer les réponses de la American Psychiatric Association. L'APA tenait toujours le même et unique discours : « Des centaines de milliers d'études cliniques peuvent le prouver », mais elle a fourni seulement deux extraits d'ouvrages, qui n'avaient pas été évalués par des pairs, va sans dire.

Le sénateur Cook : J'aimerais revenir aux différences entre les diverses lois provinciales en matière de santé mentale. Êtes-vous en train de nous dire que ces lois contreviennent toutes à l'esprit de la Charte canadienne des droits?

Mme Allan : Oui, elles contreviennent à la Charte.

M. Wipond : Cela ne fait aucun doute, et à peu près tous les avocats avec qui j'en ai parlé pensent de même. Les législateurs tentent de donner plus de pouvoirs aux médecins dans le système. Il faut beaucoup d'argent pour amener une cause devant la Cour suprême, et la cause elle-même doit remplir des critères bien précis. Il est extrêmement difficile pour les patients et leurs familles de contester une loi.

Notre loi sur la santé a été modifiée à 3 ou 4 reprises au cours des 20 dernières années, ce qui complique encore plus la préparation du dossier en vue de l'instruction, et qui plus est si le client principal est très instable.

Le sénateur Cook : J'aimerais comprendre où sont les lacunes.

Comment arriverons-nous à formuler une recommandation qui est fidèle à la Charte des droits et libertés, dans un contexte où chaque province ou territoire du pays a déjà sa loi sur la santé mentale qui, à son avis, répond à ses propres besoins? C'est un vaste programme! Comment y arriverons-nous?

M. Wipond : Par exemple, le Mental Health Law Program chapeaute la Community Legal Assistance Society, ou CLAS, qui se spécialise dans ce domaine.

Parmi leurs nombreuses prises de position, l'une a trait au consentement — parce que même si le consentement est exigé, on ne peut pas parler de consentement dans la réalité. Si une personne indique qu'elle refuse un traitement, tout de suite on conclut que c'est la preuve qu'elle a besoin de traitement. C'est l'usage qu'en font les médecins.

Des dispositions législatives visent les soins à domicile dispensés aux personnes âgées. Diverses options sont prévues en cas de démence, et les personnes peuvent signer un mandat à

deemed in a reasonable state. They suggest that a person determine beforehand what to do with their money, property, and so forth. The legal document is binding. That is one option.

Another option is to choose a legal guardian under those situations. That is a very good option as well, right? And this kind of thing would rectify all the kinds of problems that people like Francesca talk about where she could ahead of time plan for this when she is in a really good state of mind.

This option allows the patient to make clear his or her intentions concerning treatment concerning certain medications, or electroshock et cetera.

Ms. Allan: The Provincial Representation Agreement Act deals with this kind of pre-planning in the worst-case scenario. Unfortunately, the provisions of the Mental Health Act exclude patients from a representation agreement. It is not only the Mental Health Act; it is the all the legislations that defer to it. It is very, very powerful, very toxic legislation and we have to be careful using it.

Senator Cook: So the problem is not as much with the various provincial Mental Health Acts or the human rights per se, it is in the implementation by people that you have lost trust in applying those acts.

Ms. Allan: Unfortunately, I do not know what the situation is in other provinces.

Senator Cook: Well, let us look at where you live.

Ms. Allan: I am very familiar with the Mental Health Act in British Columbia. I believe it is a well-intentioned document with reasonable items. As I said before, if we follow the act we will be well on our way to finding solutions to the problems.

Mr. Wipond: To be clear, the problem is the acts, because they are too vague. The British Columbia act gives the doctors too much discretion and as a result, we will see more lawsuits. The act does not set out the physicians' jurisdictions or the rights of the patient. The legislation must be rewritten and include a definition of mental illness, under which conditions a person may be incarcerated, and whether a patient may appoint a representative to handle his or her affairs.

Ms. Allan: Even though it is vague, we have the law and it is in place right now and the very least we can do is insist that everyone follows it.

Senator Cordy: Ruth, I would like to start with you and thank you so much for the valuable information you have given us regarding housing.

We have heard repeatedly that housing is one of the most primary needs and when deinstitutionalization happened many years ago, they forgot to put the money into the communities to provide for adequate housing.

l'avance, quand il est déterminé que leur état le permet. On suggère aux gens d'indiquer à l'avance à leurs proches ce qu'ils veulent faire avec leur argent, leurs biens, et cetera., dans un document juridique qui a force exécutoire. C'est une option.

Une autre option consiste à désigner un tuteur légal. Cette une autre piste intéressante. C'est le genre de mesures qui régleraient tous les problèmes évoqués par Francesca. Elle pourrait indiquer ses volontés de façon anticipée, quand elle se sent bien.

Cette façon de faire permet au patient d'indiquer clairement ses intentions en matière de traitement, de médication, s'il consent à une électroconvulsothérapie, et cetera.

Mme Allan : La Representation Agreement Act de la province prévoit ce genre de planification anticipée dans les pires scénarios. Malheureusement, la Mental Health Act interdit aux patients d'être partie à une entente de représentation. Tous les autres documents législatifs afférents font de même. C'est une loi extrêmement puissante, extrêmement dangereuse, qu'il faut appliquer avec circonspection.

Le sénateur Cook : Si je comprends bien, le problème ne vient pas tant des diverses lois provinciales sur la santé mentale ni des violations des droits humains, mais bien de l'application qu'en font les gens, en qui vous avez perdu toute confiance?

Mme Allan : Je ne saurais dire quelle est la situation dans les autres provinces.

Le sénateur Cook : Alors tenez-vous-en à votre province de résidence.

Mme Allan : Je connais très bien la Mental Health Act de la Colombie-Britannique. À mon avis, elle est fondée sur une bonne intention, et ses dispositions sont tout à fait raisonnables. Comme je l'ai dit tout à l'heure, si la loi était appliquée à la lettre, nous serions très avancés dans la résolution des problèmes.

M. Wipond : Je pense quant à moi que le problème vient précisément des lois, qui sont beaucoup trop vagues. La loi de la Colombie-Britannique donne trop de latitude aux médecins, ce qui donne lieu à une multiplication des poursuites. La loi ne précise pas le champ de compétence des médecins ni les droits des patients. Il faut réviser la loi, en y intégrant une définition de la maladie mentale, les conditions dans lesquelles une personne peut être gardée en détention et si un patient peut désigner un représentant chargé d'administrer ses affaires.

Mme Allan : Même si elle est vague, la loi existe, elle est en vigueur. Le moins qu'on puisse faire est d'exiger qu'elle soit appliquée.

Le sénateur Cordy : Ruth, je m'adresserai à vous en premier. Je tiens tout d'abord à vous remercier pour l'information infiniment précieuse que vous nous avez fournie sur la situation du logement.

Nous avons entendu tant et plus que le logement représentait l'un des principaux besoins et que, au début de la vague de désinstitutionalisation il y a bien des années, on a omis de donner aux collectivités l'argent nécessaire pour qu'elles prévoient des logements appropriés.

You talked about the stress of finding housing and that a patient sometimes has to remain in the hospital because a domicile is unavailable.

How do they go about finding housing if they do not have family members to help?

Ms. Johnson: Our hospital has a hospital social worker and part of the tertiary care beds are step-down beds where you would go from hospital discharge to a 24-hour care facility. There is help available in our hospital and I am a peer support worker in that area. There is some hope but there are just not enough beds and it jams up the system. If you want to enter the system because you are ill, there is not a bed available.

I believe in a holistic system where each of us should choose what the right cure is for us, what the right medication is, what the right combination is, and what options our doctor's offer. So I have a slightly different slant on it.

Senator Cordy: With the shortage of housing that is available, would you have to accept a housing situation in a community that was not your community?

Ms. Johnson: Oh, definitely. Some of the smaller communities have to come to Nanaimo, or Victoria. Sometimes you have to accept co-op housing with four other roommates, and roommates add stress, anybody can attest to that.

Senator Cordy: Absolutely.

The Chairman: Particularly our spouses.

Senator Cordy: Is that a short-term stay until there is housing or is there any available housing in rural areas?

Ms. Johnson: Well, like I said, out of the 90 SILs, semi-independent living apartments, there are 30 people already on the wait list and we started to get extra SILs about a year ago when we started to do our next five-year plan. We just completed a five-year segment, now we are on to our next five-year segment and already there are 30 people on the wait list.

Senator Cordy: That does not sound very good for the people who are waiting for housing.

I was an elementary school teacher for 30 years and I always fought for early intervention for many problems. I am not talking Ritalin because I was not a Ritalin pusher; in fact, I found it very frustrating when parents would sometimes doctor-shop to find a doctor to give their child Ritalin because it was much easier to say your child had ADHD rather than admitting to parenting problems. I am not talking Ritalin but I am talking early intervention to help children and families in crisis.

Vous avez parlé du stress associé à la recherche d'un logement et du fait que des patients sont condamnés à rester à l'hôpital parce qu'ils ne peuvent trouver un domicile.

Comment les patients font-ils pour chercher un logement quand ils ne reçoivent pas d'aide de leur famille?

Mme Johnson : Notre hôpital offre les services d'un travailleur social. Par ailleurs, une partie des lits de soins tertiaires sont utilisés pour des patients du programme de diminution progressive des soins, qui ont reçu leur congé et qui fréquentent un établissement de soins permanents. Notre hôpital offre des services d'aide à cet égard. Je fais moi-même partie de l'équipe de soutien aux pairs. Il y a donc de l'espoir, mais il manque de places et le système est engorgé. Les nouveaux malades ne peuvent intégrer le système à cause du manque de places.

Je rêve d'un système global, qui nous permettrait de choisir la cure qui nous convient, les médicaments qui nous conviennent, l'agencement idéal pour nous, et de choisir parmi les options que nous offrirait le médecin. J'ai donc un point de vue un peu différent sur la question.

Le sénateur Cordy : Étant donné la pénurie de logements, est-ce que vous êtes obligés d'accepter de vivre dans un logement dans une autre collectivité que la vôtre?

Mme Johnson : Oui, de toute évidence. Des personnes qui viennent de petites collectivités n'ont pas le choix de venir vivre à Nanaimo ou à Victoria. Il arrive parfois qu'une personne doive accepter de vivre dans une coopérative d'habitation, avec quatre colocataires. Or, la vie en commun est un facteur de stress supplémentaire, n'importe qui vous le confirmera.

Le sénateur Cordy : C'est évident.

Le président : Encore plus si c'est un conjoint.

Le sénateur Cordy : Parle-t-on d'un séjour à court terme, dans l'attente d'un autre logement... Au fait, y a-t-il des logements offerts dans les régions rurales?

Mme Johnson : Comme je l'ai mentionné, il existe 90 places avec services d'aide à l'autonomie, mais déjà 30 personnes sont sur la liste d'attente. D'autres places ont été ajoutées il y a un an environ, au moment où nous entamions l'élaboration du prochain plan quinquennal. Nous venons de terminer un segment de 5 ans, et nous sommes présentement dans le deuxième segment de 5 ans, et déjà la liste compte 30 personnes en attente d'une place.

Le sénateur Cordy : C'est peu encourageant pour tous ceux qui sont en attente.

J'ai enseigné au primaire pendant 30 ans, et j'ai toujours défendu l'intervention précoce, pour toutes sortes de problèmes. Je ne parle pas du Ritalin parce que je n'ai jamais été en faveur. J'ai toujours été choquée de voir des parents qui allaient d'un médecin à l'autre pour en trouver un qui allait prescrire du Ritalin à leur enfant. Pour eux, il était beaucoup plus simple de dire qu'un enfant est hyperactif au lieu d'admettre leurs problèmes en tant que parents. Je ne parle pas de Ritalin quand je préconise une intervention précoce afin d'aider les enfants et leur famille en période de crise.

I get the feeling that there are no positive points to early intervention, that it is all negative and I cannot quite get my mind around that.

Mr. Wipond: You mean early intervention like the child is having poor marks and you hire a tutor to help them?

Senator Cordy: No, I am talking if a child is having difficulty. I mean, a teacher deals with thousands of children over a 30-year period. If a parent comes to you because their child is not socializing and exhibiting very aggressive behaviour, should the teacher ignore the parent?

Mr. Wipond: Early intervention works great in breast cancer and it works great for poverty. However, I question many of our psychological interventions because most of those are not particularly scientific. I question the role of the school in the diagnosis and treatment of mental illness. These type of interventions may lead to hypotheses about X or Y syndromes.

I can see a positive role and I believe that maybe you played a great role in that situation but I have seen many teachers who I would not trust from that perspective. I have seen out of control classrooms purely because of size. I have seen out-of-control teachers point to one child as the source of the problem while the teacher is the problem. In some instances, kids with different kinds of disabilities are in a large class and there is total chaos. These types of situations occur with great frequency in the United States.

The U.S. Drug Enforcement Agency heard testimony from psychiatrists that the 20 per cent of school kids on Ritalin did not have any reason to take it.

If the front end of that wedge is very nice but the back end is psychiatry you need to be wary because that is a slippery slope. We have to think about that and particularly because this is so impossible to diagnose.

Senator Cordy: What do you do?

Mr. Wipond: You help.

Senator Cordy: You help, but that is early intervention to me. Maybe our definitions are different.

Ms. Allan: It is the language that we use. I know what you mean by "early intervention" and I am for what you mean but you say it to me and I have heard that word used and that sounds very threatening to me. That sounds like labelling and once you are labelled, you are put on a track and that is where you stay.

Mr. Wipond: Psychologists and psychiatrists employ that term largely to define emotional problems. If early intervention does not mean psychology and psychiatry it is okay, but I think you mean psychology and psychiatry, do you not?

Senator Cordy: Tell me, when parents ask what they should do and whether to test their child should I say that the child is too young?

Pourtant, quand je vous écoute, j'ai l'impression que vous ne trouvez rien de bon à l'intervention précoce, que c'est inutile. Je ne peux pas me rallier à ce point de vue.

M. Wipond : Faites-vous allusion à un type d'intervention précoce dans le cas d'un enfant qui a de mauvaises notes et pour lequel on engage un tuteur qui l'aide?

Le sénateur Cordy : Non. Je pense à des enfants en difficulté. L'enseignant rencontre des milliers d'enfants en 30 ans de carrière. Si un parent demande à le voir parce que son enfant ne socialise pas ou affiche des comportements très agressifs, l'enseignant devrait-il laisser le parent se débrouiller seul?

M. Wipond : L'intervention précoce donne d'excellents résultats en cas de cancer du sein et de pauvreté. Là où je m'insurge, c'est à l'égard des interventions psychologiques sans fondement scientifique réel. Je remets en question le rôle de l'école dans le diagnostic et le traitement de la maladie mentale. C'est le genre d'intervention qui mène à des hypothèses de syndrome X ou Y.

Je peux voir l'aspect positif, et je peux admettre que vous avez pu jouer un important rôle dans cette situation, mais j'ai vu tellement d'enseignants impuissants. J'ai vu des classes entières échapper au contrôle de l'enseignant à cause tout simplement du nombre d'enfants. J'ai vu également des enseignants qui avaient perdu les pédales et qui accusaient des enfants alors que le problème venait de l'enseignant lui-même. Dans certains cas, des enfants handicapés sont intégrés à une classe nombreuse, et c'est le chaos. Ce sont des situations très courantes aux États-Unis.

La U.S. Drug Enforcement Agency a entendu des témoignages de psychiatres qui affirmaient que 20 p. 100 des enfants prenant du Ritalin n'en avaient nullement besoin.

En surface, tout semble parfait mais, si on creuse un peu, il faut se méfier de la psychiatrie, parce que c'est un terrain miné. Une réflexion s'impose, surtout parce qu'il est impossible de poser un diagnostic sûr.

Le sénateur Cordy : Que faut-il faire?

M. Wipond : Il faut aider.

Le sénateur Cordy : Vous aidez, mais à mon avis, c'est une intervention précoce. Nos définitions diffèrent peut-être.

Mme Allan : Ce sont les mots que nous utilisons. Je sais ce que vous voulez dire par « intervention précoce », et je suis d'accord avec vous. Vous venez vous-même de l'utiliser, et ce n'est pas la première fois que je l'entends, mais il reste que cette expression me semble très menaçante. Cela ressemble à de l'étiquetage, et une fois qu'on a une étiquette, on ne peut plus s'en défaire.

M. Wipond : Les psychologues et les psychiatres utilisent ce terme surtout pour définir des troubles émotionnels. Si l'intervention précoce ne signifie pas psychologie et psychiatrie, c'est très bien, mais je crois que vous voulez dire psychologie et psychiatrie, n'est-ce pas?

Le sénateur Cordy : Dites-moi, lorsque des parents demandent ce qu'il faut faire et s'il faut évaluer leur enfant, dois-je dire que l'enfant est trop jeune?

Mr. Wipond: In many cases, some of the best results occur when the entire family enters therapy.

Senator Cordy: I agree with you; when a child has a problem, that problem does not occur in isolation. We have mentioned poverty and housing as problems that can cause mental illness.

Mr. Wipond: We do not have concrete proof of that and I think we need to be a lot more careful in the how and the why of the situation.

Senator Cordy: You say it like that but I get the feeling that you disapprove of early intervention of any kind.

Mr. Wipond: No, not of any kind, I am just suspicious of psychology or psychiatry. I am against early intervention with psychiatry. I have seen some beneficial things from psychology, so I am a little more open to that idea, but psychiatry I think is far too dangerous, and physically damaging.

I know a psychological specialist who is a critic of the system and she thinks psychology is quite dangerous but I personally would endorse psychology over psychiatry.

Senator Pépin: Then what are we to do?

Mr. Wipond: Give me a situation, if you are asking what to do.

Senator Pépin: Witnesses informed us that early intervention could help two- thirds of the children with mental illness.

You say you are against psychiatry and psychology and it seems that you are against medication. What is a parent to do?

Mr. Wipond: I am just trying to make you realize how dangerous the situation is. There is a well-known psychiatrist in Victoria, who specializes in nutritional approaches to psychological problems. This is a whole other approach; it is very non-invasive in that sense. Perhaps that approach will not work for everyone but it does work for some. In any case, we must look at the child's nutrition very closely and design a nutrition program for that particular body.

Our society has powerfully deep, wide-ranging nutritional problems, particularly in our youth. Sugar is one of the most controversial substances that they inhale — inhale, I mean eat, but, yeah, pretty much inhale.

The Chairman: It is chocolate we inhale.

Mr. Wipond: Many studies have gone on to show that this dramatically influences the psychological state of a child and anyone who has pumped their kid up with a lot of sugar knows that is a true statement.

M. Wipond : Dans bien des cas, on obtient les meilleurs résultats lorsque toute la famille est traitée.

Le sénateur Cordy : Je suis d'accord avec vous; lorsqu'un enfant a un problème, ce problème ne survient pas isolément. Nous avons noté que la pauvreté et le logement peuvent être des causes de maladie mentale.

M. Wipond : Nous n'avons pas de preuve concrète, et je crois que nous devons être prudents dans l'évaluation de la situation.

Le sénateur Cordy : Vous le dites comme cela mais j'ai l'impression que vous êtes opposé à toute forme d'intervention précoce.

M. Wipond : Non, pas toutes les formes mais je me méfie de la psychologie et de la psychiatrie. Je suis contre l'intervention précoce en psychiatrie. J'ai vu de bonnes choses en psychologie, alors je suis plus ouvert à cette idée, mais la psychiatrie est je crois beaucoup trop dangereuse, et physiquement dommageable.

Je connais une psychologue qui est très critique à l'égard du système, elle-même trouve que la psychologie est très dangereuse, mais personnellement je recommanderais la psychologie plutôt que la psychiatrie.

Le sénateur Pépin : Alors que faut-il faire?

M. Wipond : Décrivez d'abord une situation, si vous demandez ce qu'il faut faire.

Le sénateur Pépin : Des témoins nous ont déclaré que l'intervention précoce pourrait aider deux tiers des enfants atteints d'une maladie mentale.

Vous dites que vous êtes contre la psychiatrie et la psychologie et il semble que vous êtes contre la médication. Que doit faire le parent?

M. Wipond : J'essaie simplement de vous montrer à quel point la situation est dangereuse. Il y a à Victoria un psychiatre bien connu qui se spécialise dans le traitement nutritionnel des troubles psychologiques. Il s'agit d'une tout autre approche ; elle est très peu invasive en ce sens. Cette approche ne marchera peut-être pas pour tout le monde mais elle marche pour certaines personnes. De toute façon, il faut analyser le régime alimentaire de l'enfant très attentivement et concevoir un programme alimentaire adapté à son corps.

Notre société souffre de troubles nutritionnels très profonds et généralisés, en particulier les jeunes. Le sucre est une des substances les plus controversées qu'ils inhalent — je veux dire qu'ils ingèrent, mais bon, c'est tout comme.

Le président : C'est du chocolat que nous inhalons.

M. Wipond : De nombreuses études ont montré que ce phénomène a une grande incidence sur l'état psychologique de l'enfant, et toute personne qui a gavé son enfant de sucre sait que c'est vrai.

I would not say we cannot approach the idea of early intervention, I am just saying we need to be very careful of the direction we take because early intervention does not include nutrition, social issues, poverty, family pressures et cetera.

Ms. Allan: My treatment began when I was an adult so it is not exactly the same but they just do not take a very common-sense approach. They did not ask, Are you happy at home? How well do you sleep? Do you eat a well-balanced diet? Do you have enough money to cover your basic needs?

Without asking those questions, a doctor is unable to give a proper diagnosis. I mean, you are just not looking at the whole picture and I think the same applies to children. We must know how and where children live, how they eat and how they spend their spare time.

It is like there is just a whole spectrum of things to be looked at when you say "intervention." If you mean "psychiatric intervention," you must know that none of those things is covered and they are critical to understanding the child or adult with the problem.

Mr. Wipond: In connection with this is a fascinating book on the principals and practices in emergency psychiatric treatment. The book cites a number of studies showing that 30 per cent to 50 percent of emergency psychiatric problems are actually physical. Now, this is interesting. Cardiovascular disease, a parasite, a nutritional imbalance, and certain nutrient deficiencies, can cause extreme psychological problems, but the studies show that only 10 per cent of psychiatrists ever do a standard physical check-up. I do not refer to exotic testing, but a standard physical check-up would find this particular problem.

Ms. Allan: Some of those tests are so simple. People diagnosed with depression should have a thyroid test because an under active thyroid causes depression-like symptoms. The doctors often disregard these common-sense approaches.

Senator Pépin: Many witnesses say that more community centres could help a lot. In addition, we have had many witnesses say that they do not want to see too many people with mental disabilities living together in the same housing complex.

Ms. Johnson: That is why the semi-independent apartments are around the city. CMHA provides us with a clubhouse where members go every day. Members have a daily activity and lunch and have work projects so they have meaningful work to do when they are well.

Senator Pépin: There is also a program called Consumer Survivor Business, which, I believe, is in Ontario. That program prepares people to return to the workforce.

Do you have a similar program to help people start or get back to work?

Je ne dirais pas qu'il faut écarter toute idée d'intervention précoce mais plutôt qu'il faut se montrer très prudent car l'intervention précoce ne tient pas compte de la nutrition, des questions sociales, de la pauvreté, des pressions familiales, et cetera.

Mme Allan : Mon traitement a commencé lorsque j'étais adulte alors ce n'est pas exactement la même chose mais ils n'adoptent tout simplement pas une approche très sensée. Ils n'ont pas demandé : Êtes-vous heureuse à la maison? Dormez-vous bien? Avez-vous un régime alimentaire équilibré? Avez-vous assez d'argent pour subvenir à vos besoins de base?

Si le médecin ne pose pas ces questions, il ne peut poser un diagnostic. Vous voyez, on ne tient pas compte de tous les facteurs, et je crois que c'est la même chose dans le cas des enfants. Il faut savoir comment et où les enfants vivent, ce qu'ils mangent et ce qu'ils font de leurs temps libres.

C'est qu'il y a tout un éventail de facteurs à prendre en compte quand on parle d'intervention. Si l'on parle d'intervention psychiatrique, il faut savoir qu'aucun de ces facteurs n'est pris en compte et pourtant, ils sont essentiels à la compréhension de l'enfant ou de l'adulte qui souffre.

M. Wipond : Il y a à cet égard un livre fascinant sur les principes et les pratiques dans le traitement psychiatrique d'urgence. On y cite un certain nombre d'études qui montrent que de 30 p. 100 à 50 p. 100 des troubles psychiatriques d'urgence sont en fait de nature physique. Alors ça, c'est intéressant. Les maladies cardiovasculaires, les parasites, le déséquilibre nutritionnel et certaines carences en nutriments peuvent causer des troubles psychologiques extrêmes, mais les études montrent que seulement 10 p. 100 des psychiatres font un examen physique ordinaire. Je ne parle pas d'un examen très approfondi mais un simple examen physique permettrait de déceler ce trouble.

Mme Allan : Certains de ces examens sont trop simples. Les personnes chez qui on a diagnostiqué une dépression devraient subir un examen de la glande thyroïde parce qu'une glande thyroïde peu active provoque des symptômes semblables à ceux de la dépression. Or, les médecins écartent souvent ces approches sensées.

Le sénateur Pépin : De nombreux témoins disent qu'un plus grand nombre de centres communautaires pourrait aider beaucoup. En outre, de nombreux témoins nous ont dit qu'ils ne voulaient pas voir trop de personnes avec un handicap mental vivre ensemble dans le même complexe résidentiel.

Mme Johnson : C'est pourquoi les appartements semi-autonomes sont autour de la ville. L'ACSM nous fournit un pavillon où les membres vont tous les jours. Les membres ont une activité quotidienne et un repas et ils ont des projets de travail, ce qui leur donne un quelque chose de significatif à faire lorsqu'ils vont bien.

Le sénateur Pépin : Il y a aussi un programme appelé Consumer Survivor Business, qui je crois est en Ontario. Ce programme prépare les gens à retourner sur le marché du travail.

Avez-vous un programme semblable pour aider les gens à démarrer ou à retourner au travail?

Ms. Johnson: The hardest things to bear are poverty and the stigma. CMHA does have a job program and starts people but there is such a stigma once you have a mental illness that you lose credibility. I was a counsellor, I was a substitute teacher, I was a daycare worker, I worked in a women's shelter, but once they labelled me "mentally ill" I lost all credibility.

I moved and earned back my credibility as a consumer and that is why I do peer support, because I feel I understand the needs of my fellow consumers. I can help fellow consumers through the maze and help them navigate the system. I can help them find an advocate, help them with the legal system, and help them when there is a violation of their rights. I do not know if that answers your question.

Ms. Allan: I think that is so positive because a negative experience is now a positive experience. Over the last few years, the people that have helped me the most with my troubles have been lay people. Those people have helped me along the way to getting through the system and getting better. They remember their experiences and are very sympathetic and helpful to others.

Mr. Wipond: We were talking about models and there is a hospital in the United States that has two boards: One, the typical board of mental health professionals and the other board of consumer survivors. The executive director reports to both boards and either board has the power to fire him. It is a tremendous model; it is working amazingly well. I heard the man give a talk and he was truly inspiring.

Senator Pépin: Francesca, you have said that all people with a mental disability should have help to make decisions.

What are we to do about the patient on the street, the person who is quite disturbed?

Often these people do not know anybody and they do not have any family. How can we help them to start a program, put them in the hospital, or start them on medication?

Ms. Allan: Yeah, those people are in the most difficult position in society and that is where we came up with the psychiatric advocate or ombudsman. I am lucky, I have people around me, I can give my power of attorney away, and I know lawyers that can do that very quickly for me.

Senator Pépin: The majority of patients do not have that help.

Ms. Allan: I do not know how many do or how many do not, but that would be one of the functions of the ombudsman's office. In the same way not everyone can afford a lawyer but yet hypothetically we are supposed to have legal aid available.

Senator Callbeck: Ruth, you mentioned that one of the hardest things to bear is the stigma associated with mental illness.

Mme Johnson : Les choses les plus difficiles à supporter sont la pauvreté et la honte. L'ACSM a bien un programme d'emploi et aide les gens mais il y a une telle honte lorsqu'on a une maladie mentale qu'on en perd sa crédibilité. J'ai été conseillère, j'ai été enseignante suppléante, j'ai été éducatrice en garderie, j'ai travaillé dans un foyer pour femmes, mais une fois étiquetée « malade mentale », j'ai perdu toute crédibilité.

J'ai déménagé et j'ai recouvré ma crédibilité à titre de consommatrice, et c'est pourquoi je fais de l'entraide, parce que je crois que je comprends les besoins des consommateurs. Je peux les aider à traverser le labyrinthe et les aider à s'y retrouver dans le système. Je peux les aider à trouver un défenseur de leurs droits, à se débrouiller dans le système judiciaire, à faire valoir leurs droits. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Mme Allan : Je crois que c'est tellement positif, une expérience négative qui est devenue une expérience positive. Les personnes qui m'ont le plus aidée au cours des dernières années sont des non-spécialistes. Ces gens m'ont accompagnée et m'ont aidée à me débrouiller dans le système et à me remettre sur pied. Ils se souviennent de leurs expériences et sont très compatissants envers les autres.

M. Wipond : Nous parlions de modèles. Il y a un hôpital au États-Unis où il y a deux conseils d'administration : un conseil ordinaire formé de professionnels de la santé et un autre formé de consommateurs survivants. Le directeur général relève des deux conseils, et les deux ont le pouvoir de le congédier. C'est un modèle formidable; il fonctionne étonnamment bien. J'ai entendu cet homme faire un exposé et il était vraiment passionnant.

Le sénateur Pépin : Francesca, vous avez dit que toute personne souffrant d'un handicap mental devrait avoir de l'aide pour prendre des décisions.

Que faut-il faire du patient dans la rue, de la personne très perturbée?

Souvent, ces gens ne connaissent personne et n'ont pas de famille. Comment pouvons-nous les aider à adhérer à un programme, les hospitaliser ou leur faire prendre des médicaments?

Mme Allan : Oui, ces gens sont dans la situation la plus difficile qui soit dans la société et c'est pourquoi nous avons proposé la création d'un poste de protecteur des droits ou ombudsman de la psychiatrie. J'ai de la chance, j'ai des gens autour de moi, je peux déléguer mes pouvoirs et je connais des avocats qui peuvent faire cela très rapidement pour moi.

Le sénateur Pépin : La majorité des patients n'ont pas cette chance.

Mme Allan : Je ne sais pas combien l'ont ou ne l'ont pas, mais ce serait là une des fonctions du bureau de l'ombudsman. D'ailleurs, tout le monde ne peut pas se payer un avocat et pourtant nous sommes censés avoir accès à l'aide juridique.

Le sénateur Callbeck : Ruth, vous avez dit qu'une des choses les plus difficiles à supporter, c'est la honte liée à la maladie mentale.

In Regina, we heard from a group that visits grade 8 students in the schools. They visit those children and other children's groups.

Do you have similar programs here in Vancouver?

Ms. Johnson: It is definitely taking place in Nanaimo, I have done that myself. I find the high school groups harder to talk to than the college groups. The high school groups want to be invincible and think that mental illness will not touch them or their friends.

I think we need more of it and I think you are on target when you talk about it. I think that is part of early intervention and part of public awareness. Some TV commercials de-stigmatize the mentally ill. One commercial shows a mentally ill person holding a baby; it shows that he is a safe person and he likes the baby.

The Chairman: It is obviously only a B.C. commercial because none of us have seen it.

Ms. Allan: It is quite fabulous. I am not sure who puts it on but the punch line of it is you see this man with a baby and then you see his mental illness label and then the caption is something like, "what is sick is how your mind just changed." It is very powerful advertising.

The Chairman: Do you know the sponsor?

Senator Callbeck: You spoke about visiting the high schools, have you gone into lower grades, Grade 8, for example?

Ms. Johnson: No, we do not, but I was an early childcare worker and I learned to recognize behaviour that was consonant and consistent with normal maturation from behaviour that was just a little off target. I do not know how you would deal with it but you can recognize it.

When I worked at the women's shelter, I dealt with many children that had witnessed severe abuse and I taught them how to use feeling words to communicate their feelings. I think communication can help your doctor know how you are doing as a child, as an adult, as a consumer, and as a patient.

I have a good working relationship with my family physician and he lets me choose my treatment. I think if parents, children, therapists, and doctors would all work together then we would have a much better system. I do not know how you as senators get that to happen but those are things that I wanted to bring up today when you asked me questions.

Senator Callbeck: Francesca in your *Statement of Principles re Mental Health Treatment,* you say

> 3. It also follows that there should be no such thing as compulsory treatment.

Ms. Allan: Yes senator, there should be no such thing as compulsory treatment.

À Regina, nous avons entendu parler d'un groupe qui rend visite aux élèves de huitième année dans les écoles. Il voit aussi d'autres groupes d'enfants.

Avez-vous des programmes semblables à Vancouver?

Mme Johnson : C'est certainement le cas à Nanaimo, je l'ai fait moi-même. Je trouve qu'il est plus difficile de parler aux élèves du secondaire qu'à ceux du collégial. Les élèves du secondaire veulent être invincibles et croient qu'eux et leurs amis sont à l'abri de la maladie mentale.

Je crois qu'il en faut davantage et vous visez juste en mentionnant ce genre de programme. Je crois que cela fait partie de l'intervention précoce et de la sensibilisation du public. Certaines publicités à la télé visent à éliminer la honte chez les malades mentaux. L'une de ces publicités montre un homme atteint d'une maladie mentale qui tient un bébé; on peut voir qu'il ne présente aucun risque et qu'il aime le bébé.

Le président : C'est sans doute une publicité présentée uniquement en C.-B. parce qu'aucun d'entre nous ne l'a vue.

Mme Allan : C'est tout à fait fabuleux. J'ignore qui en est l'auteur mais on y voit un homme avec un bébé et ensuite on voit son étiquette de malade mental et la légende, qui dit à peu près ceci : « les préjugés, j'en suis malade ». C'est une publicité très efficace.

Le président : Connaissez-vous le commanditaire?

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé de tournées dans les écoles secondaires, avez-vous visité les niveaux inférieurs, la huitième par exemple?

Mme Johnson : Non, nous n'y allons pas, mais j'étais éducatrice de garderie et j'ai appris à reconnaître le comportement d'une personne dont la maturation est normale par rapport à un comportement légèrement déviant. Je ne saurais pas ce qu'il faudrait faire mais on peut le reconnaître.

Lorsque je travaillais au foyer pour femmes, j'ai vu beaucoup d'enfants qui avaient été témoins de graves abus et je leur ai appris à utiliser des mots de sentiment pour communiquer leurs sentiments. Je crois que la communication peut aider le médecin à savoir dans quel état est l'enfant, l'adulte, l'usager, le patient.

J'ai de bons rapports avec mon médecin de famille et il me laisse choisir mon traitement. Je crois que si les parents, les enfants, les thérapeutes et les médecins travaillaient tous ensemble, nous aurions un bien meilleur système. J'ignore comment, vous les sénateurs, pouvez faire en sorte que cela se produise, mais ce sont là des choses que je voulais dire aujourd'hui lorsque vous m'avez posé des questions.

Le sénateur Callbeck : Francesca, dans votre *Statement of Principles re Mental Health Treatment,* vous dites

> 3. Il s'ensuit aussi qu'il ne devrait jamais y avoir de traitement obligatoire.

Mme Allan : Oui Sénatrice, il ne devrait y avoir aucun traitement obligatoire.

Senator Callbeck: I understand a judge can order treatment for up to 60 days to try to get a person fit to stand trial. You would disagree with that?

Ms. Allan: Yeah, I disagree with any involuntary treatment.

Senator Gill: I think I agree with many of your points about the new way of thinking about mental health. I do not know how many people think this way and I believe that it will be difficult to change the way that society thinks about people with mental illnesses. Senator Kirby mentioned it is not a final report because the final report will be different. I hope it will be different.

Ms. Allan: I do admit to being very defensive and so I am on the lookout for anything that looks like bias. There is good reason that I am that way and, for instance, I did not read the three reports, I scanned them. Rob read them and it alerts my suspicions when I hear about a heading "Access to Treatment," and under that title is the subject of forced treatment. I am on the lookout for that all the time.

Senator Gill: I am not complaining about the way that you did that.

Ms. Allan: Well, I heard it before.

Senator Gill: Sometimes you have to be strong enough to be listened to.

Mr. Wipond: I am encouraged by what you are saying but I want to emphasize that you should look at your third report, which dropped any discussion about forced psychiatry and the statement about Aboriginals and the statement about early intervention. I am glad you are open to consideration of those items.

Some of the wording is very subtle as in the very definition of "mental illness." If you are going to discuss stigma you have to ask that question. The moment I look at you and say that a person is mentally ill, and incompetent, that person is stigmatized. We have to really address that as a society and say maybe that this is the root of the problem because we do not really know enough about mental illness.

Senator Gill: I just want to add that our committee and others are trying to represent, as best we can, a minority in this country. We care enough to listen to witness and try to help solve the problems.

I have not attended all of the meeting but I do know that the Aboriginals are having a very bad time of it. Many people are in jail instead of being elsewhere because they are not conforming to the society in general.

Do you think that many people in B.C. think like you?

Le sénateur Callbeck : Je crois savoir qu'un juge peut ordonner un traitement d'une durée pouvant atteindre 60 jours afin de permettre à une personne de subir un procès. Vous ne seriez pas d'accord avec cela?

Mme Allan : Ouais, je suis contre tout traitement non volontaire.

Le sénateur Gill : Je crois que je suis d'accord avec un bon nombre de vos points sur la nouvelle façon d'aborder la santé mentale. Je ne sais pas pourquoi de nombreuses personne pensent de cette façon et je crois qu'il sera difficile de changer la façon dont la société voit les personnes atteintes de maladie mentale. Le sénateur Kirby a mentionné que ce n'est pas un rapport final parce que le rapport final sera différent. J'espère qu'il sera différent.

Mme Allan : J'admets que je suis beaucoup sur la défensive et que je suis à l'affût de tout ce qui ressemble à un préjugé. J'ai de bonnes raisons d'être ainsi, par exemple, je n'ai pas lu les trois rapports, je les ai parcourus. Rob les a lus et je me méfie lorsque j'entends parler d'un titre qui dit « Accès au traitement », et sous ce titre il est question de traitement forcé. Je suis à l'affût de cela tout le temps.

Le sénateur Gill : Je ne me plains pas de la façon dont vous avez fait cela.

Mme Allan : Eh bien, je l'ai déjà entendu.

Le sénateur Gill : Parfois il faut être assez fort pour être écouté.

M. Wipond : Je suis encouragé par ce que vous dites mais je veux souligner que vous devriez regarder votre troisième rapport, qui a laissé tomber toute référence à la psychiatrie forcée et la déclaration au sujet des Autochtones et la déclaration au sujet de l'intervention précoce. Je suis heureux que vous soyez disposés à considérer ces choses.

Certaines formulations sont très subtiles, par exemple dans la définition de « maladie mentale ». Si l'on veut parler de honte, il faut poser la question. Dès que je vous regarde et que je dis que cette personne est mentalement malade, et incapable, cette personne est stigmatisée. Il faut vraiment s'attaquer à ce problème sur le plan social et dire que c'est peut-être là la racine du problème parce que nous n'en savons pas vraiment assez sur la maladie mentale.

Le sénateur Gill : Je voudrais seulement ajouter que notre comité et d'autres tentent de représenter, le mieux possible, une minorité dans ce pays. Nous sommes suffisamment intéressés pour écouter les témoins et tenter d'aider à résoudre les problèmes.

Je n'ai pas assisté à toute la réunion mais je sais que les Autochtones sont particulièrement touchés. Bien des gens sont en prison au lieu d'être ailleurs parce qu'ils ne se conforment pas au règles de la société.

Croyez-vous que de nombreuses personnes pensent comme vous en C.-B.?

Mr. Wipond: Absolutely. The overwhelming majority of patients I talk to think this way.

Senator Gill: I am talking about the general society.

Mr. Wipond: We receive conflicting comments from the mental health professionals that work in the system. Some psychiatrists write extremely angry letters to say that there are hundreds of thousands of clinical studies that show that this guy is just a loony-tune, and we get letters from psychologists and social workers who say that the guy is right on. Many support workers are concerned with the power the doctors have to force therapy on the mentally ill.

One particular psychiatrist wrote to me about his patients. He told me that in the context of his Jungian psychology program he admitted a consumer to hospital to stabilize her while she experienced a crisis. The doctor in fact encouraged her to go to the hospital just to try to stabilize her. The doctor tried to see her while she was in hospital but the doctors in the hospital refused to let him in to see her. She got worse in the hospital but the doctor could not see to her release; she was under another doctor's supervision. There is some concern about the power of some of the doctors.

Ms. Johnson: It is interesting to note that the statistics show that 40 per cent of the people in jail have an undiagnosed mental illness and that a high percentage of the people in jail are native people. That does not seem fair to me.

The Chairman: I agree with you and that is what prompted my comment that we are using the streets and prisons as the asylums of the 21st century.

Ms. Allan: I want to get back to how many people are on our side. I believe that if more people knew what was going on we would have more people on our side. People do not believe me when I tell them about shock treatment; they think that it went out in the 1950s. I had forced shock treatment last year. How can people be outraged if they do not know about the problem?

Senator Trenholme Counsell: I have a couple of points to make and the first is with respect to early intervention. In my experience, it started out with infants, young children, looking at vulnerabilities, and trying to intervene early. We used the term "early intervention" in respect to young children. It is a philosophy that the sooner you treat something, whether it is a social condition or whatever it might be, all the hundreds of things where intervention is necessary, so that is not directed towards people with mental illness.

You said you would like to have an example. I was very recently at a breakfast annual meeting of the Schizophrenia Society of Canada. I will always remember the guest speaker because told his life story and he really gave thanks to modern psychiatric medicine. He is thankful for the medications that help

M. Wipond : Absolument. La très grande majorité des patients à qui je parle pensent ainsi.

Le sénateur Gill : Je parle de la société en général.

M. Wipond : Nous recevons des commentaires divergents de la part des professionnels de la santé qui travaillent dans le système. Certains psychiatres écrivent des lettres extrêmement dures pour dire qu'il y a des centaines de milliers d'études cliniques qui montrent que tel type n'est qu'un dingue, et nous recevons des lettres de la part de psychologues et de travailleurs sociaux qui disent que le type est très bien. De nombreux intervenants s'inquiètent du pouvoir qu'ont les médecins de forcer un malade mental à suivre une thérapie.

Un psychiatre en particulier m'a écrit au sujet de ses patients. Il m'a dit que dans le contexte de son programme de psychologie jungien il a admis une consommatrice à l'hôpital pour la stabiliser alors qu'elle était en crise. Le médecin l'a en fait incitée à aller à l'hôpital simplement pour tenter de la stabiliser. Le médecin a tenté de la voir pendant qu'elle se trouvait à l'hôpital, mais les médecins de l'hôpital ont refusé. Son état a empiré à l'hôpital mais le médecin ne pouvait la faire libérer; elle était sous la responsabilité d'un autre médecin. Le pouvoir que détiennent certains médecins inquiète certaines personnes.

Mme Johnson : Il est intéressant de noter que les statistiques montrent que 40 p. 100 des personnes emprisonnées souffrent d'une maladie mentale non diagnostiquée et qu'un fort pourcentage des personnes en prison sont des Autochtones. Cela me semble injuste.

Le président : Je suis d'accord avec vous et c'est ce qui m'a fait dire que nous utilisons les rues et les prisons comme les asiles du XXI^{e} siècle.

Mme Allan : Je voudrais revenir sur les personnes qui sont avec nous. Je crois que si plus de gens savaient ce qui se passe, nous en aurions davantage de notre côté. Les gens ne me croient pas lorsque je leur parle des électrochocs; ils croient qu'il n'y en a plus depuis les années 50. J'ai eu un traitement aux électrochocs l'an dernier. Comment les gens peuvent-ils être scandalisés s'ils ne connaissent pas le problème?

Le sénateur Trenholme Counsell : J'ai quelques précisions à apporter et la première concerne l'intervention précoce. Selon mon expérience, le phénomène a commencé avec des bébés, de jeunes enfants, à détecter les faiblesses et tenter d'intervenir de façon précoce. Nous avons utilisé le terme « intervention précoce » dans le cas de jeunes enfants. Il s'agit d'une philosophie selon laquelle plus une chose est traitée précocement, qu'il s'agisse d'un trouble social ou quoi que ce soit, toutes ces centaines de choses qui exigent une intervention, alors cela ne vise pas les personnes qui souffrent d'une maladie mentale.

Vous avez dit que vous aimeriez avoir un exemple. J'ai très récemment assisté à une réunion annuelle de la Société canadienne de schizophrénie. Je n'oublierai jamais le conférencier invité parce qu'il a raconté l'histoire de sa vie et il était vraiment reconnaissant envers la médecine psychiatrique moderne. Il est reconnaissant

him to function and work. He is a father and a husband and because of modern medicine and methods, he was able to stand up and give his speech.

I will remember you people and what you have said because you represent an awful lot of people who have had bad luck in one way or another with the system. I think you are telling a very important story of many people who feel very, very ill done by the system. We have to listen to your stories and see how to put them in our report.

You are making very strong points and so I must ask you if you think a person with schizophrenia or in a manic phase of bipolar should not receive treatment or medication?

Ms. Allan: I am going to get to that, but I have also heard people tell their stories and they are very moving and many of them thank their psychiatrists but what you are talking about is somebody that wants to continue on medication.

I have no problem with truly voluntary treatment; that is not the issue. I am talking about people who do not want these things done to them and we are forcing them anyway.

You asked about a person in the manic phase of bipolar and whether that person should be medicated.

Senator Trenholme Counsell: What would you do for them? What would you offer them?

Ms. Allan: It depends how they came to approach the system. I would have to know what behaviour caused such alarm before I could make a decision.

Senator Trenholme Counsell: What if the person is manic or suffering from delusions?

Ms. Allan: What about mania; people tell me they think they are going to be on the Olympic team, I think that is a little out there, but it is not problem. Lots of mania is not a problem; many delusions are not problems.

Mr. Wipond: Well, that is a very good point.

Ms. Allan: You can ask many people who believe in God if they really think there is a person up there watching everything. That could be a psychotic delusion; it is just a matter of what society will put up with.

Senator Cook: Ruth how heavily are you involved with NGOs in your community. I refer to non-governmental organizations like churches and Rotary groups, because the administration of housing must be complex.

I come from the province of Newfoundland and we are engaged in a similar housing project in partnership with The United Church of Canada who takes the risks for back rent and rent forgiveness et cetera. How much of that do you do in Nanaimo?

pour les médicaments qui l'aident à fonctionner et à travailler. Il est marié et a des enfants, et grâce aux méthodes de la médecine moderne, il a pu prononcer son discours.

Je me souviendrai de vous et de ce que vous avez dit parce que vous représentez un très grand nombre de personnes qui n'ont pas eu de chance d'une façon ou d'une autre avec le système. Je crois que vous racontez l'histoire très importante de nombreuses personnes qui se sentent gravement flouées par le système. Nous devons vous écouter pour voir comment nous pourrons intégrer le tout dans notre rapport.

Vous soulevez de très importantes questions, aussi je dois vous demander si vous croyez qu'une personne souffrant de schizophrénie ou qui est dans la phase maniaque du trouble bipolaire ne devrait pas recevoir de traitement ou de médicaments.

Mme Allan : Je vais en venir à cette question, mais j'ai aussi entendu des gens raconter leur histoire, des histoires très touchantes et beaucoup sont reconnaissants envers leur psychiatre, mais il est question de personnes qui désirent continuer leur médication.

Je n'ai aucune objection en ce qui concerne le traitement vraiment volontaire; le problème est ailleurs. Je m'inquiète pour ceux qui ne veulent pas qu'on leur fasse toutes ces choses et que nous traitons de force.

Vous avez demandé si des personnes dans la phase maniaque du trouble bipolaire devraient prendre des médicaments.

Le sénateur Trenholme Counsell : Que feriez-vous pour elles? Que leur offririez-vous?

Mme Allan : Cela dépend de la façon dont elles ont abordé le système. Il me faudrait connaître le comportement qui a causé tant de peur avant de prendre une décision.

Le sénateur Trenholme Counsell : Et si la personne est en phase maniaque ou délirante?

Mme Allan : Et qu'est-ce que c'est la manie? Des gens me disent qu'ils croient qu'ils feront partie de l'équipe olympique, je crois que c'est un peu bizarre, mais ce n'est pas un problème. Pour beaucoup, la phase maniaque ne constitue pas un problème; pour beaucoup aussi, le délire ne pose pas de problème.

M. Wipond : Eh bien, c'est un bon point.

Mme Allan : Vous pouvez demander à bien des gens qui croient en Dieu s'ils pensent vraiment qu'il y a quelqu'un là-haut qui surveille tout. Ce pourrait être un délire psychotique; tout dépend de ce que la société accepte.

Le sénateur Cook : Ruth, êtes-vous très engagée dans les ONG de votre collectivité? Je parle d'organisations non gouvernementales comme les églises et les groupes Rotary, parce que l'administration du logement doit être complexe.

Je viens de Terre-Neuve et nous avons des projets semblables en partenariat avec l'Église unie du Canada qui assume les risques liés au retard et au non-paiement des loyers, et cetera. Avez-vous de telles activités à Nanaimo?

Ms. Johnson: Well, that is why I mentioned the New Hope Centre is going to provide many things for the homeless people. There will be 16 suites for mental health people and six crisis beds. That directly came about after a committee called SKIPPY, I do not even remember what the acronym stood for anymore, but that is why I included the survey from the City of Nanaimo, because they have been doing that and Nanaimo Affordable Housing is a non-profit association that set up two apartment buildings staffed for people in the community.

Our town really cares about the people that are in our situations and they recognize our needs. I think we are really lucky in some ways but we could go a long way because the smaller communities really have to do without. A lot of the money on the Island goes directly to Victoria and then is divided up between the smaller areas. The smaller regions get lesser portions, of course, and of course, most of the money needs to go to the most acute patients.

The committee needs to realize that many of us have long periods of wellness where we can make our own decisions, especially with support, and it is the supported independent living that I care so passionately about that has kept me on a committee for ten years.

Senator Cook: In my province, we have one facility under the same umbrella run completely by the consumers who live there. The residents have access to the board so that there is a connection. Do you have any of that in Nanaimo?

Ms. Johnson: Victoria has a number of fourplex buildings where individuals can buy into their own condominium, so to speak. Nanaimo does not have anything that equals that at present.

Senator Cook: Francesca, help me to understand a piece in your brief. In number 5 of the statement of principles you propose a better oversight system, the creation of a psychiatric advocate, a program for psychopharmacologists, and then the one that stumps me is,

> The appointment of civilians to the oversight committees in the relevant licensing bodies.

Do you mean a consumer or volunteer from the community?

Ms. Allan: I think it could be either but the critical thing is that it is not a psychiatrist.

Senator Cook: A non-professional.

Ms. Allan: Yes, absolutely.

Senator Cook: Maybe we could ask you to send us a bit more detail on how you see this happening.

Ms. Allan: I would be happy to send you whatever the B.C. Civil Liberties come up with; they have this now; they are presumably going to be approaching it.

Mme Johnson : Eh bien, c'est pourquoi j'ai mentionné que le New Hope Centre allait fournir bien des choses pour les sans-abri. Il y aura 16 locaux pour la santé mentale et six lits d'urgence. C'est arrivé dans le sillage des travaux d'un comité appelé SKIPPY, je ne me souviens plus de ce que l'acronyme signifie, mais c'est pourquoi j'ai inclus l'enquête de la ville de Nanaimo, parce qu'ils font cela et la Nanaimo Affordable Housing est une association à but non lucratif qui a mis à la disposition des gens de la collectivité deux immeubles résidentiels.

Les responsables de notre ville se préoccupent vraiment des gens dans notre situation et ils reconnaissent nos besoins. Je crois que nous avons vraiment beaucoup de chance, à bien des égards, et nous pourrions aller loin car pas mal de petites collectivités doivent vraiment s'en passer. Une bonne partie de l'aide financière accordée à l'île va directement à Victoria et est ensuite répartie entre de plus petits secteurs. Les petites régions reçoivent bien entendu de plus petites parts de financement, et le plus gros de l'argent doit aller aux patients les plus gravement atteints.

Le comité doit réaliser que bon nombre d'entre nous connaissons de longues périodes de bien-être pendant lesquelles nous pouvons prendre nos propres décisions, surtout avec de l'aide, et c'est justement l'aide à la vie autonome qui me tient tant à cœur qui m'a fait demeurer au sein d'un comité pendant dix ans.

Le sénateur Cook : Dans ma province, nous avons un établissement sous les mêmes auspices entièrement administré par les usagers qui y vivent. Les résidents ont accès au conseil afin d'assurer un lien. Avez-vous ce genre d'établissement à Nanaimo?

Mme Johnson : Il y a à Victoria un certain nombre de quadruplex où les personnes peuvent en quelque sorte investir dans leur propre condominium. Nanaimo n'a rien de la sorte en ce moment.

Le sénateur Cook : Francesca, il y a un passage que je comprends mal dans votre mémoire. Au point 5 des énoncés de principes, vous proposez une meilleure supervision du système, la création d'une fonction de défenseur des droits en psychiatrie, un programme pour les psychopharmacologues et ensuite, celui qui me laisse perplexe,

> La nomination de civils aux comités de surveillance dans les organismes de réglementation concernés.

Voulez-vous dire un usager ou un bénévole de la collectivité?

Mme Allan : Je crois que ce pourrait être l'un ou l'autre mais ce qui importe, c'est que ce ne soit pas un psychiatre.

Le sénateur Cook : Un non-professionnel.

Mme Allan : Oui, absolument.

Le sénateur Cook : Nous pourrions peut-être vous demander de nous fournir davantage de précisions sur la façon de réaliser cela.

Mme Allan : Je serais heureuse de vous faire parvenir tout ce que B.C. Civil Liberties peut trouver; ils ont cela maintenant; ils vont sans doute vouloir le réaliser.

Ms. Johnson: I think that the committee might be interested that I sit on a hiring committee for the community support workers that go out to the people's housing. The staff nurse at the hospital that runs the psych ward was surprised when a consumer, a mental health patient, was not on her hiring committee. That is something that we expect.

Senator Cook: That is the other point I made, that would happen primarily for your family care homes, people who live in private families.

Ms. Johnson: Yes.

Senator Cook: So there would be some sensitivity training or some understanding of that subject.

Ms. Johnson: Yes, and we meet once a month.

Senator Cook: Finally, Rob, we are very ordinary people trying to do an extraordinary job. In order to do our job we have to listen to everyone and we have to get a balance.

I am not going on the defensive about what we have done so far but remember they are options and recommendations.

I would like you to help me understand your opening statement that says:

> Your reports show that the Senate Committee has a strong bias guiding it, and this bias suggests you'll contribute to worsening the situation rather than improving it.

Help me to understand that statement so we can revisit it and strike a balance, especially from the discipline of psychiatrists.

If I read this correctly and understand you, there is a power shift and it has shifted to psychiatry rather than the rights and the proper care of the individual.

Mr. Wipond: I think that is a great idea because in my estimation the power balance has swung too far to the other direction. The irony is that the power is now in the hands of the doctors because of the failures and the inquests where the mental health professionals win the battles. They are more articulate, they are usually more forceful, and they usually have better research to cite than the consumer survivors who are often trying to deal with their own internal issues at the same time as they are trying to present a case. I have seen this battle played out a million times.

I am happy to see that you want to strike a balance and I am terrified when I hear about treating a person against their will. The incredible use of the Orwellian twisting of words scares me. Treating people against their will is seen as freeing them up and they actually say, "We are freeing you up" because they will not incarcerate you after they have treated you. That is where I see the pendulum has swung too far and we are nowhere near a balance.

Mme Johnson : Je crois que le comité pourrait être intéressé à ce que je fasse partie d'un comité d'embauche des travailleurs communautaires qui se rendent dans les logements des gens. L'infirmière à l'hôpital qui dirige le service de psychiatrie était surprise de constater qu'aucun usager, aucun patient en santé mentale, ne faisait partie du comité d'embauche. C'est une chose à laquelle nous nous attendons.

Le sénateur Cook : C'est l'autre point que j'ai soulevé; cela viserait surtout le milieu familial, les personnes qui vivent dans une famille d'accueil.

Mme Johnson : Oui.

Le sénateur Cook : Il y aurait donc une certaine sensibilisation ou une certaine compréhension de ce dossier.

Mme Johnson : Oui, et nous nous réunissons une fois par mois.

Le sénateur Cook : En fin de compte, Rob, nous sommes des gens très ordinaires qui essayons de faire un travail extraordinaire. Pour faire notre travail nous devons écouter tout le monde et nous devons faire la part des choses.

Je ne tente pas de justifier ce que nous avons accompli jusqu'à maintenant, mais il ne faut pas oublier que ce sont des suggestions et des recommandations.

J'aimerais que vous m'aidiez à comprendre votre déclaration préliminaire qui disait :

> Vos rapports montrent que le comité du Sénat est guidé par un fort préjugé, et ce préjugé fera en sorte que la situation ne fera que s'aggraver plutôt que de s'améliorer.

Aidez-moi à comprendre cette déclaration afin que nous puissions la revoir et faire la part des choses, en particulier du point de vue des psychiatres.

Si je lis bien et si je vous comprends, on assiste à un déplacement des pouvoirs, et ce déplacement se fait au profit de la psychiatrie plutôt que des droits et des soins à dispenser.

M. Wipond : Je crois que c'est une excellente idée parce que d'après moi, le pouvoir s'est déplacé trop loin dans la direction opposée. Il est cependant ironique que le pouvoir soit maintenant entre les mains des médecins en raison des échecs accumulés à la suite des enquêtes, parce que ce sont les professionnels de la santé mentale qui gagnent les batailles. Ils s'expriment mieux, ils sont généralement plus puissants, et ils ont généralement de meilleures recherches à citer que les consommateurs survivants, qui doivent souvent régler leurs propres problèmes internes en même temps qu'ils présentent un dossier. J'ai été témoin de ces batailles un million de fois.

Je suis heureux de constater que vous cherchez à atteindre un équilibre et je suis terrifié à la perspective de voir une personne recevoir un traitement contre son gré. Cette incroyable déformation orwellienne des mots me fait peur. Traiter les gens contre leur gré est vu comme une libération, on leur affirme qu'on « les libère » parce qu'ils ne seront pas incarcérés après avoir été traités. C'est pourquoi je dis que le pendule est allé trop loin et que nous sommes très loin de l'équilibre.

We must revisit the phrase "mental illness," because we do not have a consensus on what it is, how to diagnose it, or how to treat it.

We have to start there and realize that some people respond well to these medications and they like them and they voluntarily continue to take them and for them they are working well. Other people do not want treatment or medications forced on them. I am looking for that balance and I do not see it.

I am sure you have started to see this. I want to emphasize that I have researched a million social issues and this is the most politically and emotionally volatile issue in which I have ever been involved.

What disturbs me most is when I interview psychiatrists and many mental health professionals they totally deny that this is a controversial area. They will not admit anything. If they admit that this is controversial territory, I would respect them. They routinely say the science is clear, the studies are clear, and it is very much like a doctor who has a certain god-like position that says "I know, trust me." They take that position and that is what I find most concerning because they do not engage in debate. This is so extreme that in the case of my articles in Victoria they never wrote a letter to the editor challenging anything I said about them. However, the paper got a letter saying that if they ever published me again they would retaliate against the paper. They refused to let the health region employees grant interviews, all because of me and the articles I have written.

We finally sat down, had a meeting, and what was the predominant issue? They wanted the meeting off the record so I am telling you something now I should not be telling you, but I think it is important. The overriding issue was they did not want me interviewing patients. They referred to the consumers as "psychotics," who could not be trusted.

I try to do my due diligence, but why do not we engage in a dialogue. They did not want that, even if we offered them space to put their own position, as long as we were going to put patients' arguments right next to them they did not want that debate and that to me is the foundation of the problem. They are trying to deny that this controversy and these kinds of problems exist. This committee is exposing these problems and I think it is great.

This is a traumatic area of our society. We need to discuss mental illness, flesh it out, really be honest about the research and then we can strike a balance. So much manipulative stuff has gone on behind the scenes that have disempowered the consumers and the survivors.

Ms. Johnson: In conclusion the last thing I would like to say, because I notice we are past the time already, is that I would like to see the issue discussed as "mental health issues" and that we have periods of "wellness" when we can make our own decisions. I do not like the reference of "mental illness" because that says I am always a patient.

Nous devons redéfinir la « maladie mentale » parce qu'il n'y a pas de consensus sur ce qu'elle est, comment la diagnostiquer ou comment la traiter.

Nous devons commencer par cela, et réaliser que certaines personnes répondent bien à ces médicaments, qu'elles les apprécient et qu'elles continuent volontairement à les prendre et que pour elles ils donnent de bons résultats. D'autres en revanche refusent qu'on leur impose un traitement ou des médicaments. Je cherche cet équilibre et je ne le trouve pas.

Je suis persuadé que vous commencez à entrevoir cela. Je tiens à souligner que j'ai fait des recherches sur un million de questions sociales et que celle-ci est le dossier le plus politique et le plus émotif que j'ai jamais eu à aborder.

Ce qui me dérange le plus, c'est que lorsque je parle à des psychiatres et à des professionnels de la santé mentale, ils nient carrément qu'il s'agit d'un sujet controversé. Ils refusent d'admettre quoi que ce soit. S'ils admettaient qu'il s'agit d'un domaine controversé, je les respecterais. Ils répètent sans cesse que la science est claire, que les études sont claires, comme un médecin qui vous dit péremptoirement « Je sais, croyez-moi ». Ils adoptent cette position et c'est ce qui m'inquiète le plus parce qu'ils refusent tout débat. La situation est si extrême que dans le cas de mes articles à Victoria, ils n'ont jamais écrit au rédacteur en chef pour contester ce que j'ai dit à leur sujet. Cependant, le journal a reçu une lettre qui disait que si jamais on me publiait encore ils poursuivraient le journal. Ils refusaient de permettre aux employés régionaux de la santé d'accorder des entrevues, et ce, à cause de moi et de mes articles.

Nous avons fini par nous asseoir ensemble, nous nous sommes réunis, et quel était le principal enjeu? Ils voulaient que la réunion soit confidentielle, alors je vous dis maintenant quelque chose que je ne devrais pas vous dire, mais je crois que c'est important. Ce qu'ils voulaient par-dessus tout, c'est que je n'interviewe pas de patients. Ils disaient des usagers qu'ils étaient « psychotiques » et qu'on ne pouvait leur faire confiance.

J'essaie de faire preuve de la prudence nécessaire, mais pourquoi ne pas engager le dialogue. Ils ne voulaient pas, même si nous leur offrions l'occasion de faire valoir leur point de vue, ils refusaient que leurs arguments soient mis en parallèle avec ceux des patients, ils ne voulaient pas de ce débat et c'est là à mon avis le nœud du problème. Ils tentent de nier l'existence de cette controverse et de ces problèmes. Ce comité les met en lumière, et je trouve que c'est formidable.

C'est un aspect traumatisant de notre société. Nous devons discuter de la maladie mentale, en profondeur, être vraiment honnête au sujet de la recherche et ensuite nous pourrons atteindre l'équilibre. Tant de manipulations secrètes ont paralysé les usagers et les survivants.

Mme Johnson : En conclusion, la dernière chose que je voudrais dire, parce je me rends compte que nous avons déjà dépassé le temps, c'est que j'aimerais qu'on parle de « problèmes de santé mentale » et du fait que nous avons des périodes de « bien-être » au cours desquelles nous pouvons prendre nos propres décisions. Je n'aime pas le terme « maladie mentale » parce qu'il laisse entendre que je suis toujours une patiente.

The Chairman: Let me ask you, all three of you, about the word "consumer," which we used in our reports. Personally, I do not like the word "consumer" but in any event, we do not like the word "patient" because clearly that is the purely medical word.

In people like yourselves and people in peer support groups, is "consumer" the best word to describe a person who has had a mental illness or brain disorder?

Ms. Allan: Not if they have been treated involuntarily. I loathe the word "consumer".

The Chairman: What is a better word?

Ms. Allan: It is a psychiatric label.

Mr. Wipond: The term I use is "people who have been diagnosed with mental illnesses." It indicates that somebody applied the diagnosis and you may agree with it or not.

The Chairman: You understand our problem. On the other hand, we may have to find a shorthand way of saying that, in a long report you do not want to repeat it a million times but we can do that through a glossary or definition.

Ms. Johnson: I use the term "consumer" because it is a general term but when I am in daily situations and I talk about my mental illness I say I have "suffered from symptoms of depression," and I do not explain it any farther than that to most people because I do not think it is their business.

Mr. Wipond: Someone who did a history of the psychiatric survivor movement in Canada really objected to the way your report used the word "survivor." The word "survivor" was twisted around to suggest that these were people who survived mental illnesses. In fact the history of that term, and she was involved in the founding of the use of that term in Canada, was people who survived psychiatric treatment.

The Chairman: We will not use the word "survivor."

Senator Cook: On Saturday, I was on an Ottawa bus and saw a large ad that said mental illness is a hard journey. I do not know who posted the ad.

It is a complex problem. I think that many people can make life better but that no one segment has all the answers. I think that what we need find an answer that will take care of that individual. That is the reason why I am here this morning. I worry about labelling. My daughter was anorexic for three long years after her dad died. I have never heard anyone in our community, you know, friends or whatever, say that Jean was, or is, anorexic. She did not get labelled. It was a mental illness, and I believe it was, and through a long period of rehabilitation, she managed it.

Ms. Johnson: Often that is because anorexia is visible; my mental illness is not visible.

Le président : Permettez-moi de vous demander, à tous les trois, ce que vous pensez du terme « consommateur », que nous avons utilisé dans nos rapports. Personnellement, je n'aime pas le terme « consommateur », mais nous n'aimons pas le terme « patient » non plus parce qu'il est manifestement un terme médical.

Parmi les personnes comme vous et les groupes d'entraide, le terme « consommateur » est-il celui que vous privilégiez pour décrire une personne qui a souffert d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique?

Mme Allan : Pas si elle a été traitée contre son gré. J'ai horreur du terme « consommateur ».

Le président : Quel serait le meilleur terme?

Mme Allan : C'est une étiquette psychiatrique.

M. Wipond : J'utilise le terme « personne chez qui une maladie mentale a été diagnostiquée ». Il indique que quelqu'un a posé un diagnostic, et on peut être d'accord ou pas.

Le président : Vous comprenez notre problème. D'un autre côté, nous devrons peut-être trouver un terme plus concis, car dans un long rapport on ne veut pas avoir à le répéter un million de fois mais il est toujours possible d'inclure un glossaire ou une liste de définitions.

Mme Johnson : J'utilise le terme « consommateur » parce qu'il est générique, mais dans la vie de tous les jours, lorsque je parle de ma maladie mentale, je dis que j'ai « souffert de symptômes de la dépression » et je ne l'explique pas davantage à la plupart des gens parce que je crois que cela ne les concerne pas.

M. Wipond : Une personne qui a fait l'historique du mouvement des survivants ou « réchappés » en psychiatrie au Canada s'est vraiment opposée à la façon dont le terme « survivant » est utilisé dans votre rapport. En effet, on y suggère que la personne a survécu à une maladie mentale. En fait, l'historique de ce terme, et elle a contribué à en populariser l'usage au Canada, renvoie à une personne qui a survécu au traitement psychiatrique.

Le président : Nous n'utiliserons pas le terme « survivant ».

Le sénateur Cook : Samedi, j'étais dans un autobus d'Ottawa, et j'ai vu une grande affiche sur laquelle on pouvait lire que la maladie mentale est un voyage pénible. J'ignore qui a mis l'affiche.

C'est un problème complexe. Je crois que bien des gens peuvent rendre la vie meilleure mais qu'aucun segment à lui seul ne possède toutes les réponses. Je crois qu'il nous faut trouver une façon de satisfaire les besoins de cette personne. C'est la raison pour laquelle je suis ici ce matin. L'étiquetage m'inquiète. Ma fille a été anorexique pendant trois longues années à la suite du décès de son père. Je n'ai jamais entendu qui que ce soit dans notre collectivité, vous savez, des amis ou qui que ce soit d'autre, dire que Jean était, ou est, anorexique. Elle n'a pas été étiquetée. Elle souffrait d'une maladie mentale, je crois que c'en était une, et elle est arrivée à s'en sortir après une longue période de réadaptation.

Mme Johnson : C'est souvent parce que l'anorexie est visible; ma maladie mentale n'est pas visible.

Senator Cook: Okay. Thank you. I have often wondered why it did not apply and I guess hers was both a mental and physical illness.

Senator Trenholme Counsell: Francesca, you said you hated the word "consumer." Do you accept the word "patient"?

Ms. Allan: I think it is better than "consumer." I think it is more truthful.

Senator Trenholme Counsell: So maybe you could just speak to that a bit, please.

Ms. Allan: About the word "consumer"?

Senator Trenholme Counsell: Well, the word "patient."

Ms. Allan: I cannot really talk about why "patient" is a better word, it is just that we are mental patients therefore we are patients. Like, it just makes more sense. "Consumer", I mean I am a consumer of A & B Sound because I choose to go there and not to another store. "Consumer" really makes the hair on the back of my neck stand up.

Senator Trenholme Counsell: I agree with you. Do you think "patient" is more humane, it is more kind?

Ms. Allan: Well, I do not care if it is more kind; I care if it is more honest and it is more honest.

Senator Pépin: So as a good Franco can we say "people suffering from mental disability."

Ms. Allan: Well, whom are we trying to please here, because if you talk to most of the people that I discuss these things with they call themselves "escaped loonies." I mean, it is not a politically correct issue at all.

Mr. Wipond: The history of the psychiatric survivor movement in Canada is in a book called *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Many people use the word "crazy" because it indicates something that is fun and creative.

Senator Trenholme Counsell: I think "survivor" is quite appropriate when you are talking about cancer but I think it is pretty insensitive when you are talking about mental illness.

Ms. Allan: It is so overused, like people are talking about surviving bad marks on their political science exams.

Mr. Wipond: Yes, and it is insensitive to psychiatrists.

The Chairman: Let me thank the three of you for coming. We realize we have prevailed upon your time way beyond what we said we would. We will still take a short coffee break and then the next panel will be allowed to run overtime too. Thank you very much for coming.

Le sénateur Cook : D'accord. Merci. Je me suis souvent demandé pourquoi cela ne s'appliquait pas et je suppose que sa maladie était à la fois mentale et physique.

Le sénateur Trenholme Counsell : Francesca, vous avez dit que vous détestiez le terme « consommateur ». Acceptez-vous le terme « patient »?

Mme Allan : Je crois qu'il est préférable au terme « consommateur ». Je crois qu'il est plus près de la vérité.

Le sénateur Trenholme Counsell : Alors vous pourriez peut-être nous parler de cela, s'il vous plaît.

Mme Allan : Du terme « consommateur »?

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, du terme « patient ».

Mme Allan : Je ne peux pas vraiment dire pourquoi je préfère le terme « patient », c'est simplement que nous sommes des personnes atteintes de maladie mentale, et par conséquent, des patients. C'est tout simplement plus logique. Pour ce qui est de « consommateur », je suis une consommatrice chez A & B Sound parce que je choisis d'aller dans ce magasin et pas ailleurs. Le terme « consommateur » me fait vraiment dresser les cheveux sur la tête.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je suis d'accord avec vous. Trouvez-vous que le terme « patient » est plus humain, plus charitable?

Mme Allan : Eh bien, je ne demande pas qu'il soit plus charitable, mais je tiens à ce qu'il soit plus honnête, et il l'est.

Le sénateur Pépin : Alors en bonne franco, puis-je dire « personne souffrant d'un handicap mental »?

Mme Allan : Eh bien, à qui cherchons-nous à faire plaisir ici, parce que si vous parlez à la plupart des personnes avec lesquelles je discute de ces choses, elles se disent « dingues rescapées ». Je veux dire que ce n'est pas du tout une question de rectitude politique.

M. Wipond : L'historique du mouvement des survivants de la psychiatrie au Canada est relaté dans un livre intitulé *Call Me Crazy : Stories from the Mad Movement*. Bien des gens utilisent le terme « fou » parce qu'il évoque quelque chose de drôle et de créatif.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je crois que le terme « survivant » est tout à fait approprié lorsqu'on parle de cancer, mais je crois qu'il dénote une certaine insensibilité lorsqu'on parle de la maladie mentale.

Mme Allan : On en abuse tellement, les gens parlent de survivre à une mauvaise note à leur examen de science politique.

M. Wipond : Oui, et il dénote une insensibilité à l'égard des psychiatres.

Le président : Permettez-moi de vous remercier tous les trois d'être venus. Nous réalisons que nous vous avons retenus beaucoup plus longtemps que prévu. Nous ferons quand même une courte pause-café et le groupe suivant aura également droit à plus de temps. Merci beaucoup d'être venus.

Ms. Bonita Allen, As an individual: I thank you for inviting me here today. I have to say that I am not a professional or an expert; I am just a mother who has experienced mental illness for many years.

My son, Gary, had his first bipolar episode as he turned 16 and during the ensuing 26 years Gary has been hospitalized several times. Last spring he fell into a severe bipolar episode during which he displayed bizarre, agitated and aggressive behaviour. He was involuntarily hospitalized and rightfully certified with a mental disorder. While a patient in the intensive care unit he was involved in an unfortunate confrontation resulting in injuries to staff and the laying of criminal charges. The events that followed convinced me that the criminal justice system does not lend itself to the complexities involved in dealing with people who have psychiatric disabilities.

Most of the crimes committed by the mentally ill are the direct result of their psychosis, hallucinations or paranoia. They have little or no control over a mind playing tricks on them. Their crimes mainly involve lifestyle or public nuisance situations, misdemeanours, and sometimes aggressive or violent behaviour. Does it serve any useful purpose to punish these people? Will the additional stigma of a criminal record enhance their already difficult lives?

I am certain that if the mentally ill could gain easier admittance to hospitals when required, and upon stabilization and release received appropriate accommodation, community support and case management, there would be a sizeable decrease in the number of criminal acts and other mental health emergencies. This begs the question: Have we, as a society, after the deinstitutionalization of care for the mentally ill, committed the resources necessary to provide adequate community mental health services for those at risk of commitment or for those who persons discharged from hospitals, prisons and jails?

I ask whether it is fair or legal to take persons into a courtroom who are manic, delusional, paranoid, catatonic, hallucinating, or any combination of the above. In such a state people cannot appreciate the gravity of their situation, and are unable to act in their own best interest. To make matters worse, police, judicial staff and lawyers do not always have the knowledge necessary to understand mentally ill defendants.

It is my observation that the inhumane practice of incarcerating mentally ill people in jails and prisons is cruel, unjust and ineffective. Prisons do not have adequate or appropriate facilities, resources or medical care to deal with the mentally ill. Poorly trained staff is unable to handle the difficulties of mental illness.

Mme Bonita Allen, à titre personnel : Je vous remercie de m'avoir invitée ici aujourd'hui. Je dois dire que je ne suis ni une professionnelle, ni une experte; je ne suis qu'une mère qui a vécu l'expérience de la maladie mentale pendant de nombreuses années.

Mon fils, Gary, a connu son premier épisode de trouble bipolaire dès l'âge de 16 ans et au cours des 26 années qui ont suivi, Gary a été hospitalisé plusieurs fois. Le printemps dernier il a connu un grave épisode de trouble bipolaire au cours duquel il a affiché un comportement bizarre, agité et agressif. Il a été conduit sans son consentement à l'hôpital où l'on a certifié, avec raison, qu'il souffrait d'un trouble mental. Alors qu'il était aux soins intensifs il a été mêlé à un malheureux affrontement au cours duquel des membres du personnel ont subi des blessures, et des accusations ont été portées au criminel. Les événements qui ont suivi m'ont convaincue que le système de justice pénale ne se prête pas aux complexités des cas où la personne souffre de déficience psychique.

La plupart des crimes commis par les personnes atteintes de maladie mentale sont le résultat direct de leur psychose, de leurs hallucinations ou de leur paranoïa. Leur esprit leur joue des tours et ils n'y peuvent à peu près rien. Leurs crimes se résument généralement à des situations de nuisance ou de désordre public, à des méfaits et parfois à un comportement agressif ou violent. Est-il vraiment utile de punir ces gens? La honte d'avoir un casier judiciaire améliorera-t-elle leur vie déjà si pénible?

Je suis persuadée que si les personnes souffrant de maladie mentale étaient admises plus facilement dans les hôpitaux lorsqu'elles en ont besoin, et que si une fois stabilisées et libérées elles avaient droit à un logement approprié, à une forme d'aide communautaire et à une prise en charge, on constaterait une réduction importante du nombre d'actes criminels et autres cas d'urgence en santé mentale. Il faut donc se poser la question : après la désinstitutionnalisation des soins au malades mentaux, notre société a-t-elle consacré les ressources nécessaires à la prestation de services adéquats de santé mentale dans la collectivité pour les personnes à risque d'internement ou pour celles qui obtiennent leur congé de l'hôpital ou de la prison?

Je me demande s'il est juste ou légal de faire comparaître en cour des personnes qui souffrent de manie, de délire, de paranoïa, d'hallucinations ou de toute combinaison de ces affections. Dans un tel état, la personne est incapable de juger de la gravité de sa situation et d'agir dans son meilleur intérêt. Et ce qui aggrave les choses, les policiers, le personnel judiciaire et les avocats n'ont pas toujours les connaissances nécessaires pour comprendre les accusés qui souffrent d'une maladie mentale.

J'ai observé que la pratique cruelle qui consiste à incarcérer les personnes souffrant de maladie mentale dans des prisons est inhumaine, injuste et inefficace. Les prisons ne disposent pas des installations appropriées ni des ressources médicales nécessaires pour accueillir les personnes atteintes de maladie metnale. Le personnel manque souvent de compétence et est incapable de composer avec les difficultés de la maladie mentale.

The mentally ill suffer from illogical thinking, delusions, auditory hallucinations, paranoia and severe mood swings; they do not always comprehend the rules of jails and prisons. They are highly vulnerable and prone to bizarre behaviour that prison staff must deal with and inmates must tolerate. Such behaviour can and does result in tragic consequences such as physical assaults ranging from lacerations to brutal beatings and rape. They can also be subject to disease transmission and drug addiction.

To assist in their recovery, mentally ill people desperately need the support and advocacy of family and friends, which proves difficult in a prison environment.

The stress of prison life exacerbates the already fragile condition of a mentally ill person and lengthens the duration of illness. Clearly, the presence of people with mental illness in the criminal justice system imposes substantial harm to both them and substantial cost to that system.

I am not an expert so I cannot provide solutions to these concerns, but I have some suggestions for your consideration.

First, perhaps look at an alternate model that diverts people from the criminal justice system. The mental health court system used in Washington and other U.S. states, and I think maybe in Ontario, though not perfect, is working well in this direction. The objective of the mental health court is to prevent the conviction and jailing of the mentally ill and/or of securing their release from jail to appropriate care services and support in the community. Of high priority is the concern for public safety in the arrangement of community care and supervision. Organizations such as the National Mental Health Association are monitoring potential risks of mental health courts and working to ensure the courts are but one part of a coordinated community effort.

I suggest that we cease subjecting the mentally ill to wasteful and ineffective court appearances until they are in a stable state and able to comprehend why they are there and know their options.

I suggest we appoint an advocate to provide assistance in reaching an informed decision. We must ensure that the person receives a treatment plan and necessary services in a timely and appropriate manner.

Third, I suggest that we move aggressive and violent patients to a more secure environment, similar to what we have at Colony Farm, preferably before they cause harm or injury and without the necessity of being charged or found guilty of a criminal offence.

The reformed community-based care and resources promised upon deinstitutionalization of the mental health system appear to have short-changed those people in trouble with the law and those who may temporarily present a danger to society. As I see it, the current practice simply seems to move these people from one system to another. As such, we are once again turning prisons into

Les personnes atteintes ont des pensées illogiques, des délires, des hallucinations auditives, elles souffrent de paranoïa et ont de graves sautes d'humeur; elles ne comprennent pas toujours les règles des prisons. Elles sont très vulnérables et sont susceptibles d'avoir un comportement bizarre avec lequel le personnel de la prison doit composer et que les codétenus doivent tolérer. Ce genre de comportement a souvent des conséquences tragiques, dont par exemple des agressions physiques de toutes natures — lacérations, raclées, viols. Ils sont également exposés à diverses maladies et à la toxicomanie.

Pour favoriser leur guérison, les personnes atteintes de maladie mentale ont désespérément besoin du soutien et de la protection de leur famille et de leurs amis, ce qui est difficile à obtenir en prison.

Le stress de la vie en prison ne peut qu'aggraver l'état déjà fragile de la personne atteinte et prolonger sa maladie. Il est évident que leur séjour dans le système de justice pénale est très néfaste et entraîne d'importants coûts pour ce système.

Je ne suis pas une experte et je ne peux donc offrir de solutions mais je peux soumettre quelques suggestions à votre attention.

D'abord, il faudrait peut-être chercher un modèle qui permettrait d'éviter le système de justice pénale. Le système de tribunaux en santé mentale utilisé dans l'État de Washington et ailleurs aux États-Unis, et peut-être aussi en Ontario, bien qu'il soit imparfait, constitue un pas dans cette direction. L'objectif de la cour en santé mentale est d'empêcher que des personnes atteintes de maladie mentale soient condamnées et emprisonnées ou de les libérer et de leur fournir de l'aide et des soins appropriés dans la collectivité. La sécurité du public est une priorité dans l'organisation des soins et du suivi dans la collectivité. Divers organismes, dont la National Mental Health Association, font le suivi des risques liés aux tribunaux en santé mentale et s'assurent que ces tribunaux ne constituent qu'une partie d'un effort collectif coordonné.

Je suggère que nous cessions de soumettre les malades mentaux à des comparutions inutiles et peu rentables en cour jusqu'à ce qu'ils soient dans un état stable et en mesure de comprendre la raison de leur comparution et les choix dont ils disposent.

Je suggère que nous nommions un défenseur de leurs droits qui les aidera à prendre des décisions éclairées. Nous devons faire en sorte que la personne reçoive le traitement et les services dont elle a besoin, et ce, en temps opportun et de façon appropriée.

Troisièmement, je suggère que nous logions les patients agressifs et violents dans un milieu plus sécuritaire, semblable à ce que nous avons à Colony Farm, de préférence avant qu'ils ne causent des dommages ou des blessures et qu'il faille les accuser ou les condamner pour un acte criminel.

La réforme des soins et des ressources communautaires promise lors de la désinstitutionnalisation du système de santé mentale semble avoir omis les personnes qui ont des démêlés avec la justice et celles qui peuvent présenter temporairement un risque pour la société. D'après ce que je vois, la pratique actuelle semble simplement consister à faire passer ces personnes d'un système à

asylums. This route proves ineffective in treating mental illness, does not respect people's rights and is potentially harmful to innocent bystanders.

It is my request, therefore, that the National Mental Health Policy mandate that we take steps necessary to cease the practice of making criminals of the mentally ill.

The Chairman: Do you want to read your last paragraph, which is terrific.

Ms. Allen: Oh, about my son? My son is presently on probation and is recovering from his ordeal in the criminal justice system.

I have to give credit to the criminal justice system because it certainly provided him with decent accommodation; he is monitored and is receiving case management and medical support.

I have to say the mental health care system has shunned him, because of the incident in the hospital; they do not want any part of him. He is doing quite well these days, his first book of poems is in publication, and, as I say, one of the benefits of the criminal justice system was the rehab care that he received in jail.

The Chairman: I will make the observation that your last sentence was the one that struck me. I am just going to make a comment, you say:

> Perhaps the one benefit of pleading guilty to a criminal offence is better rehabilitation support.

We will talk about this later on, but I just cannot resist making this one observation. Ontario has a mental health court system similar to the one that you described and we had the Chief Justice of that mental health court make the statement that just blew most of us away. He said if you want to have a Gold Card for getting the best mental health treatment in Canada, the trick is to commit an offence and have yourself declared criminally insane. The Chief Justice said that it is in jail where a person will get the best mental health treatment.

Your comment echoes what the Chief Justice said about the system.

Thank you very much. We will come back with other comments afterwards but I would now ask Doris Ray to proceed.

Ms. Doris Ray, as an individual: Thank you for inviting me here. I am very pleased with your interest in family members' concerns.

In September 1984 I received a phone call from my son's landlady in Toronto advising me he was in a hospital psych ward after attempting to fly out of the window of his upstairs apartment. I was convinced then that it was the worst day of my life but of course it was not. It was the beginning of a catastrophic rollercoaster ride, culminating nine years later with him being judged not guilty of a second degree murder charge on the grounds that he suffered from a mental disorder. The mental

un autre. Ainsi, nous ne faisons que transformer les prisons en asiles. Cette façon de faire ne permet pas de traiter la maladie mentale, ne respecte pas les droits des personnes et risque de faire du tort à d'innocents spectateurs.

Je demande donc que la politique nationale en santé mentale exige que nous prenions les mesures nécessaires afin que cesse cette pratique qui consiste à faire des malades mentaux des criminels.

Le président : Voulez-vous lire votre dernier paragraphe, que je trouve formidable.

Mme Allen : Oh, à propos de mon fils? Mon fils est actuellement en période de probation et récupère de ses démêlés avec le système de justice pénale.

Je dois reconnaître les mérites du système de justice pénale car il lui a certainement offert un hébergement décent; il est suivi et pris en charge et il reçoit des soins médicaux.

Je dois dire que le système de soins de santé mentale l'a laissé tomber, à cause de l'incident à l'hôpital; ils ne veulent rien savoir de lui. Il va très bien en ce moment, son premier recueil de poèmes est en voie d'être publié et, encore une fois, les soins en réadaptation qu'il a reçus en prison représentent l'un des avantages du système de justice pénale.

Le président : J'aimerais faire une observation, parce que votre dernière phrase m'a frappé. Je vais simplement faire un commentaire, vous dites :

> Le seul avantage à plaider coupable d'un acte criminel pourrait bien être une meilleure aide à la réadaptation.

Nous en reparlerons plus tard mais je ne peux tout simplement pas m'empêcher de faire cette observation. L'Ontario a un système de tribunaux en santé mentale semblable à celui que vous avez décrit et le juge en chef de cette cour a fait une déclaration qui nous a tout simplement stupéfaits. Il a dit que si l'on veut être certain d'avoir le meilleur traitement en santé mentale au Canada, il suffit de commettre un crime et de se faire déclarer criminel aliéné. Le juge en chef a dit que c'est en prison qu'une personne recevra le meilleur traitement en santé mentale.

Votre commentaire reprend ce que le juge en chef a dit au sujet du système.

Merci beaucoup. Nous reviendrons avec d'autres commentaires mais je cède maintenant la parole à Doris Ray.

Mme Doris Ray, à titre personnel : Merci de m'avoir invitée ici. Je suis très heureuse de l'intérêt que vous manifestez à l'égard des préoccupations des membres des familles.

En septembre 1984, la propriétaire de mon fils à Toronto m'a appelée pour m'aviser qu'il avait été hospitalisé à l'aile psychiatrique après avoir tenté de sauter par la fenêtre de son appartement. J'étais convaincue que c'était le pire jour de ma vie, mais je me trompais. Ce n'était que le début d'une affreuse série noire qui allait culminer neuf ans plus tard, lorsqu'il a été déclaré non coupable d'homicide involontaire pour cause de troubles mentaux. Cette maladie mentale dont lui-même, sa famille, ses

disorder that he, his family, friends, caregivers and medical professionals had been attempting for so long to curtail the symptoms of was paranoid schizophrenia.

For my son the problem at the time, this happened in Nanaimo, was not that he had been non-compliant with his medications, it was that the medication he was on either did not work, or perhaps had ceased to work.

Earlier that awful day he had become frightened and after describing his worsening symptoms, he went to the hospital. There were not any beds available at the time and the physician in charge did not recognize the severity of his symptoms, so he went back to the group home.

My son, who is not and has never been a violent person, was overwhelmed by his paranoid hallucinations and delusions and lethally stabbed a 21-year-old fellow resident. Later when I visited him he confided that it had been the worst possible situation that could have happened. When he was informed of what he had done, he spent three days throwing himself against the walls of his jail cell in an agony of intense remorse. During that time and during his four-and-a-half years at the Forensic Psychiatric Institute in Port Coquitlam he never received any psychological counselling other than a few group counselling sessions initiated by the institute's very kind pastor.

My first recommendation is more counselling sessions for the mentally ill, both in and out of the jail cells and in and out of institutions.

When the mentally ill become stable and face the challenges of the real world, they are extremely vulnerable to suicide. I cannot imagine any group of people who are in more need of psychological counselling than the mentally ill, and in a perfect world with lots of available finances there would be counselling for their family members.

I live in a very small town in northern B.C., west of Prince George. When my son first became ill, the only one who could tell us anything about what was happening to him was our family doctor. That poor many was extremely busy. When I finally connected, through the B.C. Schizophrenia Society, with other families with mentally ill loved ones it was as if a door had opened wide. At one of our meetings an RCMP officer was the guest speaker. The officer confided that he had learned about the symptoms of schizophrenia through his brother-in-law who suffered from the disease. His training in the RCMP, most often the first line of defence for families in crisis situations, especially in small towns, included very little training in recognizing and dealing with symptoms of psychosis. I recently inquired of a young officer if he had had any more training in that line and he said they now receive even less training than in years past.

My son is now quite well and on an effective medication. He is happy to have received his absolute discharge from the institute, but last summer when he visited us in northern B.C. he was suddenly stricken with an anxiety attack. Whenever this occurred

amis, ses soignants et le personnel médical tentaient depuis longtemps d'atténuer les symptômes, c'était la schizophrénie paranoïde.

Pour mon fils, le problème à l'époque n'était pas tant qu'il ne prenait pas ses médicaments mais plutôt que ces médicaments ne faisaient pas effet ou avaient cessé de faire effet.

Plus tôt, au cours de cette horrible journée, il avait eu très peur et après avoir décrit ses symptômes, qui ne cessaient d'empirer, il s'est rendu à l'hôpital. Aucun lit n'était libre et le médecin de garde n'a pas reconnu la gravité de ses symptômes, il est donc retourné dans un foyer de groupe.

Mon fils, qui n'est pas et n'a jamais été violent, a été submergé par ses hallucinations et ses délires paranoïdes et a poignardé à mort un résident de 21 ans. Plus tard, quand je lui ai rendu visite, il m'a confié qu'il était dans la pire situation possible. Après avoir appris ce qu'il avait fait, il s'est jeté contre les murs de sa cellule pendant trois jours, rongé par d'intenses remords. Pendant ce temps et pendant les quatre ans et demi qu'il a passés au Forensic Psychiatric Institute à Port Coquitlam, il n'a jamais eu de consultation psychologique, à l'exception de quelques séances de groupe animées par le très gentil pasteur de l'établissement.

Ma première recommandation, c'est d'offrir davantage de séances de consultation aux personnes souffrant d'une maladie mentale, et ce, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons et des établissements.

Lorsqu'une personne aux prises avec une maladie mentale devient stable et qu'elle doit affronter le monde extérieur, elle peut facilement devenir suicidaire. À mon avis, personne n'a davantage besoin de consultation psychologique que les personnes souffrant d'une maladie mentale, et dans un monde parfait, où l'argent ne manquerait pas, il devrait aussi y avoir des consultations pour les proches des malades.

J'habite dans un très petit village dans le nord de la Colombie-Britannique, à l'ouest de Prince George. Lorsque mon fils est tombé malade, le seul qui pouvait nous expliquer ce qui se passait, c'était notre médecin de famille. Mais le pauvre homme était très occupé. Lorsque je suis finalement entrée en contact, par l'entremise de la Société de schizophrénie de C.-B., avec d'autres familles dans ma situation, c'était comme si une porte s'était ouverte tout grand. Un agent de la GRC avait été invité comme conférencier. L'agent a raconté qu'il avait pris connaissance des symptômes de la schizophrénie par son beau-frère qui en souffrait. Sa formation dans la GRC, le plus souvent le premier recours pour les familles en situation de crise, surtout dans les petits villages, comprenait très peu de formation sur la façon de reconnaître et de traiter les symptômes de psychose. J'ai récemment demandé à un jeune officier s'il avait reçu plus de formation à ce sujet, et il m'a répondu qu'on en donne encore moins qu'auparavant.

Mon fils va maintenant plutôt bien et prend des médicaments qui donnent de bons résultats. Il est heureux d'avoir reçu son absolution inconditionnelle du Forensic Institute, mais l'été dernier, lorsqu'il est venu nous rendre visite dans le nord de la

at his group home in Vancouver he would call out for assistance and be whisked away to a hospital by ambulance. It was a reality check for me that day to learn that there were no psych beds at all available in Prince George Hospital or, for that matter, anywhere in B.C. or in Edmonton. I have no idea how often that situation occurs but I do not recall it happening in the old days.

I was dismayed when the RCMP officer frisked my son, treating him as one would a hardened criminal, before transporting him in a patrol car to a holding cell in the emergency room at Prince George Hospital. I understand that mentally ill people are transported always by RCMP rather than by ambulance. It would be nice if police officers were trained to treat mentally ill people with at least a minimum of respect.

The one other recommendation I have stems from that well-informed RCMP officer who spoke at our B.C. Schizophrenia Society meeting about ten years ago. It may have been just a policy in an area where there was a significant native population but I thought it was a good one. The officer's brother-in-law was visited monthly at his home by a mental health worker who assessed the man's condition while at the same time befriending him and making him feel safe. It reminded me of when my first child was born and a help nurse would visit with valuable information and assurance for me as a young mother. It would have been even more helpful for me if a mental health worker could have visited my son and me when he was much older and struck down by schizophrenia.

The Chairman: Thank you, Doris.

Ms. Joan Nazif, Chair, Family Advisory Committee of Vancouver Mental Health Services: I should say that I have practically a lifetime of experience with mental illness in the sense that my father was diagnosed with schizophrenia when I was a young child and I have a 37-year-old daughter also diagnosed with the disease. So you should have a copy of my report, it has Vancouver Coastal Health on top of it.

I am Chair of the Family Advisory Committee of Vancouver Mental Health Services. The role of the Family Advisory Committee is to oversee the implementation of a family support and involvement plan and to address new and ongoing issues regarding family involvement and support. The senior management of the Vancouver Mental Health Services, and particularly by Kim Calsaferri, the Regional Manager of Rehabilitation & Recovery, approved and endorsed our plan. Without their commitment we would never have been able to accomplish what we have done.

In setting up this committee, family members attended focus groups that prioritized the needs and issues of their families. These issues are discussed in our Family Support and Involvement Plan for the Adult Mental Health Program in Vancouver and a copy similar to the front page is like this, except of course it is not be yellow, was emailed to the Senate Committee a few weeks ago.

Colombie-Britannique, il a soudainement été pris d'une crise d'anxiété. Quand cela se produisait au foyer, à Vancouver, il demandait de l'aide et on l'emmenait rapidement à l'hôpital en ambulance. Ce fut une révélation pour moi ce jour-là d'apprendre qu'il n'y avait aucun lit pour lui à l'Hôpital Prince George, ni même ailleurs en Colombie-Britannique ou à Edmonton. Je n'ai aucune idée si cela se produit souvent mais je ne me rappelle pas que ce soit arrivé à l'époque.

J'ai été atterrée de voir l'agent de la GRC fouiller mon fils et le traiter comme un criminel endurci avant de le faire monter dans l'auto-patrouille pour le conduire dans une cellule de détention provisoire à l'urgence de l'Hôpital Prince George. Ce serait bien qu'on apprenne aux policiers à traiter les personnes souffrant d'une maladie mentale avec un minimum de respect.

Mon autre recommandation, je la tire de l'agent de la GRC qui était venu à notre rencontre de la Société de schizophrénie il y a environ 10 ans. Ce n'était peut-être qu'une pratique locale où il y avait une importante population autochtone, mais je trouve l'idée bonne. Le beau-frère de l'agent recevait chaque mois la visite d'un travailleur en santé mentale qui évaluait son état tout en se liant d'amitié avec lui et en le mettant en confiance. Cette histoire m'a rappelé l'infirmière qui me rendait visite peu après la naissance de mon premier enfant. Elle m'informait et me rassurait, moi la jeune maman. J'aurais tellement aimé qu'un travailleur en santé mentale nous rende visite, à mon fils et à moi-même, lorsqu'il était beaucoup plus âgé qu'il était terrassé par la schizophrénie.

Le président : Merci, Doris.

Mme Joan Nazif, présidente, Comité consultatif des familles des Services de santé mentale de Vancouver : Je dois dire que j'ai accumulé l'expérience de presque toute une vie en matière de maladie mentale en ce sens que mon père a souffert de schizophrénie lorsque j'étais encore toute jeune et j'ai une fille de 37 ans qui souffre également de la maladie. Vous devez donc avoir un exemplaire de mon rapport qui porte l'inscription Vancouver Coastal Health sur la couverture.

Je suis présidente du Comité consultatif des familles des Services de santé mentale de Vancouver. Le rôle du comité consiste à superviser la mise en oeuvre d'un plan de soutien et de participation des familles afin de régler les problèmes actuels et futurs dans ce domaine. La haute direction des Services de santé mentale de Vancouver, et en particulier Kim Calsaferri, gestionnaire régionale de Rehabilitation & Recovery, a approuvé et endossé notre plan. Sans leur engagement, nous n'aurions jamais pu accomplir ce que nous avons fait.

Lors de la mise sur pied de ce comité, les membres des familles ont assisté à des groupes de discussion où les besoins et les problèmes des familles étaient priorisés. Ces problèmes sont abordés dans notre plan de soutien et de participation des familles pour le programme de santé mentale pour adultes à Vancouver, et un exemplaire semblable à celui-ci, sauf bien sûr qu'il n'est pas jaune, a été envoyé par courriel au Comité sénatorial il y a quelques semaines.

Family representatives such as parents, siblings, and adult children, bring their experiences and perspective to the committee. Other committee members include a psychiatrist, a senior mental health worker, consumers, and community agency representatives.

Our main recommendation to the Senate committee is to advocate for the support and involvement of families.

The establishment of family advisory committees can serve as a model for mental health systems across the country. The advantages of a family advisory committee is that it can successfully foster collaboration between families and mental health professionals and lead to improved support services for families and better services and care for the mentally ill.

My presentation today will deal with the eight key priorities for families, with a few suggestions for their resolution: the importance of family involvement; the need for family support services, focusing on the seriously mentally ill; training for mental health professionals; confidentiality issues; recovery and rehabilitation; drug addiction and the mentally ill; and legislation issues. I will discuss each issue briefly. More information is available for honourable senators.

The number one priority for families is involvement. We feel families must be involved on two levels: In the individual's treatment and recovery, and in an administrative capacity in terms of strategic planning, service delivery, decision-making and evaluation of mental health services.

It is indisputable that when there is family involvement the outcomes are better for clients; there are fewer relapses, fewer hospitalizations, and fewer crises. Families' feel it should be an expectation, not an exception, that they will be contacted, informed, invited to attend meetings, included in the history taking and kept up to date regarding treatment plans and progress.

The second priority is family services and support. Research indicates that the most effective way of implementing family support services is to establish a funded position. This is exactly what we requested of senior management in Vancouver and Otto Lim, an experienced psychiatric social worker too the full-time Project Lead position in September 2004.

Otto has assumed responsibility for planning, developing and coordinating family supports and services, including collaboration between staff and families, developing consistent approaches to families, and assisting in the development of policies that promote the introduction of family support and involvement to Vancouver Mental Health Services.

Des représentants des familles, parents, frères, sœurs et enfants adultes, racontent leurs expériences et expriment leurs points de vue devant le comité. Le comité comprend également un psychiatre, un travailleur expérimenté en santé mentale, des usagers et des représentants d'organismes communautaires.

Notre principale recommandation au comité du Sénat, c'est de préconiser le soutien et la participation des familles.

La mise sur pied de comités consultatifs des familles peut servir de modèle pour les services de santé mentale partout au pays. L'avantage d'un comité consultatif des familles, c'est qu'il favorise la collaboration entre les familles et les professionnels de la santé mentale et qu'il permet d'améliorer les services de soutien aux familles et les soins aux personnes souffrant d'une maladie mentale.

Ma présentation aujourd'hui portera sur huit importantes priorités pour les familles et comportera quelques suggestions : l'importance de la participation de la famille; le besoin de services de soutien aux familles, avec un accent sur les personnes gravement atteintes d'une maladie mentale; la formation des professionnels de la santé mentale; les questions de confidentialité; la guérison et la réadaptation; la toxicomanie et les personnes souffrant d'une maladie mentale; et la réglementation. J'aborderai chaque point brièvement. De plus amples renseignements sont disponibles pour les honorables sénateurs.

La première priorité pour les familles, c'est la participation. Nous sommes d'avis que les familles doivent participer à deux niveaux : dans le traitement et la guérison de la personne, et sur le plan administratif en ce qui touche la planification stratégique, la prestation des services, la prise de décisions et l'évaluation des services de santé mentale.

Il est indiscutable que lorsque la famille participe, les résultats sont meilleurs pour les clients; il y a moins de rechutes, moins d'hospitalisations et moins de crises. Les familles sont d'avis qu'elles devraient être contactées, systématiquement et non par exception, informées, invitées à assister aux réunions, à collaborer à l'élaboration du dossier, et qu'elles devraient être tenues au courant du traitement et de l'évolution de la maladie.

La deuxième priorité, ce sont les services de soutien aux familles. Les recherches montrent que la façon la plus efficace de mettre en oeuvre des services de soutien aux familles, c'est de créer un poste financé. C'est exactement ce que nous avons demandé à la haute direction à Vancouver et Otto Lim, un travailleur social d'expérience en psychiatrie, a été nommé au poste de chef de projet à temps plein en septembre 2004.

Otto est responsable de la planification, de l'élaboration et de la coordination des services de soutien aux familles, ce qui comprend la collaboration entre le personnel et les familles, l'élaboration de démarches familiales conséquentes et la participation à l'élaboration de politiques qui favorisent l'implantation du soutien et de la participation des familles dans les Services de santé mentale de Vancouver.

Important services for families include access to counselling, which can greatly assist a family in coping with the life-altering illness of a loved one and working through changed expectations.

Information and education for families is needed in many areas. Families need orientation to the mental health system, for example, because it is very different from the regular health system. They need education on the nature of mental illness to understand the signs of relapse. They need to know how to access services when the relapse occurs. Education enables family members to come to terms with mental illness.

Respite care provides relief for families who can be overburdened by the demands of dealing with mental illness. Self-help is also a legitimate means of support. These family-led groups are driven by the needs of family members and they nurture and support the family as well as strengthen family competencies.

Stigma and discrimination continue to be a major problem in society and families feel that education of the public is of paramount importance.

I am not reading my whole brief if you are concerned.

The Chairman: I was getting a little concerned you were.

Ms. Nazif: We feel public education is of paramount importance and we strongly support information about mental illness being a mandated part of the school curriculum and feel that public awareness might perhaps best be achieved by starting with our youth.

We need to take into consideration the financial burden mental illness brings to families. Disability pensions for the mentally ill are ridiculously low and most families dig into their pockets to provide for basic needs such as new shoes, dental care, health care items and spending money.

Think of single-parent families, think of the mentally ill who are parents and have children; they cannot cope with the financial demands. All families would benefit from a decreased tax burden, for example.

It is imperative that our national mental health plan focus on the most seriously ill. Although mental illness in general is underfunded, families feel that the resources for people with severe, persistent mental illness are inadequate. If people with schizophrenia and other disabling brain disorders continue to be lumped under the larger mental health umbrella they will always be at the bottom of the heap.

We must give priority to those who have chronic, severe, persistent mental illness in terms of care, planning, outcome measurements, quality improvements and accessibility to treatment.

Les séances de consultation sont un des importants services aux familles, car elles permettent à celles-ci de composer avec la difficile maladie d'un proche et de s'adapter aux nouvelles réalités.

L'information des familles est essentielle dans bien des domaines. Les familles ont besoin de connaître le système de santé mentale, notamment, car il est très différent du réseau global de la santé. Elles ont besoin de se documenter sur la nature de la maladie mentale pour comprendre les signes de rechute. Elles ont besoin de savoir comment obtenir des services lorsque survient la rechute. L'information permet aux membres de la famille d'accepter la maladie mentale.

Les soins de relève donnent un répit aux familles qui sont débordées par le fardeau que représentent les exigences liées à la maladie mentale. L'entraide est également un moyen légitime de venir en aide aux familles. En effet, les groupes d'entraide mis sur pied par les familles ont pour objectif de répondre aux besoins des membres des familles touchées, visent à prendre soin d'eux et à les soutenir tout en améliorant leurs compétences.

La stigmatisation et la discrimination continuent d'être un problème majeur dans la société, et les familles sont persuadées que l'éducation du public revêt une importance primordiale.

Je n'ai pas l'intention de lire tout mon mémoire, si c'est ça qui vous préoccupe.

Le président : Je commençais à m'inquiéter un peu.

Mme Nazif : Nous sommes persuadés que l'éducation du public est d'une importance primordiale, et nous souhaitons ardemment que l'information sur la maladie mentale fasse partie du programme scolaire parce que nous croyons que pour sensibiliser la population il faut commencer avec les jeunes.

Il faut prendre en considération le fardeau financier que la maladie mentale impose aux familles. Les prestations d'invalidité accordées aux personnes atteintes de maladies mentales sont ridicules et la plupart des familles doivent y aller de leur poche pour combler des besoins de base comme de nouvelles chaussures, des soins dentaires, des articles liés aux soins de santé et de l'argent de poche.

Pensez aux familles monoparentales, aux personnes atteintes de maladies mentales qui sont des parents et ont des enfants; elles n'arrivent pas à joindre les deux bouts. Toutes les familles bénéficieraient d'une diminution du fardeau fiscal, par exemple.

Il est impératif que notre plan national pour la santé mentale se concentre sur les personnes les plus gravement atteintes. Même si la maladie mentale souffre de façon générale d'un financement insuffisant, les familles sont convaincues que les ressources accordées aux personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes sont insuffisantes. Si les personnes atteintes de schizophrénie et d'autres troubles mentaux incapacitants continuent d'être classées dans la vaste catégorie des maladies mentales, elles vont toujours se retrouver bonnes dernières.

Il faut donner la priorité aux personnes qui sont atteintes de maladies mentales chroniques, graves et persistantes pour ce qui est des soins, de la planification et de l'évaluation des résultats, de l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité au traitement.

Staffing and resources need augmentation in order to provide adequate care. Case loads for case managers in Vancouver range from 42 to 75, and I can assure you that the larger figure comes from the area of Vancouver where they have the most difficult patients. Even the lower figure does not permit quality care.

The fourth priority is training for mental health professionals. Families are concerned about the old-fashioned attitudes held by some mental health professionals. Many were educated years ago when the family was seen as part of the problem, not as part of the solution.

Mental health professionals need additional training to ensure they have the required skills and abilities to work effectively with families. Professional educational programs across the country should also be evaluated regarding their curriculum and textbook choices. Textbooks supporting the idea that family dynamics are the cause of mental illness are still in use in Canadian universities.

Evidence-based practices should be the standard in all of our educational institutions regarding counselling and therapy. Programs such as counselling psychology, social work, nursing and psychology need to provide their students with accurate information.

A major concern for families is to access information about their seriously mentally ill family member. Family members are not interested in the confidential discussions between therapists and patient but they do need to know diagnosis, care plan, medication, safety issues, so that they can continue to provide the best support.

How can the family adequately deal with issues, crises and problems if they are unaware of the treatment plan?

How can they provide the support for their ill family member if they do not receive information regarding progress and medication changes? A family advisory committee can influence clinical policy to include greater communication with families.

British Columbia has perhaps the best mental health legislation in the country. The British Columbia Mental Health Act has the broadest and least restrictive language and regulations. Like many other provinces, we have the Freedom of Information and Protection of Privacy Act, FOIPPA, but unlike some other provinces, we are fortunate to have guidelines for FOIPPA. The guidelines, written by our provincial government Ministry of Health, state that a health provider may decide to share information with family or another third party.

Il faut augmenter le personnel et les ressources si l'on veut être en mesure d'offrir des soins adéquats. Le nombre de cas dont s'occupent les gestionnaires de soins à Vancouver varie de 42 à 75, et je peux vous garantir que le nombre le plus élevé se situe dans la région de Vancouver où se trouvent leurs patients les plus difficiles. Même le chiffre le moins élevé des deux ne permet pas d'offrir des soins de qualité.

La quatrième priorité est de la formation pour les professionnels en santé mentale. Les familles s'inquiètent au sujet des attitudes dépassées adoptées par certains professionnels de la santé mentale. Beaucoup ont fait leurs études à une époque où la famille était vue comme faisant partie du problème, plutôt que de la solution.

Les professionnels de la santé mentale ont besoin de plus de formation afin de posséder les compétences requises pour travailler efficacement avec les familles. Les programmes d'enseignement professionnel d'un bout à l'autre du pays devraient aussi être évalués sur le plan du contenu et du choix des manuels. En effet, les universités canadiennes utilisent toujours des livres véhiculant l'idée que la dynamique familiale est à l'origine de la maladie mentale.

Les pratiques fondées sur l'expérience clinique devraient être la norme dans tous nos établissements d'enseignement en ce qui concerne le counselling et la thérapie. Des programmes comme la psychologie de l'orientation, le travail social, le nursing et la psychologie doivent fournir à leurs étudiants des renseignements exacts.

Les familles sont grandement préoccupées par l'accès à l'information relative à un de leurs membres qui est atteint d'une maladie mentale. Les membres de la famille ne veulent pas connaître le contenu des conversations entre le thérapeute et son patient, en revanche, ils ont besoin de connaître le diagnostic, le plan de traitement, les questions liées à la sécurité, afin d'être en mesure d'offrir le meilleur soutien possible.

Comment la famille peut-elle réagir adéquatement devant les difficultés à résoudre, les crises et les problèmes si elle ignore en quoi consiste le plan de traitement?

Comment peut-elle offrir son soutien au membre de la famille qui est atteint d'une maladie si elle ne reçoit aucune information concernant les progrès réalisés et les changements de médication? Un comité consultatif des familles peut influencer la politique clinique pour qu'elle comprenne davantage de communication avec les familles.

Il se peut que la Colombie-Britannique possède la meilleure législation en matière de santé mentale au pays. En effet, la British Columbia Mental Health Act fait état du langage et des règlements les plus larges et les moins restrictifs. À l'instar de nombreuses autres provinces, nous avons notre propre loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, la FOIPPA, mais contrairement à d'autres provinces, nous avons la chance que cette loi soit assortie de lignes directrices. Ces lignes directrices, rédigées par le ministère de la Santé de notre province, stipulent qu'un intervenant en matière de santé peut décider de communiquer de l'information à la famille ou à une autre tierce partie.

This document may be useful to other jurisdictions dealing with confidentiality and privacy and a copy is before you.

Canada's national mental health plan must focus on recovery and rehabilitation, especially for those who have severe persistent mental illness. Minimal standards in these areas need to be determined by the federal government and mandated across the country in order to improve the level of care. Goals for recovery should be established at the time of the initial contact with the mental health system and reviewed regularly with both client and family. Not only does every client need an individualized care plan, but also people with serious mental disorders like schizophrenia must have a case manager.

All mentally ill people have the ability to recover, they can learn and accomplish new tasks and abilities and in doing so they will have a much better quality of life.

Supported housing is one of the pillars of recovery and needs to meet the individuals' needs.

We need to give particular attention to young people afflicted with a serious mental illness like schizophrenia. They need special help in order to complete their secondary education. Young people with psychotic disorders benefit from alternative or regular school programs where the teachers and counsellors have the education and knowledge about mental illness that is essential for providing appropriate support.

We recommend district-wide policies that allow students to take reduced course levels and psycho-education programs that educate students about mental illness and that provide ongoing support by providing contact with other students facing similar challenges.

Individuals with mental illness have a greatly increased risk for drug addiction compared to the general population. Living here in Vancouver you cannot walk on any of the downtown streets without coming across the drug-addicted mentally ill. We desperately need a national drug strategy. I speak personally because my daughter, who has schizophrenia, is on crack. Crack is a relatively inexpensive drug, it hits the pleasure centres, and it gives a sense of pleasure that is unattainable by any other means.

How can we expect a person with a serious mental illness whose cognitive abilities are affected, who has little or no motivation or insight, who lives a sort of hand-to-mouth existence every day, how can they ever manage to quit?

The interventions, and resources and treatment facilities are hopelessly inadequate. The general attitude is to wait until they are ready to quit. Well, they do not want to quit.

Ce document pourrait être utile à d'autres ressorts en ce qui a trait à confidentialité et à la vie privée, aussi je vous en ai distribué un exemplaire.

Le plan national en matière de santé mentale du Canada doit se concentrer sur le rétablissement et la réadaptation, et plus particulièrement en ce qui concerne ceux qui sont atteints d'une maladie mentale grave et persistante. Le gouvernement fédéral doit établir et imposer des normes minimales dans ces domaines à l'échelle du pays afin d'améliorer la qualité des soins. Les objectifs de rétablissement devraient être établis lors du contact initial avec le système de santé mentale et revus régulièrement, à la fois avec le client et la famille. Non seulement chaque client a besoin d'un plan de traitement individuel, mais aussi les personnes atteintes d'un trouble mental grave comme la schizophrénie doivent avoir un gestionnaire de soins.

Toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale ont la capacité de se rétablir, elles peuvent apprendre, accomplir de nouvelles tâches et acquérir des habiletés nouvelles, et ce faisant, elles se doteront d'une meilleure qualité de vie.

Le logement subventionné est l'un des piliers du rétablissement, et il doit répondre aux besoins individuels.

Il faut accorder une attention particulière aux jeunes atteints de maladies graves comme la schizophrénie. Ceux-là ont besoin d'une aide particulière pour réussir à achever leurs études secondaires. Les jeunes atteints de troubles psychotiques bénéficient de programmes scolaires alternatifs ou réguliers où enseignants et conseillers possèdent la formation et les connaissances en matière de santé mentale qui sont essentielles pour pouvoir offrir le soutien approprié.

Nous recommandons l'adoption de politiques à l'échelle du district qui permettront aux étudiants de suivre des programmes de cours allégés et des programmes de psycho-éducation destinés à éduquer les étudiants en matière de santé mentale et qui offrriront un soutien permanent en favorisant le contact avec d'autres étudiants dans la même situation.

Les individus atteints d'une maladie mentale sont davantage exposés à la toxicomanie que la population en général. Ici à Vancouver, il est impossible de déambuler dans les rues du centre-ville sans tomber sur des malades mentaux toxicomanes. Nous avons désespérément besoin d'une stratégie nationale en matière de toxicomanie. Je m'adresse à vous, à titre personnel, parce que ma propre fille, qui est atteinte de schizophrénie, prend du crack. Le crack est une drogue relativement bon marché, qui s'attaque aux centres du plaisir, et qui donne une sensation de plaisir impossible à atteindre par d'autres moyens.

Comment attendre d'une personne atteinte d'une maladie mentale grave dont les facultés cognitives sont affectées, qui ne possède pour ainsi dire aucune motivation ou vision, et qui vit au jour le jour, de seulement envisager la désintoxication?

Les interventions, de même que les ressources et les établissements de traitement sont désespérément insuffisants. L'attitude générale consiste à attendre jusqu'à ce que les personnes soient prêtes à cesser de consommer. Eh bien, elles ne veulent pas cesser de consommer.

Morally speaking, our society is failing these people 100 per cent. We have a moral responsibility to protect the disadvantaged in our society, to safeguard their well-being and to show them respect and dignity.

Due to our inaction and lack of resources, we are condoning three types of behaviour: Illegal behaviour, it is against the law to do drugs; degrading behaviour such as sexual acts, panhandling on the streets; and dangerous behaviours that lead to such diseases as hepatitis and AIDS.

Society should protect these vulnerable people. It is our responsibility. How can good health care include permitting our seriously mentally ill to be drug-addicted? How can we let them jeopardize their health and safety every day because they are unable to quit using drugs?

We should consider enforced addiction treatment for the seriously mentally ill or at the very least a proactive outreach program that functions tirelessly in an effort to get them off drugs.

An essential component in the drug battle is the integration of mental health and drug addiction services, which need to be brought together to reduce the fragmentation of services. There is also a significant lack of addiction services tailored specifically for the mentally ill, as they are often unable to participate in a meaningful ways in existing detox and recovery programs.

My eighth topic is legislation. Other family members discussed this topic and I will add that treatment in a forensic setting is extremely costly. People with mental illness do not belong in the criminal justice system; it is not a good long-term solution.

I would like to mention extended leave. This is community treatment orders; we call it extended leave in B.C. It is very beneficial to individuals who require repeated hospitalization because of their failure to follow treatment plans. It provides for the release of the patient from hospital to the community before the expiration of an existing committal order. The individual understands that if he or she is not complaint with treatment it is possible to be readmitted to the hospital without the formality of a new committal. This is extremely important for people with schizophrenia who, even when stabilized on medication, continue to lack insight and awareness about the importance of continuing treatment.

Moralement, notre société est 100 p. 100 responsable de son échec à venir en aide à ces personnes. Nous avons en effet l'obligation morale de protéger les défavorisés dans la société, de voir à leur bien-être et de faire preuve de respect et de dignité à leur égard.

En raison de notre inaction et du manque de ressources, nous les condamnons à trois types de comportements : un comportement illicite, parce qu'il est illégal de consommer de la drogue; un comportement dégradant, comme la commission d'actes sexuels et la mendicité sur la rue; et enfin, un comportement dangereux qui les expose à des maladies comme l'hépatite et le sida.

La société devrait protéger ces personnes vulnérables. C'est notre responsabilité. Comment un régime de soins de santé qui se respecte peut-il permettre que les personnes atteintes de maladies mentales graves deviennent toxicomanes? Comment pouvons-nous les laisser mettre en péril leur santé et leur sécurité jour après jour parce qu'elles sont incapables de cesser de consommer de la drogue?

Nous devrions envisager d'adopter des mesures pour que le traitement de désintoxication devienne obligatoire pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ou à tout le moins, nous devrions adopter un programme de sensibilisation proactif qui fonctionnerait sans relâche dans un effort pour leur faire abandonner leurs habitudes de consommation.

Une composante essentielle dans la lutte contre la drogue est l'intégration des services en matière de santé mentale et de toxicomanie, ces services devraient en effet être réunis afin de réduire la fragmentation. On constate également un manque flagrant de services de toxicomanie conçus spécialement pour les personnes atteintes de maladie mentale, étant donné qu'elles sont souvent incapables de participer d'une manière significative aux programmes de désintoxication et de rétablissement.

Mon huitième sujet est celui de la législation. D'autres membres des familles ont abordé ce sujet, et je vais me contenter d'ajouter que le traitement offert dans le contexte judiciaire est extrêmement coûteux. Les personnes atteintes de maladies mentales n'ont rien à voir avec le système de justice criminelle; ce n'est pas une solution viable à long terme.

J'aimerais parler du congé de longue durée. Je fais référence aux ordonnances de traitement en milieu communautaire; en Colombie-Britannique, nous les appelons les congés de longue durée. Ils sont très bénéfiques aux personnes ayant besoin d'hospitalisation de manière répétée en raison de leur incapacité à suivre les plans d'intervention. Ces ordonnances prévoient que le patient obtienne son congé de l'hôpital en vue de suivre un traitement dans la collectivité avant l'expiration de l'ordonnance existante. L'individu comprend que s'il ne se conforme pas au traitement, il risque d'être réadmis à l'hôpital sans avoir à subir les formalités d'une nouvelle ordonnance. C'est extrêmement important pour les personnes souffrant de schizophrénie qui, même une fois qu'elles sont stabilisées grâce à la médication, continuent de ne pas avoir conscience de l'importance qu'il y a à poursuivre le traitement.

Briefly stated in terms of legislation, we need standardized legislation across the country that will ensure proper treatment of the seriously mentally ill. The professionals' hands are tied without good legislation.

In conclusion, families play a critical role in the care and recovery of their family members. This is possible if families are involved in the treatment of their loved ones and have resource support.

We must hear the voices of the families because they advocate for the seriously mentally ill who cannot speak for themselves. We must allow the families to participate is decision-making and evaluation of mental health services and systems.

We need to focus on the seriously mentally ill in our country and ensure appropriate training for mental health professionals. Legislation needs to reflect the concerns of families in dealing with issues of confidentiality, drug addiction and criminalization of the mentally ill.

The model of a family advisory committee can play an important role in promoting an improved mental health system in Canada. Requirements for a successful family advisory committee include having the determined support of the senior management team and the establishment of a full-time staff position to coordinate family support.

We need more funding to bring the care and treatment of mental illness to the same level as other illnesses; however, any increased funding needs protection. It must be designated according to standards established by our national mental health plan. Best practices and evidence-based medicine must be used to formulate standards and ensure accountability. We need to increase our staffs at all levels to provide proper care. We need resources and support for families, psycho-education, respite services, counselling, and self-help groups. We know that when we support families we all benefit.

Immediate action must begin where the need is greatest. We must provide help and targeted funding for the most seriously mentally ill and their families.

I want to say to the committee how very grateful I am for all your reports. I was just so impressed and so delighted that you have identified so clearly the critical issues facing us and I really want to congratulate you and thank you for this opportunity to speak with you.

The Chairman: Thank you, Joan, for those kind words and thanks to all of you.

Bref, sur ce plan, il nous faudrait une législation uniforme d'un bout à l'autre du pays qui garantirait que les personnes atteintes de maladies mentales graves reçoivent le traitement approprié. Les professionnels ont les mains liées en l'absence d'une bonne législation.

En conclusion, les familles jouent un rôle essentiel en ce qui concerne les soins et le rétablissement de leurs membres. C'est possible, si les familles participent au traitement de leurs proches et si elles bénéficient de ressources pour les appuyer.

Nous devons écouter les voix des familles parce qu'elles s'expriment au nom des personnes qui souffrent de maladies mentales graves incapables de le faire elles-mêmes. Nous devons permettre aux familles de participer à la prise de décisions et à l'évaluation des régimes et des services de santé mentale.

Nous devons nous concentrer sur les personnes souffrant de maladies mentales graves dans ce pays, et nous assurer que les professionnels de la santé reçoivent la formation appropriée en santé mentale. La loi doit refléter les préoccupations des familles en ce qui concerne les enjeux liés à la confidentialité, à la toxicomanie et à la criminalisation des personnes souffrant de maladies mentales.

Le modèle du comité consultatif des familles peut jouer un rôle important dans la promotion d'un système de santé mentale amélioré au Canada. Pour atteindre ses objectifs, le comité consultatif des familles doit pouvoir compter sur l'appui déterminé de l'équipe de cadres supérieurs et sur la création d'un poste de coordonnateur à temps plein du soutien aux familles.

Nous avons besoin de plus de financement pour que les soins et le traitement des maladies mentales se retrouvent sur un pied d'égalité avec les autres maladies; cependant, toute augmentation du financement devra bénéficier de mesures de protection. Ces fonds doivent être affectés conformément aux normes établies par le plan national de santé mentale. Les meilleures pratiques et la médecine fondée sur des données probantes doivent être utilisées pour formuler les normes et pour garantir la responsabilisation. Il faut engager plus de personnel à tous les niveaux pour assurer la prestation des soins. Nous avons besoin de ressources et d'une aide financière pour les familles, pour la psycho-éducation, pour les soins de relève, pour le counselling ainsi que pour les groupes d'entraide. Nous savons qu'en soutenant les familles, tout le monde pourra en bénéficier.

Les actions immédiates doivent commencer là où les besoins sont les plus criants. Nous devons fournir de l'aide et un financement ciblé pour les personnes souffrant des maladies mentales les plus graves et pour leurs familles.

Je tiens à dire au Comité à quel point je lui suis reconnaissante pour tous les rapports qu'il a produits. J'ai été à la fois impressionnée et ravie de constater que vous aviez si bien cerné les enjeux cruciaux que nous devons affronter et je tiens vraiment à vous féliciter et à vous remercier de m'avoir donné la possibilité de m'adresser à vous.

Le président : Merci, Joan, pour ces bonnes paroles et merci à chacune d'entre vous.

Doris and Bonita, your experiences with the criminal justice system show us how differently the mentally ill are treated. In your case Doris I gather, it turned out reasonably well, as well as things do under the circumstances in the sense that your son seems to be better.

In Bonita's case, it is a worse example because he did not receive the treatment and the situation although okay now is somewhat okay in some ways in spite of the criminal justice system rather than directly because of it.

Is it just hit and miss, that in one case Doris's child hit a good judge, I mean good in a more responsive kind of judicial review.

What do you two see is the difference between your own two cases?

How can we get the kind of improved outcome?

Ms. Ray: Well, my son was already in the mental health system and had been for years, so that helped his situation. He was categorized within the system, which made treatment easier for him to get.

When you mentioned earlier that the best thing that could happen is to be incarcerated because of a mental disorder that is exactly what my son's lawyer in Nanaimo said. He said, "Now he will finally get the help he needs," which was in the Forensic Psychiatric Institute in Port Coquitlam. It was all a matter case of finding the right medication for Bruce. In Bonita's case, it sounds like he went to jail.

I know of a case where this happened and where the situation still exists. Very often men do not recognize that they are mentally ill and they seem to think that they would prefer to go to jail. My son felt that he deserved a certain amount of punishment, but he was lucky enough to receive it in a medical environment.

The Chairman: Do you want to comment on the question, Bonita?

Ms. Allen: Well, my son was actually certified and he was in a mental hospital at the time in intensive care and he was displaying violent aggressive behaviour. When the incident happened in the hospital the hospital wanted him out of their hands so he was sent to jail and appeared in court a couple of days later where the judge decided he should be assessed. Well, there were no beds in the forensic hospital so they threw him in the jail out on Wilkinson Road in Victoria and I am sure he would have sat there for the full 30 days had I not intervened and screamed and yelled and made phone calls and wrote letters. They finally found him a bed to get a proper assessment over at Port Coquitlam. He got his assessment, and they brought him back to court, although he was very unstable. They let him out on bail and he wandered around doing weird things for the next ten days until they picked him up again. He had no idea of bail provisions or when he should report

Doris et Bonita, vos expériences avec le système de justice criminelle nous montrent à quel point les personnes souffrant de maladies mentales sont traitées différemment. Dans votre cas, Doris, j'ai cru comprendre que les choses avaient relativement bien tourné, aussi bien qu'elles le peuvent dans les circonstances, dans le sens que votre fils semble aller mieux.

Dans le cas de Bonita, en revanche, la situation semble plus grave parce qu'il n'a pas reçu de traitement et que, même si la situation semble sous contrôle aujourd'hui, il reste que, d'une certaine manière, c'est un peu en dépit du système de justice criminelle plutôt que grâce à lui.

Est-ce seulement dû au hasard que, dans le cas de Doris, son enfant soit tombé sur un juge compréhensif, je veux dire, qu'il ait bénéficié d'un examen judiciaire plus réceptif.

Quelle est, à votre avis, la différence entre vos deux cas?

Que devrions-nous faire pour obtenir le résultat souhaité?

Mme Ray : Eh bien, mon fils était déjà dans le système de santé mentale, et ce, depuis des années, alors cela a sans doute facilité les choses. Il était déjà reconnu dans le système, ce qui lui a permis d'obtenir plus facilement le traitement requis.

Tout à l'heure, vous avez mentionné que la meilleure chose qui puisse arriver, lorsque l'on est atteint d'un trouble mental, c'est de se faire incarcérer, eh bien, c'est exactement ce que m'avait déclaré l'avocat de mon fils, à Nanaimo. Il m'avait dit : « Maintenant, il va enfin obtenir l'aide dont il a besoin », et cette aide est venue du Forensic Psychiatric Institute à Port Coquitlam. Dans le cas de Bruce, il suffisait de trouver la bonne médication. Dans celui de Bonita, il semble qu'il ait dû aller en prison.

J'ai eu connaissance d'un cas où cela s'est produit, et où rien n'a changé. Il arrive très souvent que les hommes ne reconnaissent pas qu'ils sont atteints d'une maladie mentale, et on dirait qu'ils préfèrent aller en prison. Mon fils avait le sentiment de mériter une certaine forme de punition, mais il a eu la chance de la recevoir dans un contexte médical.

Le président : Aimeriez-vous ajouter quelque chose, Bonita?

Mme Allen : Eh bien, on avait officiellement déclaré que mon fils était atteint de maladie mentale. Il se trouvait dans un hôpital psychiatrique, et même aux soins intensifs à l'époque, et il faisait preuve d'un comportement agressif violent. Lorsque l'incident est survenu, l'hôpital a voulu s'en débarrasser, et on l'a envoyé en prison. Il a comparu devant un tribunal quelques jours plus tard, et le juge a décidé qu'il devait faire l'objet d'une évaluation. Vous savez qu'il n'y a pas de lits dans un hôpital médico-légal, aussi on l'a envoyé à la prison de Wilkinson Road à Victoria et je suis sûre qu'il y aurait moisi durant un bon trente jours si je n'étais pas intervenue en criant et tempêtant, en bombardant les autorités de coups de téléphone et de lettres. On a fini par lui trouver un lit dans un établissement plus approprié à Port Coquitlam. Il a subi son évaluation, et on l'a ramené en cour, même s'il était très instable. On l'a libéré sur caution, et il s'est mis à traîner dans les

and he was doing bizarre things. He went back to the Wilkinson Road jail until they found him a bed again in the institute. At the institute things started to happen.

The Chairman: That answers my question, if you can get into the forensic unit, though legally part of the criminal justice system, it is much more like a hospital setting.

Ms. Allen: Yes, they do get treatment there, I do not know if you would consider it great treatment, but in the jail they just give him the medication and hope that he takes it.

Ms. Nazif: I understand that it is extremely costly to have people in the forensic system. If we educate the police to take people to emergency rooms rather than jails, we could avoid that cost to the system. The courts must understand that these people need treatment and hospital care and should be getting treatment rather than court hearings. They should be going to hospitals; there should be beds in hospitals to handle mental disorders.

The violence and so on is simply a symptom of psychotic behaviour; it is not because they really are criminals who are out there trying to do the wrong things.

Ms. Allen: The trouble is though, that they can be dangerous.

The Chairman: Clearly you need some facility for those who are dangerous but I think the point Joan is making is in many cases they wind up in jail because nobody has any idea what else to do with the problem.

Joan, your opinion is in opposition to the position that Rob takes. You support the B.C. Mental Health Act, while he does not support the act. Did you hear his comments.

Ms. Nazif: I was here for part of it but I did have a bit of difficulty hearing him. I do think we have a very good Mental Health Act and I do think we do need to look after people who have mental disorders.

The Chairman: You talk about the role of the case manager; please tell us what the work would include. I ask that because Francesca referred to a consumer group suggestion that involves the notion of a patient or consumer advocate.

I am trying to understand whether that idea, or at least what I envision as her idea, is what you mean by the case manager.

environs en faisant des bêtises durant les dix jours suivants, jusqu'à ce qu'on le reprenne de nouveau. Il n'avait pas la moindre idée de ce qu'étaient les conditions de la liberté sous caution, ou encore qu'il fallait qu'il se présente aux autorités, et il faisait des choses bizarres. Il est retourné à la prison de Wilkinson Road jusqu'à ce qu'on lui trouve de nouveau un lit à l'institut. À l'institut, les choses ont commencé à bouger.

Le président : Voilà qui répond à ma question, si on parvient à être admis dans une unité médico-légale, même si c'est par l'entremise du système de justice criminelle, cela ressemble un peu plus au milieu hospitalier.

Mme Allen : Oui, effectivement, on y dispense des traitements. Je ne sais pas si vous trouveriez qu'il s'agit d'un bon traitement, parce qu'en prison, on se contente de leur administrer une médication, et d'espérer qu'ils vont la prendre.

Mme Nazif : Je comprends que c'est extrêmement coûteux que d'admettre des personnes dans le système médico-légal. Si on formait les policiers pour qu'ils conduisent les personnes à la clinique d'urgence des hôpitaux plutôt qu'en prison, nous éviterions ces coûts pour le système. Les tribunaux doivent comprendre que ces personnes ont besoin de traitement et de soins hospitaliers, et qu'elles devraient être soignées plutôt que traînées devant les tribunaux. En effet, ces gens devraient être admis dans les hôpitaux; il devrait y avoir des lits réservés pour le traitement des troubles mentaux.

La violence et tout le reste ne sont que des symptômes du comportement psychotique; il ne s'agit pas réellement de criminels qui sont prêts à commettre des mauvaises actions.

Mme Allen : Le problème, toutefois, c'est que ces personnes peuvent représenter un danger.

Le président : De toute évidence, il faut des établissements pour accueillir ceux qui sont dangereux, mais je pense que l'argument que fait valoir Joan c'est que, dans bien des cas, ces personnes se retrouvent en prison parce que personne n'a la moindre idée de ce que l'on pourrait faire d'autre pour régler le problème.

Joan, votre opinion va à l'encontre de celle de Rob. Vous êtes en faveur de la loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique, alors qu'il la rejette. Avez-vous entendu ses commentaires?

Mme Nazif : J'étais arrivée et j'ai pu en entendre une partie, mais j'avais du mal à le suivre. Je suis persuadée que nous avons une très bonne loi sur la santé mentale, et je suis convaincue aussi que nous devons nous occuper des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le président : Vous avez mentionné le rôle joué par le gestionnaire de soins, pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce que seraient ses responsabilités? Je pose la question parce que Francesca a fait référence à la suggestion d'un groupe de consommateurs qui comporte notamment la notion de protecteur du patient ou du consommateur.

Je m'efforce de comprendre si cette suggestion, ou du moins l'interprétation que je me fais de son idée, cadre avec le rôle du gestionnaire de soins.

Ms. Nazif: We have mental health teams that include social workers, nurses, psychologists, and therapists. The team sees my daughter and part of the team is the case manager.

Whether the case manager is a social worker, nurse, or psychologist is immaterial because the manager is responsible for organizing and planning the care plan. The case manager makes sure that my daughter gets access to the services and resources that she needs. We go to the case manager if she needs housing rather than looking for appropriate housing on our own.

The Chairman: It is a one-stop shopping model.

Ms. Nazif: Exactly.

The Chairman: We have struggled with the problem between the privacy rights of consumers and the need for caregivers, in many cases family members, to understand at least something about the situation. That tension exists everywhere in the country and the predominant view is that the privacy rights trump the rights of the caregiver and you seem to be arguing for the other side. How do you think we come to a firm conclusion on that question?

Ms. Nazif: I do not know exactly how you will come to a conclusion but it just does not make sense. It was natural for my doctor to discuss my mothers Alzheimer's disease with me, and Alzheimer's is a mental condition. Her brain was not working right. My daughter's brain is not working right either. The brain is an organ like the heart or the kidney, and when your brain is not working right, you are not able to think very clearly.

If the doctor is going to talk to me about my mother's Alzheimer's condition and about the treatment plan and care, why should the doctor not talk to the family or to me about my daughter's mental illness?

I do not want to know all the confidential topics that they might discuss; I have no interest in them. As a matter of fact, I know too much about her life, if you know what I mean. I do not need to know the intimate, private things. We need to know the diagnosis and the chances for her for the rest of her life. We need to know what we can expect; the role of medications; the types of available social rehabilitation; what type of medication she takes; and the prognosis. These are not secret facts. There is somewhere in the committee reports where an Aboriginal group said that privacy just creates secrecy about an illness. We are a family.

Now, there are instances, I am sure, where families are not therapeutic for the individual. We are family members who love our family member, and we give support to our loved one 24 hours a day. I mean, I will be there for my daughter as long as I live.

Mme Nazif : Il y a des équipes en santé mentale qui regroupent des travailleurs sociaux, des infirmières, des psychologues et des thérapeutes. L'équipe voit ma fille, et l'un des membres de cette équipe est le gestionnaire de soins.

Que le gestionnaire de soins soit travailleur social, infirmière ou psychologue n'a aucune importance, parce que le gestionnaire en question est responsable de l'organisation et de la planification du plan de traitement. Le gestionnaire de soins fait en sorte que ma fille ait accès aux services et aux ressources dont elle a besoin. Nous nous adressons au gestionnaire de soins si elle a besoin d'un logement plutôt que d'essayer d'en trouver par nous-même.

Le président : C'est le modèle du guichet unique.

Mme Nazif : Exactement.

Le président : Nous nous sommes penchés sur le problème du respect des droits à la vie privée des consommateurs, et de la nécessité pour les prestataires de soins, dans bien des cas les membres de la famille, de comprendre au moins un peu ce qui se passe. Cette tension existe un peu partout au pays, et l'opinion qui prédomine est que les droits à la vie privée l'emportent sur ceux de l'intervenant en matière de santé, et vous semblez en faveur de l'autre option. Comment pensez-vous que nous pourrions en arriver à une solution définitive sur cette question?

Mme Nazif : J'ignore comment on pourrait en arriver à une conclusion, mais c'est tout simplement illogique. Il semblait tout naturel pour mon médecin de discuter avec moi de la maladie d'Alzheimer dont est atteinte ma mère, et il se trouve que la maladie d'Alzheimer est une maladie mentale. Son cerveau ne fonctionnait pas normalement. Le cerveau de ma fille ne fonctionne pas normalement lui non plus. Le cerveau est un organe au même titre que le cœur ou le rein, et lorsque votre cerveau ne fonctionne pas normalement, vous n'êtes pas en mesure de penser très clairement.

Si le médecin peut me parler de la maladie d'Alzheimer dont souffre ma mère, ainsi que du plan de traitement et des soins à lui prodiguer, pourquoi ce même médecin ne peut-il pas parler à la famille ou à moi au sujet de la maladie mentale de ma fille?

Je ne veux pas savoir tout ce dont ils discutent et qui est confidentiel; ça ne m'intéresse pas. Et de fait, j'en sais un peu trop sur sa vie, si vous voyez ce que je veux dire. Je n'ai nul besoin de connaître les détails de sa vie intime, de sa vie privée. En revanche, nous devons connaître le diagnostic et ce qui l'attend pour le reste de sa vie. Nous devons savoir à quoi nous attendre; le rôle de la médication; le type de traitements de réhabilitation sociale; le type de médicaments qu'elle prend et le pronostic. Ce ne sont pas des secrets. J'ai lu dans l'un des rapports du comité qu'un groupe autochtone avait déclaré que le respect de la vie privée ne faisait qu'entretenir le secret au sujet d'une maladie. Après tout, nous sommes une famille.

Maintenant, il y a des situations, j'en suis sûre, où les familles ne jouent pas un rôle thérapeutique pour l'individu. Nous sommes les membres d'une famille qui aime chacun de ses membres, et nous offrons notre appui à ma fille 24 heures par jour. Ce que je veux dire, c'est que je serai là pour elle tant que je vivrai.

The Chairman: I agree with you; I know some cases where family involvement would actually be very hurtful to the patient, particularly the cases of abuse.

Therefore, what you would do is have the case manager or the doctor make that judgment based on the work they have done with the patient.

Ms. Nazif: I hope my involvement would be from the start of the diagnosis, I hope that the professionals would understand that I am a caring, supportive person interested in her daughter's well-being. I am here to help my daughter and to do that I need to know the treatment plan. I need direction.

I think this four-page fact sheet will be of great interest to you because the Ministry of Health wrote these guidelines to our Freedom of Information and Protection of Privacy Act here in B.C. The guidelines deal with situations where you have a mentally disordered person, the family wants information, and it allows the treating clinician to release information for continuity of care if they feel it is appropriate.

The Chairman: Yours is the clearest position we have had but as you can appreciate, we have had many positions on the other side as well.

Senator Trenholme Counsell: Ladies, thank you for your wonderful presentations. In my province, children at 16 can leave home. At the same time if a child is suffering from a mental illness the parents have little ability to find out or inquire or to become involved in their child's treatment and recovery.

I believe in New Brunswick that the child would have to agree to the parent's involvement in the treatment. What is the law here?

Ms. Nazif: I am not sure that I understand all the intricacies of the law, but there is considerable weight given to young people to be autonomous. However, when someone is mentally disordered I think things are quite different.

Senator Trenholme Counsell: Is there something in law that in fact allows the professional to call in a family member?

Ms. Nazif: This fact sheet explains that they can release information. These are guidelines to our Freedom of Information and Protection of Privacy Act. This is British Columbia. There are some examples given in these three pages that discuss things in relation to schizophrenia or mental disorders.

Senator Trenholme Counsell: Thank you very much. I think this is worthy of study.

Le président : Je suis d'accord avec vous; je connais certains cas où l'intervention de la famille ne ferait qu'empirer les choses pour le patient, et particulièrement dans les cas d'abus.

Par conséquent, vous êtes en faveur de laisser au gestionnaire de soins ou au médecin la décision, à la lumière des interventions déjà menées auprès du patient.

Mme Nazif : J'ose espérer que ma participation commencerait dès le diagnostic, et j'espère aussi que les professionnels comprendraient que je suis une personne affectueuse et compatissante qui prend à cœur le bien-être de sa fille. Je suis ici pour venir en aide à ma fille, et pour ce faire, il faut que je sache en quoi consiste le plan de traitement. J'ai besoin d'orientation.

Je pense que ce dépliant de quatre pages vous intéressera beaucoup, parce que le ministère de la Santé a rédigé ces lignes directrices découlant de la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée que nous avons adoptée ici, en Colombie-Britannique. Ces lignes directrices décrivent notamment des situations où la famille d'une personne atteinte de maladie mentale souhaite obtenir de l'information au sujet de cette dernière, et elles permettent au médecin traitant de divulguer cette information pour les besoins de la continuité des soins, s'il le juge approprié.

Le président : Votre position est la plus claire que nous ayons entendue, mais comme vous vous en doutez bien, les positions allant dans le sens opposé sont nombreuses aussi.

Le sénateur Trenholme Counsell : Mesdames, merci pour vos merveilleux exposés. Dans ma province, les enfants âgés de 16 ans peuvent quitter la maison. Par ailleurs, si un enfant est atteint d'une maladie mentale, les parents disposent de peu de moyens pour le découvrir ou pour s'informer à ce sujet ou encore pour participer au traitement et au rétablissement de leur enfant.

Je pense qu'au Nouveau-Brunswick l'enfant doit donner son consentement pour que ses parents participent au traitement. Que stipule la loi ici?

Mme Nazif : Je ne suis pas sûre de comprendre toutes les subtilités de la loi, mais on accorde beaucoup d'importance à l'autonomie des jeunes. Toutefois, lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie mentale, je pense que les choses sont très différentes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Est-ce qu'il y a des dispositions dans la loi stipulant que le professionnel peut faire appel à un membre de la famille?

Mme Nazif : Ce feuillet d'information explique que le professionnel peut divulguer de l'information. Ce sont les lignes directrices découlant de notre loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. C'est la loi en Colombie-Britannique. Dans ces trois pages, on trouve quelques exemples qui expliquent un peu en quoi consistent la schizophrénie et les troubles mentaux.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci beaucoup. Je pense que ce feuillet mérite qu'on l'étudie de près.

Ms. Nazif: I also would like to say it is not always respected by the mental health profession and many of them do not know anything about it. We as families sometimes go to the office or fax it to them and say did you know this document is here then said say oh, well, I guess we can talk to you.

Senator Trenholme Counsell: If the first point of contact happens to be the physician who is suddenly faced with the situation you need the law behind you, with you, to contact somebody and find out something.

What happens in B.C. if a patient is violent while in the hospital? What happens when the person is in the emergency room? Does that person have to go to jail overnight even though the person is mentally ill?

Ms. Nazif: I do not know, frankly, what happens all across the province but I do know that I was part of the best practices work here in B.C. We recommended that all community hospitals have a "soft room" where people cannot hurt themselves. These people need treatment, not jail, but they cannot stay in an ordinary room because they are violent. The best practices are very good to look at in terms of the cross-country recommendations.

Senator Trenholme Counsell: I think every hospital can call a security person overnight, but I wonder whether such emergency coverage is available in your smaller hospitals.

Ms. Nazif: I do not know for sure but I do know of the recommendation for soft rooms.

Senator Trenholme Counsell: It is preferable to keep the person in that hospital setting.

Ms. Nazif: Yes.

The Chairman: Doris, do you want to make a comment?

Ms. Ray: Well, I learned last summer that all psychiatric patients must be in a secure ward or a secure room. My son was not a danger to himself or others, but he was worried that his anxiety attack may come to the point where he had lost control.

I believe that if he had ever been in the mental health system whether violent or not he has to be in a secure ward. We live halfway between Vanderhoof and Burns Lake; both communities have small hospitals but no secure beds so he could not stay in either of those hospitals.

Senator Trenholme Counsell: Without misrepresenting this report, I do not think small community hospitals could ever provide that service, I think the man or woman would have to go to a larger facility.

Mme Nazif : Je tiens à ajouter que ces lignes directrices ne sont pas toujours respectées par les professionnels de la santé mentale et beaucoup ignorent même leur existence. Il nous arrive parfois, nous les membres des familles, de nous rendre dans les bureaux des professionnels ou de leur télécopier ce feuillet afin de leur faire comprendre qu'il existe et, qu'ils peuvent nous parler.

Le sénateur Trenholme Counsell : Si le premier point de contact est le médecin qui se retrouve brusquement dans la situation, vous devez faire valoir que la loi vous donne le droit de communiquer avec quelqu'un afin d'apprendre ce qui se passe.

Que se passe-t-il en Colombie-Britannique si un patient est violent pendant son séjour à l'hôpital? Que se passe-t-il pendant que la personne se trouve à la salle d'urgence? Est-ce que cette personne doit aller passer la nuit en prison, même si elle est atteinte d'une maladie mentale?

Mme Nazif : Franchement, j'ignore ce qui je passe ailleurs dans la province, en revanche, j'ai participé à l'élaboration de meilleures pratiques, ici-même en Colombie-Britannique. Nous recommandons que tous les hôpitaux communautaires disposent d'une pièce « capitonnée » où il est impossible de se faire du mal. Ces personnes ont besoin d'être soignées, pas emprisonnées, mais elles ne peuvent rester dans une pièce ordinaire parce qu'elles sont violentes. Les meilleures pratiques sont très intéressantes et devraient être prises en considération lors de vos recommandations à l'échelle du pays.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pense que tous les hôpitaux peuvent appeler un gardien de sécurité pour la nuit, mais je me demande si une protection en cas d'urgence existe dans les petits hôpitaux.

Mme Nazif : Je ne pourrais pas vous le garantir, mais je suis au courant de la recommandation concernant les pièces capitonnées.

Le sénateur Trenholme Counsell : Il est préférable de garder la personne en milieu hospitalier.

Mme Nazif : Oui.

Le président : Doris, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Ray : Eh bien, j'ai appris l'été dernier que tous les patients de l'aile psychiatrique doivent se trouver dans une zone ou une pièce sécuritaire. Mon fils ne représentait pas un danger pour lui-même ou pour les autres, mais il s'inquiétait à l'idée qu'une crise d'anxiété lui fasse perdre la maîtrise de lui-même.

Je pense que s'il avait été dans le système de santé mentale, violent ou non, il aurait dû se trouver dans une zone sécuritaire. Nous habitons à mi-chemin entre Vanderhoof et Burns Lake; les deux collectivités ont de petits hôpitaux, mais aucun lit dans une zone sécuritaire, aussi il ne pouvait pas rester dans l'un ou l'autre hôpital.

Le sénateur Trenholme Counsell : Sans vouloir contredire ce rapport, je ne pense pas que les hôpitaux situés dans les petites collectivités devraient offrir ce service. À mon avis, la personne devrait se rendre dans un plus grand hôpital.

You could not do that in the community hospitals. Are you saying that too often they have to spend a night or two in jail until they can get to a proper facility?

Ms. Ray: They might, and if they have not been previously involved, they automatically go to jail, yes.

Senator Trenholme Counsell: In a modern, just society that should not happen, that is wrong. Thank you.

Ms. Allen: My son was never been involved in any violent behaviour so the hospital staff was overwhelmed, surprised. He had never done anything like this before but when the incident happened there were no security guards on that floor. They had to buzz for a security guard two floors down. If there had been someone, there right on that intensive care unit it may not have happened. My son spent two days in a barred hospital room until they moved him to the jail.

Senator Cook: Your testimony is compelling. I find myself wandering all over the place.

Joan, in the eight key priorities you talk about family and family support services and the training for mental health professionals. Let me go to the training of mental health professionals.

In my province of Newfoundland and Labrador, we have nurse practitioners, and nurses who deliver services in mental health primary care.

Do you see the same need for nurse practitioners, given the shortages of psychiatrists across this land, to work with family counselling services?

We hear problems and I try to find solutions right away. I realize it is not easy but when we have to look at the availability or non-availability of health professionals then I believe we have to become innovative and offer up that kind of advice.

When you talk about legislation issues, the three of you need to understand that we are a federal group trying to cope with provincial Mental Health Acts and if there are gaps in the system there has to be some way to develop a strategy to interact with that because if not, we will fail. Without a continuum of appropriate legislation, we will still be in silos.

I would like to go back and offer you what has happened in my province. When the budget came down in February the Waterford Hospital, which is our mental hospital, opened up a short-stay psychiatric unit.

I realize I am in an urban setting but I also live in a small province in that setting. I think that would have helped the situation and relieved especially Doris's anxiety but I find it incredible, Bonita, that a person, regardless of what the illness is,

On ne pourrait pas faire cela dans les hôpitaux communautaires. Êtes-vous en train de dire que trop souvent, ces patients doivent passer une nuit ou deux en prison avant que l'on ne trouve l'établissement qui convient?

Mme Ray : Oui, c'est possible, en effet, et si c'est la première fois que ça se produit, ils vont automatiquement en prison, c'est exact.

Le sénateur Trenholme Counsell : Dans une société moderne et juste, ces choses-là ne devraient pas arriver, ce n'est pas normal. Merci.

Mme Allen : Mon fils n'avait jamais eu de comportement violent, aussi le personnel de l'hôpital a-t-il été surpris et dépassé. Il n'avait jamais eu de comportement semblable auparavant, aussi lorsque ça s'est produit, il n'y avait pas de gardiens de sécurité sur l'étage. On a dû faire appel à un gardien de sécurité qui se trouvait deux étages plus bas. S'il y avait eu quelqu'un, dans cette unité de soins intensifs, peut-être que rien ne serait arrivé. Mon fils a passé deux jours dans une chambre d'hôpital avec des barreaux avant qu'on ne le conduise en prison.

Le sénateur Cook : Votre témoignage est renversant. Je suis sous le choc.

Joan, dans vos huit priorités, vous mentionnez la famille et les services de soutien à la famille, ainsi que la formation à l'intention des professionnels de la santé mentale. J'aimerais aborder la formation des professionnels de la santé mentale.

Dans ma province, à Terre-Neuve et Labrador, nous avons des infirmières praticiennes et des infirmières qui assurent la prestation des services dans les établissements de soins primaires en santé mentale.

Pensez-vous que l'on a besoin d'infirmières praticiennes, étant donné la pénurie de psychiatres dans ce pays, pour travailler avec les services de consultation familiale?

Nous entendons parler de divers problèmes, et je m'efforce de trouver des solutions qui existent déjà. Je réalise que ce n'est pas chose facile, mais si on tient compte de la disponibilité réelle des professionnels de la santé, alors je crois que nous devons innover et offrir ce genre de consultation.

Lorsque vous abordez les questions liées à la législation, vous devez comprendre tous les trois que nous sommes un groupe du gouvernement fédéral qui tente de faire face aux lois provinciales en matière de santé mentale, et s'il existe des lacunes dans le système, il doit bien y avoir moyen de mettre sur pied une stratégie favorisant l'interaction parce que sinon, nous risquons d'échouer. Sans un continuum de lois appropriées, nous allons nous retrouver encore une fois cloisonnés dans des silos.

J'aimerais revenir en arrière et vous expliquer ce qui s'est produit dans ma province. Lorsque le budget a été déposé, en février, le Waterford Hospital, qui est notre hôpital psychiatrique, a inauguré une unité de soins psychiatriques de courte durée.

Je réalise que je vis dans un milieu urbain, mais que je me trouve également dans une petite province. Je pense qu'une telle option aurait pu alléger la situation et soulager l'anxiété de Doris, mais je trouve incroyable, Bonita, qu'une personne, sans égard à

would be charged as a result of behaviour in an intensive care unit. Surely, the hospital should have taken some responsibility for the incident rather than put him on a path of nine years in the justice system.

That system could not cope with the problems and the more we listen we see that there is a big gap in the prisons across this country. If you commit a crime and go to jail it is difficult enough I would think; there is some remorse no matter how hardened you are, but to have an undiagnosed or even diagnosed mental illness compounds the problem.

I am preoccupied with what I am reading about Karla Homolka. It is not for me to pass judgment if she needs continuing care or if she does not, I do not know.

Would any of you like to comment on this?

Your family advisory committee is indeed commendable. Do you think you will ever get to the point to move beyond the family and offer a family type of support services for those who have no family?

Ms. Nazif: A family support service for those who have no family, I think that would be a wonderful goal for us to have. We tend to feel, though, that most people with serious mental illness do have family, they just need someone to find them. The family often rejects the mentally ill because they are uneducated about mental illness and have lived without any support to understand the strange behaviours manifested by their ill family member. We take the viewpoint that the family has abandoned its child because of those reasons. Does that answer your question?

Senator Cook: Yes, you still emphasise continuing education and good communication.

Ms. Nazif: Yes, we need education at every level. The Canadian public is unaware of the whole issue of mental illness. It is ridiculous that the federal government does not have some kind of a broad campaign to educate at all levels. We have a puppet program from the B.C. Schizophrenia Society that goes to elementary schools. The consumers operate the puppets and they talk about mental illness with Grade 4 and Grade 5 students.

I realize education is a responsibility of each province, but we must mandate the education about mental illness into the school curriculum. You can have all the resources and good things available for people, but if it is not mandated, it will not reach the classroom. I was a teacher librarian. The teachers have so much to teach that they will not teach mental illness classes unless they have to. It is not because they do not want to, but they just have too many things to do.

la maladie, tombe sous le coup d'accusations après avoir eu un comportement violent dans une unité de soins intensifs. À mon avis, l'hôpital devrait assumer une part de responsabilité pour l'incident qui s'est produit, et l'on n'aurait pas dû le condamner à une sentence de neuf ans dans le système judiciaire.

Ce système n'était pas équipé pour venir à bout des problèmes, et plus nous entendons de témoins, plus nous sommes à même de constater qu'il y a d'énormes lacunes dans les prisons de ce pays. Si quelqu'un commet un crime et est emprisonné, c'est déjà assez difficile, je suppose; vous ne pouvez sans doute pas vous empêcher de ressentir un certain remords, peu importe à quel point vous êtes endurci, mais si vous souffrez d'une maladie mentale non diagnostiquée, ou même diagnostiquée, ça ne fait que rendre les choses encore plus compliquées.

Je m'inquiète beaucoup au sujet de ce que je lis au sujet de Karla Homolka. Il ne m'incombe pas de déterminer si elle a besoin ou non de soins assidus, je l'ignore.

Quelqu'un voudrait faire des commentaires à ce sujet?

Votre comité consultatif des familles est assurément une bonne idée. Pensez-vous que vous arriverez jamais au point où l'on ira plus loin que la famille et l'on offrira des services de soutien de type familial pour ceux et celles qui n'en ont pas?

Mme Nazif : Un service de soutien familial pour ceux qui n'ont pas de famille serait, à mon avis, un objectif très louable. Nous avons tendance à penser, cependant, que la plupart des personnes atteintes de maladies mentales ont une famille, il faut tout simplement réussir à la trouver. Souvent, la famille rejette la personne souffrant d'une maladie mentale parce qu'elle n'y connaît rien, et qu'elle a été laissée à elle-même pour comprendre les comportements étranges du membre malade de la famille. Nous partons du principe que la famille a abandonné son enfant pour ces raisons. Est-ce que cela répond à votre question?

Le sénateur Cook : Oui, vous continuez d'insister sur la formation continue et sur la communication efficace.

Mme Nazif : Oui, il faut de l'éducation à tous les niveaux. Au Canada, le grand public ne connaît pas grand-chose sur la maladie mentale. Il est ridicule que le gouvernement fédéral n'ait pas mis sur pied une vaste campagne d'information afin d'éduquer la population à tous les échelons. Nous avons, en Colombie-Britannique, un programme de marionnettes mis sur pied par la Société de schizophrénie de la province qui circule dans les écoles élémentaires. Les consommateurs manipulent eux-mêmes les marionnettes et parlent de la maladie mentale avec les élèves de quatrième et de cinquième année.

Je réalise que l'éducation est la responsabilité de chaque province, mais nous devons imposer dans les programmes scolaires le sujet de la maladie mentale. Nous aurons beau avoir toutes les ressources imaginables, si le programme n'est pas obligatoire, il n'aura pas d'incidence sur la classe. J'étais un professeur-bibliothécaire. Les professeurs ont tellement de choses à enseigner qu'ils n'aborderont pas la question de la maladie mentale à moins d'y être forcés. Ce n'est pas par manque de bonne volonté, c'est tout simplement qu'ils ont trop à faire.

We must educate this generation in order to benefit all of our society.

Senator Gill: We have to admit that the people living in the street are increasing all the time in all the big cities like Vancouver, Toronto and Montreal.

You mentioned that maybe it is a matter of education, but many people have given up their responsibilities. I am talking about parents that have left their children. That is something else than education. I would like to have some comments on that because people are going on the street or to jail, street, jail, jail to street.

Ms. Nazif: I agree that education cannot solve everything and it certainly is not the reason why we have these problems but we have a huge homeless problem all across Canada. Where do we get the help for these homeless people?

Housing for people with serious mental illness really does have to meet their needs. Some of them might not be able to respond to a SIL unit, but perhaps they might do well in a centre where they have a bedroom of their own. In these centres, the mentally ill receive their meals and have access to on-site showers. This is something that they might be able to latch on to because they live in the back lanes and alleys and they are not ready to cope with the things in society that you and I take for granted. You have to provide things for them that they are willing to use. It also means that we need funding for people to go out and, if you like, befriend these people, and gain their trust. You cannot sit and wait for these people to come in for an appointment. First, they do not know what day it is because they do not have a calendar, they do not know what time it is because they do not have a watch. People have to go out to them and help them with their needs. I really do feel we are failing these people. I find it absolutely disgusting that our country is doing this.

Ms. Ray: My son was an adult at the age of 21 when he had schizophrenia; I should not be justifying this because there are many, many people with schizophrenia who live in group homes in various towns throughout British Columbia.

My son is in a monitored group home now and things are working like clockwork, but before this terrible thing, he lived in Nanaimo in a series of group homes. After the terrible event, I spoke to some of these house parents. The house parents were with him 24 hours a day, they were his family. The system did not hear what the house parents had to say about my son. They were his family and cared a lot about him and I think they should maybe be included in family things.

Il faut éduquer cette génération afin que toute la société puisse en bénéficier.

Le sénateur Gill : Il faut admettre qu'il y a de plus en plus d'itinérants dans les rues des grandes villes comme Vancouver, Toronto et Montréal.

Vous avez mentionné qu'il s'agissait peut-être d'une question d'éducation, mais beaucoup ont abandonné toute responsabilité. Je veux parler des parents ayant abandonné leurs enfants. Ça ne relève pas de l'éducation. J'aimerais entendre ce que vous avez à dire à ce sujet, parce que des personnes se retrouvent dans la rue ou en prison, dans la rue, puis en prison, et ainsi de suite.

Mme Nazif : Je reconnais que l'éducation n'est pas la solution à tous les problèmes, et qu'elle n'est certainement pas à l'origine de tous ces problèmes, mais il reste que nous avons un énorme problème de sans-abri dans ce pays. Comment faire pour venir en aide à ces itinérants?

Le logement destiné aux personnes souffrant de maladie mentale doit vraiment répondre à leurs besoins. Il se peut que certains ne soient pas en mesure de s'accommoder d'un appartement en milieu semi-autonome, et qu'ils se débrouilleraient bien dans un centre où on leur donnerait une chambre individuelle. Dans ces centres, des repas sont servis aux personnes atteintes de maladie mentale et elles ont accès à des douches. C'est un contexte susceptible de leur convenir parce que de toute façon elles vivent dans la rue et ne sont pas prêtes à se tirer d'affaire avec les choses que vous et moi trouvons toutes naturelles dans la société. Il faut leur fournir des choses qu'elles sont prêtes à utiliser. Cela signifie aussi que nous devons trouver du financement pour engager des personnes chargées de les apprivoiser en quelque sorte. On ne peut pas se contenter d'attendre que ces personnes malades viennent vous consulter après avoir pris rendez-vous. Pour commencer, elles ignorent quel jour on est, parce qu'elles n'ont pas de calendrier, et elles ignorent l'heure qu'il est, parce qu'elles n'ont pas de montre. Il faut prévoir que du personnel sera mandaté pour aller vers elles et les aider à combler leurs besoins. J'ai le sentiment profond que nous laissons tomber ces personnes malades. Je trouve absolument révoltant que l'on se conduise ainsi dans notre pays.

Mme Ray : Mon fils était arrivé à l'âge adulte, il avait 21 ans lorsqu'on a découvert qu'il était atteint de schizophrénie; je ne devrais pas chercher à trouver des justifications, parce qu'il y a beaucoup beaucoup de personnes atteintes de schizophrénie qui vivent dans des foyers de groupe dans des villes disséminées un peu partout en Colombie-Britannique.

Mon fils vit dorénavant dans un foyer de groupe supervisé, et depuis, les choses marchent comme sur des roulettes, mais avant ce terrible événement, il a vécu à Nanaimo dans une série de foyers de groupe. Après le terrible événement, j'ai parlé à quelques parents de ces foyers de groupe. Ces parents étaient avec lui 24 heures par jour, ils étaient sa famille. Le système n'a pas écouté ce que ces parents ont dit au sujet de mon fils. Ils étaient sa famille et ils l'aimaient beaucoup, et je pense que l'on pourrait les inclure dans le processus.

Senator Cook: So, there is a nuclear family and the additional family that Joan referred to, but there is also a different connotation because this is where these people have found themselves.

Ms. Ray: We keep in touch by telephone and we visit and they visit us but the house parent is there, you know to be sure that my son takes his medication et cetera. The house parent had to make a scene to get my son admitted earlier in the year.

I did not know his situation had gone downhill so badly but the house parent did and had a tough time getting my son admitted. In Nanaimo, things have improved so much because of these terrible incidents. That town went through the fire and things have improved a lot. There is a good example happening there.

Senator Cook: Bonita, the on page 3 you say,

> The reformed community-based care and resources, promised upon the deinstitutionalization of the mental health system, appear to have short-changed those people in trouble with the law and those who may temporarily present a danger to society.

We failed and I think we have our catching up to do because we took people out of a place where they felt safe, where their coping skills were not the best, and we just put them out and there was no family support.

I think we will have a challenge to get back what we once had. I worked in a drop-in social centre. First, it was just a place to come out of the cold, and then it gradually evolved into a little program. We were short of money and found some nursing students who did their electives and we went on walks and then we found some old computers and it grew.

I will tell you, that social centre is home to 95 to a hundred people on a regular basis. When we look at "family," I think we need to think outside the box.

Ms. Nazif: I would just like to go back to the confidentiality issue. I know there are family members in this room who have had their teenage child suffer from a psychotic disorder as young as 15 years and 16 years, and their family doctor refused to see them.

This is so very absurd and I think whether the person is 15 years or 35 years, the doctor's refusal to speak to the family only increases the discrimination and stigma of the mentally ill. This is awful. It is so absurd. It is so wrong and I really hope you can make some changes concerning sharing information.

Le sénateur Cook : Donc, il y a la famille nucléaire, et l'autre famille à laquelle Joan vient de faire référence, mais aussi il y a une connotation différente, étant donné que c'est là que ces personnes ont abouti.

Mme Ray : Nous restons en contact par téléphone, et nous nous visitons réciproquement, mais le parent de foyer de groupe a un rôle à jouer, vous savez, il s'assure de la prise de médicaments, et cetera. Le parent de foyer de groupe a dû faire une scène pour que mon fils soit admis plus tôt dans l'année.

J'ignorais que sa situation s'était aggravée à ce point, mais le parent de foyer de groupe avait eu beaucoup de mal à faire admettre mon fils. À Nanaimo, les choses se sont beaucoup améliorées à cause de ces terribles incidents. Cette ville a connu l'épreuve du feu, et depuis, les choses se sont beaucoup améliorées. Cette ville est en passe de devenir un bon exemple à suivre.

Le sénateur Cook : Bonita, à la page 3 de votre mémoire, vous dites,

> La réforme des soins et des ressources communautaires, promise après la désinstitutionnalisation du système de santé mentale, semble avoir été effectuée au détriment des personnes ayant des démêlés avec la justice et de celles qui présentent temporairement un danger pour la société.

Nous avons échoué, et je pense qu'il y a du rattrapage à faire parce que nous avons expulsé des personnes d'un endroit où elles se trouvaient en sécurité, alors que leurs capacités de s'en sortir n'étaient peut-être pas adéquates, et nous les avons tout simplement jetées dehors, sans leur offrir le soutien d'une famille.

Je pense que nous n'aurons pas le choix de revenir en arrière. J'ai moi-même travaillé dans une halte-accueil de services sociaux. Au début, ce n'était qu'un endroit où venir se réchauffer, et petit à petit, on a commencé à y dispenser un programme restreint. Nous n'avions pas d'argent, mais nous avons réussi à trouver des étudiantes en nursing qui devaient choisir leur stage, nous avons organisé des collectes de fonds, et puis nous avons mis la main sur de vieux ordinateurs, et nous avons fini par construire quelque chose.

Laissez-moi vous dire que cette halte-accueil reçoit régulièrement entre 95 et 100 personnes. Lorsque nous pensons à une « famille », il faut faire preuve d'un peu d'imagination.

Mme Nazif : J'aimerais revenir à la protection de la vie privée. Je sais qu'il y a, dans cette pièce, des gens dont l'adolescent souffre d'une trouble psychotique dont les manifestations ont commencé dès l'âge de 15 ou 16 ans, et que leur médecin de famille a refusé de voir les membres de la famille à ce sujet.

C'est tellement absurde, et à mon avis, que la personne soit âgée de 15 ans ou de 35 ans ne change rien à l'affaire, le fait que le médecin refuse de parler à la famille ne fait qu'accroître la discrimination et la stigmatisation liées à la maladie mentale. C'est affreux. Et c'est tellement absurde. Ce n'est pas la bonne façon de faire, et j'espère sincèrement que vous allez apporter des changements en ce qui concerne la communication des renseignements.

Ms. Nazif: I remember the previous witness speaking about involuntary treatment. Would you leave a family member with Alzheimer's wandering around in the streets? Would you leave a developmentally disabled child out on the street without shoes? Would you leave a developmentally disabled child alone without health care or treatment?

It seems to me when you give these people their civil rights you are giving them the right to be psychotic and the right to die. That is all there is. They need care.

Senator Callbeck: Continuing with that confidentiality issue, it says a health provider may decide to give out that information. Is that health provider the doctor or can it be a nurse?

Ms. Nazif: Yes, the case manager makes the decision after consulting with the psychiatrist who is in charge of that patient as well. Yes, the nurse or the social worker may make the decision.

Senator Callbeck: One person can make that decision.

Ms. Nazif: Oh, I am not positive about that. I think they would probably want to make a joint decision, the team that is looking after the client.

Senator Callbeck: Joan, you mentioned stigma and discrimination as a major problem and I am sure that all three of you agree with that statement.

You talked about mental illness education becoming a mandatory part of the school system. I noticed in your commentary a reference to a program called "Reaching Out," which is good, but you want it mandated.

Ms. Nazif: I was a teacher-librarian. I was in charge of all the school's resources and we would get wonderful resources and I would present them to the staff at meetings but still teachers do not necessarily have time to do these things.

"Reaching Out" is an excellent resource produced by the B.C. Schizophrenia Society. It is very acceptable to teenagers because there are three or four teenage actors and five young people with schizophrenia in the videa. They have a great discussion about schizophrenia.

All the lesson plans are there, everything is there, even a teacher who knows nothing about mental illness could very adequately teach that program in two or three lesson.

Yes, I think we need public education for everyone in the country but if we start with youth, they are our next citizens, they are the ones who are going to carry that knowledge with them.

Mme Nazif : Je me rappelle que le témoin qui vient de parler a abordé la question du traitement non volontaire. Laisseriez-vous un de vos proches atteint de la maladie d'Alzheimer errer dans les rues? Laisseriez-vous un enfant handicapé par un retard de développement déambuler dans la rue sans chaussures? Laisseriez-vous un enfant handicapé par un retard de développement se débrouiller tout seul, sans soins de santé ou sans traitement?

Il me semble que lorsque l'on décide d'accorder à ces gens des droits civils, on leur donne en même temps le droit d'être psychotique et le droit de mourir. C'est tout. Ces personnes ont besoin d'être soignées.

Le sénateur Callbeck : Pour poursuivre sur la protection de la vie privée, on dit que l'intervenant en matière de santé peut décider de divulguer l'information. L'intervenant en matière de santé est-il le médecin ou peut-il s'agir d'une infirmière?

Mme Nazif : Oui, le gestionnaire de cas peut prendre la décision après consultation du psychiatre qui est chargé du cas du patient aussi. Oui, l'infirmière ou le travailleur social peut prendre la décision.

Le sénateur Callbeck : Une seule personne est à même de prendre cette décision.

Mme Nazif : Oh, je ne pourrais pas l'affirmer. Je pense que la décision sera probablement prise en commun, qu'elle sera prise par l'équipe qui s'occupe du client.

Le sénateur Callbeck : Joan, vous avez mentionné la stigmatisation et la discrimination comme étant des problèmes majeurs, et je suis persuadée que tous les trois vous approuvez cette affirmation.

Vous avez dit aussi que des cours sur la maladie mentale devraient faire partie du programme scolaire obligatoire. J'ai remarqué que dans votre mémoire vous faisiez référence à un programme appelé « Porter secours » qui fonctionne bien, mais que vous aimeriez voir devenir obligatoire.

Mme Nazif : J'étais professeur-bibliothécaire. J'assumais la responsabilité pour toutes les ressources de l'école, et nous obtenions des trousses extrêmement intéressantes. Je les présentais aux autres professeurs lors de réunions, mais il reste qu'ils n'avaient pas nécessairement le temps de s'occuper de ces choses.

« Porter secours » est une excellente ressource produite par la Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique. Cette trousse est très bien acceptée par les adolescents parce qu'elle met en scène trois ou quatre acteurs à l'adolescence, et cinq jeunes gens atteints de schizophrénie dans le vidéo. Ces jeunes ont une discussion fort intéressante sur la schizophrénie.

Tous les plans de leçon sont fournis, tout est là, même un professeur qui ignorerait tout de la maladie mentale pourrait très bien enseigner ce programme en l'espace de deux ou trois leçons.

Oui, je pense que nous devons faire l'éducation du public et que cette éducation s'adresse à tout le monde dans ce pays, mais il faut commencer avec les jeunes, après tout, ce sont nos futurs citoyens, ce sont eux qui devront faire usage de ces connaissances plus tard.

Senator Callbeck: What grade would you initiate that education?

Ms. Nazif: Well, I think mental illness education should begin right from the very beginning of elementary school. This particular resource is for senior high school students. When we tried it out with younger students like Grade 8 they just laughed about it, they were not yet mature enough to take it seriously, but the Grade 10 through 12 students responded very affirmatively and they learned, because we evaluated them.

One of the biggest myths with schizophrenia is that people with schizophrenia have split personalities, for example. It is not true. There are so many myths about mental illness that need to be discounted and people need the facts and no one is giving them the facts. Anything that comes out in the media is always sensationalism. We do not hear about the other things.

Senator Callbeck: We were in Regina last week and they find that Grade 8 students respond very well to that type of education.

Ms. Nazif: Perhaps it was more suitable for Grade 8 students. Obviously you can have many programs.

Senator Trenholme Counsell: It is all about diversity in populations, whether it is health, colour, or language. It seems to me that we have to start at kindergarten almost and talk about differences because I know that children who have ADHD whether they are treated or not, they are getting to feel as though they are labelled.

We have to start this sensitization at kindergarten and we must do it understanding diversity, equality, and accepting everybody.

So I do not know, what do you think, I am the one supposed to be listening.

Ms. Nazif: No, I think you are right. There is great diversity in our society and perhaps here in Vancouver we especially feel it with the various different ethnic groups, for example. It is very important to teach diversity and acceptance that people are the same but they are different.

Senator Trenholme Counsell: We need to start that very early.

Ms. Nazif: We should start that very, very early.

Senator Trenholme Counsell: If we are going to talk about sexual orientation as is becoming apparent in high schools then you have to prepare people to embrace all differences.

Ms. Nazif: I think we need to start a lot earlier than we think; the young people are ahead of us. They are perhaps more ready for these things than we think they are.

Le sénateur Callbeck : À partir de quelle année jugez-vous que nous devrions commencer à donner ces cours?

Mme Nazif : Eh bien, l'éducation en santé mentale devrait commencer au tout début de l'école primaire. Cette documentation en particulier s'adresse aux étudiants de l'école secondaire de deuxième cycle. Lorsque nous l'avons essayée auprès d'élèves plus jeunes, comme ceux de la huitième année, ils se sont mis à rigoler, ils n'étaient pas assez matures pour prendre le sujet au sérieux, mais ceux de la dixième à la douzième année ont très bien réagi, et ils ont appris quelque chose parce que nous les avons évalués par la suite.

L'un des plus grands mythes entourant la schizophrénie est que les personnes qui en sont atteintes ont des doubles personnalités, par exemple. C'est faux. Il y a tellement de mythes entourant la maladie mentale qu'il faut déloger, les gens ont besoin de connaître les faits, et personne ne leur donne de l'information factuelle. Tout ce qui est véhiculé par les médias sent le sensationnalisme. On n'entend jamais parler des autres aspects.

Le sénateur Callbeck : Nous étions à Regina la semaine dernière, et on a trouvé que les étudiants de huitième année réagissaient très bien à ce genre d'enseignement.

Mme Nazif : Peut-être que le programme en cause était mieux adapté à des étudiants de huitième année. Évidemment, il existe de nombreux programmes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Finalement, on en revient à la diversité dans la population, qu'il s'agisse de la santé, de la couleur ou de la langue. Il me semble qu'il faudrait commencer dès la maternelle à parler aux enfants de la différence, parce que je sais que les enfants auxquels on a attribué un diagnostic d'hyperactivité avec déficit de l'attention, qu'ils soient traités ou non, se sentent étiquetés.

Il faut commencer cette sensibilisation dès la maternelle, et nous devons leur faire comprendre en quoi consiste la diversité, l'égalité et qu'il faut accepter tout le monde.

Donc, je ne sais pas ce que vous en pensez, je suis censé être celui qui écoute.

Mme Nazif : Non, je pense que vous avez tout à fait raison. Il y a beaucoup de diversité dans notre societé et peut-être qu'ici, à Vancouver, nous sommes particulièrement bien placés pour le sentir parce que nous sommes en contact avec divers groupes ethniques, par exemple. Il est très important d'enseigner la diversité et l'acceptation des autres, malgré leurs différences.

Le sénateur Trenholme Counsell : Il faut commencer très tôt.

Mme Nazif : En effet, très très tôt.

Le sénateur Trenholme Counsell : Et maintenant, si nous décidons d'aborder l'orientation sexuelle, comme ça semble devoir être le cas dans les écoles secondaires, alors il faut préparer les gens à accepter toutes les différences.

Mme Nazif : Je crois qu'il faut commencer encore plus tôt qu'on ne le pense; les jeunes nous devancent. Ils sont peut-être davantage prêts pour ce genre de choses que nous le pensons.

The Chairman: Well, let us face it, when you get to be our age it is much harder to change our minds than it is with young people. That is just a function of growing old. It is amazing to me that the ultimate proof is looking at data, for example, on the same sex marriage question. Our children wondered just what the issue was.

Senator Pépin: It is only about, as we say, at what age we start the education. I have a granddaughter who is six years old and she is in the first grade. There are so many cultures in her class yet, she does not see them. Our children live and learn in this environment. I made the mistake myself and said oh, Carolina is so beautiful and so nice, what a beautiful black girl. She said, "Come on, she's not black, she's my friend."

I think that if we start early it will be normal and they will be much more protective to friends rather than to try to discriminate against them.

Senator Gill: I think we just mentioned that with the young people there is not too much difference, not too many difficulties, but I think people have to accept the fact that there are differences and that we have to respect those differences. We have to respect and we have to be educated in this way.

I think we have to go along with the fact that there are many differences but the differences can enrich our lives. We are not inferior or superior, we are different and we have to respect that. That is a big problem in our society right now.

Ms. Ray: I do not think we should homogenize all these things because mental illness, schizophrenia, is an abrupt change in the person. It is an illness, a disease of the brain, and it is so devastating that your friend in school all of a sudden becomes a very different person.

I think that in the case of serious mental illness, we have to emphasize that it is a disease, whereas these other things, such as psychological illnesses and homosexuality are more everyday occurrences. I mean they do not change overnight as they do with these mental illnesses. Young people, old people, nobody understands really, until they understand that it is a disease like a heart attack or cancer. That is my perspective.

I agree with Joan, that we must educate our children schools because it is going to happen to some of their friends if not themselves very quickly, in high school or university.

Senator Cordy: We have certainly heard stories from parents. I remember dabbing my eyes a bit while a mother told us about her son. Her boy was an honour student and top athlete, and suddenly had a mental illness and did not get one phone call from a friend. The mother said that if her son had broken a leg he

Le président : Il faut regarder les choses en face, les gens de notre génération éprouvent beaucoup plus de difficulté à modifier leur opinion que les jeunes. C'est une conséquence de la vieillesse. Je suis renversé que la preuve la plus éclatante de cette affirmation se trouve dans les résultats, par exemple, d'un sondage sur le mariage entre conjoints de même sexe. Nos enfants se sont demandés quel était le problème.

Le sénateur Pépin : La question qui se pose est la suivante : à quel âge faut-il commencer à enseigner cela. Ma petite-fille a six ans, et elle est en première année. Il y a tellement de cultures différentes dans sa classe déjà, qu'elles ne les voient même pas. Nos enfants vivent et apprennent dans ce milieu. J'ai déjà fait l'erreur moi-même en m'exclamant, oh, Carolina est si jolie et si gentille, quelle jolie petite fille noire. Elle m'a répondu, « Voyons donc, elle n'est pas noire, c'est mon amie. »

Je pense qu'en commençant tôt, ils considèreront la situation comme normale et seront davantage portés à jouer un rôle protecteur envers eux qu'à les rejeter.

Le sénateur Gill : Je pense que l'on vient tout juste de dire que pour les jeunes, il n'y a pas tellement de différence, pas tellement de difficultés, mais il faut que les gens acceptent qu'il existe des différences et qu'il faut les respecter. Il faut apprendre à respecter la différence.

Je pense qu'il faut se faire à l'idée qu'il existe des différences nombreuses, mais que ces différences peuvent enrichir nos existences. Nous ne sommes pas pour autant inférieurs ou supérieurs, nous sommes différents, et il faut respecter cela. C'est un grave problème dans notre société, à l'heure actuelle.

Mme Ray : Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'homogénéiser toutes ces choses, parce que la maladie mentale, la schizophrénie entre autres, correspond à un changement abrupt dans la personne. C'est une maladie, une maladie qui affecte le cerveau, et elle fait de tels ravages qu'un copain d'école qui en est atteint peut devenir une personne très différente de celle que vous connaissiez.

Dans le cas de la maladie mentale grave, il faut insister sur le fait qu'il s'agit bien d'une maladie, tandis que les autres choses, comme les maladies psychologiques et l'homosexualité sont des différences plus courantes. Ce que je veux dire, c'est qu'une personne atteinte de l'une de ces maladies mentales peut changer du jour au lendemain. Les jeunes, les vieux, personne ne comprend vraiment ce qui se passe, tant qu'ils n'ont pas réalisé que c'est une maladie au même titre qu'une crise cardiaque ou un cancer. C'est ma façon de voir les choses.

Je suis d'accord avec Joan, que l'on doit éduquer nos enfants à l'école, parce que cette situation peut toucher certains de leurs amis, si ce n'est eux-mêmes, très rapidement, soit à l'école secondaire ou à l'université.

Le sénateur Cordy : Des parents sont venus nous raconter leur histoire. Je me souviens entre autres d'une mère venue nous raconter ce qui était arrivé à son fils, et je n'avais pas pu m'empêcher de pleurer. Son fils était un étudiant d'un rendement supérieur et un athlète d'élite, et tout d'un coup, la maladie

would have received phone calls, gifts, notes, and letters. It was as if the child had dropped off the face of the earth and what a torment that was for a parent.

I would like to talk about "Reaching Out." You are right, you can have the best resources in the world but if they are sitting on the shelf in the library or in the classroom, they are not much use to anybody.

Does the program focus on stigmatization that certainly is so prevalent in society or does it focus on what it is like for a child living with a family member who is mentally ill or does it focus on the children themselves or all of the above?

Ms. Nazif: Are you asking about this particular resource?

Senator Cordy: Yes, I want to know about this particular resource.

Ms. Nazif: Well, this particular resource teaches high stool students about the symptoms of psychosis or mental illness and it has a very strong message in there that if they feel a friend is changing and is very different, that they need to get help.

I think we all know that young people do not like squealing on each other, so this is a very big part of the message, if you are worried about your friend whose behaviour is very different over the past six months, who just does not seem to be the same, go to someone for help. Go to perhaps the counsellor in the school or the teacher or the principal or perhaps that adolescent's parent. We are not asking them to take responsibility because they should not, but we encourage them to get help.

The program teaches symptoms and the symptoms are very broad because different mental disorders have a variety of symptoms. It show fives young people with schizophrenia who talk about their illness quite openly. A little drama shows the change in a young man. He looks dishevelled, but his friend decides that she has to do something about this and she gets help for him. The program encourages the kids to be aware of the symptoms.

Senator Cordy: The grant from Health Canada was simply to distribute the program.

Ms. Nazif: Actually, the B.C. Schizophrenia Society developed it themselves. I was part of that development, and we did not have the money to distribute it across Canada. The Schizophrenia Society of Canada made a request for the grant and Health Canada handed over $200,000 for distribution costs.

mentale l'a frappé. Pas un seul de ses amis ne lui a téléphoné. La mère expliquait que s'il s'était cassé la jambe, il aurait reçu des coups de fil, des cadeaux, des petites cartes et des lettres. C'était un peu comme si cet enfant avait disparu de la face de la terre, et ce fut déchirant pour ce parent.

J'aimerais parler du programme « Porter secours ». Vous avez raison, même avec les meilleures trousses d'information du monde, si ces trousses restent sur les rayons de la bibliothèque ou de la classe, elles ne serviront pas à grand-chose.

Est-ce que ce programme parle de la stigmatisation qui est tellement répandue dans la société ou encore est-ce qu'il explique comment les choses se passent pour un enfant qui vit dans un milieu familial où l'un des membres est atteint d'une maladie mentale, ou encore est-ce que ce programme vise en particulier les enfants eux-mêmes, ou toutes ces réponses?

Mme Nazif : Est-ce que vous voulez parler de cette ressource en particulier?

Le sénateur Cordy : Oui, j'aimerais en apprendre davantage au sujet de cette ressource en particulier.

Mme Nazif : Eh bien, elle explique aux étudiants du secondaire quels sont les symptômes d'une psychose ou d'une maladie mentale, et elle insiste surtout sur le fait que s'ils s'aperçoivent qu'un ami est en train de changer ou de devenir quelqu'un de très différent, qu'ils doivent chercher à obtenir de l'aide.

Nous savons tous que les jeunes n'aiment pas se dénoncer les uns les autres, aussi on insiste beaucoup sur le fait que si on s'aperçoit qu'un ami a un comportement très différent depuis les six derniers mois, qu'il n'est plus comme avant, il faut chercher à obtenir de l'aide. On recommande de s'adresser au conseiller scolaire, ou encore au professeur ou au directeur de l'école ou même au parent de l'adolescent. On ne leur demande pas de prendre la responsabilité, parce qu'ils ne devraient pas le faire, mais on les encourage à chercher de l'aide.

Le programme décrit les symptômes et ces symptômes sont très variés parce qu'ils varient en fonction du trouble mental. Le programme montre cinq jeunes gens atteints de schizophrénie qui parlent de leur maladie avec beaucoup de franchise. Une petite dramatisation illustre les changements survenus chez un jeune homme. Il a l'air débraillé, mais son amie décide qu'elle doit faire quelque chose pour lui, et elle cherche de l'aide. Le programme encourage les jeunes à reconnaître les symptômes.

Le sénateur Cordy : La subvention de Santé Canada ne visait qu'à faire la distribution du programme.

Mme Nazif : En fait, c'est la Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique qui l'a mis au point. J'ai participé à son élaboration, et nous avons effectivement reçu de l'argent pour pouvoir le distribuer aux quatre coins du Canada. La Société de schizophrénie du Canada a présenté la demande en vue d'obtenir une subvention, et Santé Canada a accordé plus de 200 000 $ pour couvrir les frais de distribution.

We contacted all of the high schools in the country and if they expressed an interest in the program, we sent them the resource. People are free to reproduce the video. We are not out to make money with this, we want people to have the information.

Senator Cordy: Have any departments of education taken it up?

Ms. Nazif: I think education is extremely important. Many of the counsellors in schools really know nothing about mental illness. They have learned all kinds of things about relationships, but they do not know anything about mental illness.

As I mention in my brief, I think this should be a basis of all of these types of programs because they should all be aware of the symptoms of major mental illnesses. They deal with young people every day; they are on the front lines. We could help so many children if we educate the teachers and the students. It should be part of their curriculum as well as the students' curriculum.

This resource educates teachers and parent groups, people who are trying to understand their child's illness, and it is effective with young people that are in recovery. It helps them to see what other people have done and how they have managed their mental illness.

Senator Cordy: Your family centre is amazing. How do families find out about you?

Ms. Nazif: I am not involved in any centre but I was part of the group from the Schizophrenia Society that developed this resource.

Senator Cordy: I am referring to the Family Advisory Committee.

Ms. Nazif: Sorry, we struggled along for ten years trying to get a voice in the mental health system and we did sometimes have support. We met regularly with a psychiatrist but nothing ever happened. It was the same stories year after year, the same issues and the same problems remained. Families were not part of the treatment team. When senior management made a commitment things started to happen.

Kim Calsaferri, the head of Rehabilitation & Recovery, gave us her support and we went to senior management and told them what we wanted and how we needed to be involved. We did not expect to make all the decisions but we wanted to be a part of them, just as consumers want to be part of them.

Nous avons communiqué avec toutes les écoles secondaires du pays, et nous avons expédié la trousse d'information à toutes celles qui se montraient intéressées. Les gens peuvent reproduire la bande vidéo, s'ils le désirent. Nous n'avons aucune intention de faire de l'argent avec ce projet, nous voulons seulement que l'information soit diffusée.

Le sénateur Cordy : Est-ce que des ministères de l'Éducation se sont montrés intéressés?

Mme Nazif : Je pense que l'éducation est extrêmement importante. Beaucoup de conseillers scolaires ne savent absolument rien au sujet de la maladie mentale. Ils ont appris des tas de choses au sujet des relations, mais ils ignorent tout de la maladie mentale.

Comme je l'explique dans mon mémoire, je pense que ce programme devrait servir de modèle pour l'élaboration de tous les programmes du même genre, parce que tout le monde devrait être en mesure de reconnaître les symptômes d'une maladie mentale grave. Les conseillers voient des jeunes gens tous les jours; ils sont sur la ligne de front. Nous pourrions venir en aide à tellement d'enfants si seulement nous pouvions éduquer les professeurs et les étudiants. Ce programme devrait être intégré au programme régulier des professeurs, tout autant que de celui des étudiants.

Cette ressource vise à former les professeurs et les groupes de parents, tous ceux qui s'efforcent de comprendre la maladie de leur enfant, et elle est efficace auprès des jeunes gens en rétablissement. Elle les aide à voir ce que d'autres personnes ont réussi à faire, et comment elles ont réussi à gérer leur maladie mentale.

Le sénateur Cordy : Votre centre pour la famille est assez impressionnant. Comment les familles s'y prennent-elles pour savoir que vous existez?

Mme Nazif : Je ne travaille dans aucun centre, mais j'ai fait partie du groupe de la Société de schizophrénie ayant mis au point cette ressource.

Le sénateur Cordy : Je voulais parler du Comité consultatif des familles.

Mme Nazif : Ah, désolée. Nous avons travaillé durant dix années pour faire entendre notre voix dans le système de la santé mentale, et nous sommes arrivés parfois à obtenir un certain appui. Nous nous réunissions régulièrement avec un psychiatre, mais rien ne se passait. Année après année, c'était toujours la même histoire, les mêmes problèmes à résoudre et les mêmes questions. Les familles ne faisaient pas partie de l'équipe de traitement. Lorsque les cadres supérieurs ont pris un engagement, les choses ont commencé à bouger.

Kim Calsaferri, qui est chef de la Réhabilitation et du rétablissement, nous a accordé son appui. Nous nous sommes adressés à la haute direction et avons expliqué ce que nous voulions, et à quel point nous avions besoin de participer au processus. Nous ne nous attendions pas à prendre toutes les décisions, nous voulions seulement participer à la prise de décisions, au même titre qu'un consommateur.

It took 10 years to get a full-time social worker to coordinate family support and services. I believe that this should be a model for all of Canada because when there is family support the client will get better.

Senator Cordy: Joan, you are very clear on compliancy of medication.

I am wondering, Bonita and Doris, as mothers of sons suffering from mental illness, how you feel. Witnesses from earlier today said that nobody should be forced to take medication. I am interested in how you feel about that issue.

Ms. Ray: The old medications had severe side effects, sometimes the side effects almost seemed worse than the disease, but the newer medications now do not have as many side effects but with my son, they seemed to work for a while and then stopped working.

When this thing happened in Nanaimo, he was on many medications and so I could see where it was not great but now he is medication that works well. We must monitor and listen to the mentally ill. Those were the big issues with my son. I have talked to other parents too, and they say their children have similar complaints. They know when the medication is not working for them but there are medications, so many of them out there, and the one that my son is on, what they call the one of last resort, called Clozapine, seems to work very well for him.

Ms. Allen: Yes. My son, as you were mentioning, was on some drugs in the past that had terrible side effects but they discovered that Lithium works well for him. He has had long periods of success, seven years without a breakdown. I am hoping that will not happen again, but before his last episode he was "toxified" by the Lithium and he was very physically sick from it. They took him off it, which I feel led down the slippery slope to another breakdown, because it takes a while to build back up again. He is back on Lithium again and he seems to be doing okay. They have to check his blood every month to ensure "toxification" is not setting in again. Without it, I do not think my son would be alive today.

Ms. Nazif: I would just like to tell a story, I do not think she would mind if I told this story, her name is Loyanne, she has a mental illness, and she speaks publicly about her life all the time. Loyanne was committed to our large mental institution here probably a dozen times; it was a revolving door. She was committed, she would be treated for a few months, she would be given medications, she would walk out the door, the medications would be dropped in the first garbage can she found and there she was until she was recommitted. Finally, Loyanne was put on extended leave. You have to get the person's cooperation for this

Il a fallu attendre 10 ans avant qu'un travailleur social à temps plein assume la coordination des services et du soutien à la famille. Je crois que ce service devrait servir de modèle dans tout le reste du pays, parce que lorsque les familles reçoivent du soutien, l'état du bénéficiaire s'améliore.

Le sénateur Cordy : Joan, vous êtes très claire en ce qui concerne la prise de médicaments.

Je me demande, Bonita et Doris, en tant que mères de fils atteints de maladie mentale, ce que vous en pensez. Un peu plus tôt aujourd'hui, d'autres témoins sont venus nous dire que personne ne devrait être forcé de prendre des médicaments. Je me demande quelle est votre opinion à ce sujet.

Mme Ray : Les anciens médicaments avaient des effets secondaires graves, parfois pires que la maladie, mais les nouveaux médicaments n'ont pas autant d'effets secondaires, et dans le cas de mon fils, ils ont donné de bons résultats durant un certain temps, puis ont cessé d'agir.

Lorsque l'incident est survenu à Nanaimo, il prenait de nombreux médicaments, et donc j'ai été à même de constater qu'ils ne donnaient pas de si bons résultats, mais actuellement sa médication fonctionne bien. Il faut surveiller les personnes atteintes de maladie mentale et les écouter. C'était ça le gros problème, avec mon fils. J'ai parlé à d'autres parents aussi, et ils m'ont confié que leurs enfants se plaignaient de la même chose. Ils savent très bien lorsque les médicaments ne font pas effet, mais il y a tellement de médicaments sur le marché, et celui que prend mon fils, que l'on appelle le médicament du dernier recours, s'appelle la Clozapine; ce médicament semble très bien fonctionner dans son cas.

Mme Allen : Oui. Comme vous le disiez, mon fils a pris dans le passé des médicaments qui avaient de terribles effets secondaires, mais finalement on a découvert que le lithium lui convenait très bien. Il a enchaîné de longues périodes pendant lesquelles ce médicament a eu du succès, jusqu'à sept ans sans problème. J'espère que cela n'arrivera plus jamais, mais avant son dernier épisode, il avait été victime d'une intoxication au lithium, et ça l'avait rendu très malade physiquement. Aussi, on a dû lui retirer le médicament, et c'est comme ça, selon moi, qu'il s'est engagé sur la pente descendante vers une autre crise, parce qu'il faut un certain temps avant que le médicament ne s'accumule de nouveau. Il est revenu au lithium encore une fois, et tout semble bien se passer. Il doit faire des analyses sanguines chaque mois afin de s'assurer que l' « intoxication » n'est pas encore en train de s'installer. Mais sans cela, mon fils ne serait plus de ce monde aujourd'hui.

Mme Nazif : J'aimerais vous raconter une histoire, je ne pense pas que la principale intéressée m'en voudrait de raconter son histoire. Elle s'appelle Loyanne, elle souffre d'une maladie mentale, elle parle de sa vie librement et sans arrêt. Loyanne était une abonnée de notre grand hôpital psychiatrique où elle est entrée une dizaine de fois probablement; elle y faisait des allers et retours. Elle était internée, soumise à un traitement durant quelques mois, on lui donnait une médication, et dès sa sortie, elle jetait ses médicaments dans la première poubelle venue et c'était reparti de plus belle, le cycle recommençait jusqu'à ce qu'elle soit

and she agreed. When she left the hospital, she understood that if she was not compliant, if she did not take her medication, if she did not come back for her appointments with the mental health team she could be recommitted.

Mentally disordered people do not like being in hospital. So Loyanne went, housing was provided and she said she was there for about six months just lying on her bed taking this medication and she had to take it because she did not want to go back to hospital. After about six months, she finally woke up and she now has a life. She has three daughters.

She asked us how we could let her live on the streets. She said that she was sleeping on the streets, sleeping in cardboard containers and eating out of garbage cans. She said, "How could you show me so much disrespect by allowing me to go out of the hospital and not to take my medication?" This is what Loyanne talks about. The medication saved her life, gave her dignity and the opportunity to be a real person.

Senator Pépin: The committee believes that if there was a way to oblige government and all Canadians to recognize the inequality and the injustice towards people suffering from mental disability it will be if we were able to adapt the Charter of Rights of the mental health consumer. With that charter, the people suffering from mental disability will have access to services and have treatment without discrimination. After that, they will have also early identification, the diagnosis and the right treatment. They will have services adapted to their culture and their own language.

Some people believe that charter will reinforce stigma because those people will have different rights.

What you think about that and what is your perception? Maybe I did not explain it well in English.

Ms. Ray: Well, when my son received a conditional discharge from the institute where he actually received counselling and therapy. He met up with people who told him that medication was going to cause his brain to decay and a couple of times he went off it and was hospitalized.

What really turned the tide was when he received counselling from a fellow that turned his whole attitude around. In the institute, he had developed this us-versus-them attitude. The attitude that he developed, with the help of his counsellor, that turned things around was I am part of the team to make me well. He actually presented to the review board because by this time he was convinced that this fellow was right, hey, I want to get better, and that convinced the review board also that he was on his way to becoming a good member of society, there was hope for him.

internée de nouveau. En fin de compte, Loyanne a bénéficié d'un congé prolongé. Il est nécessaire d'obtenir la coopération de la personne pour ce type de traitement, et elle avait accepté. Lorsqu'elle a quitté l'hôpital, elle avait compris que si elle ne respectait pas son engagement, si elle ne prenait pas ses médicaments et si elle ne venait pas à ses rendez-vous avec l'équipe de santé mentale, elle risquait de se voir internée de nouveau.

Les personnes atteintes de maladie mentale n'aiment pas être à l'hôpital. Aussi Loyanne est sortie, on lui a trouvé un logement et elle y est restée durant six mois, se contentant de rester là, étendue sur son lit, et de prendre sa médication, et elle n'avait pas le choix, parce que sinon elle risquait de retourner à l'hôpital. Après environ six mois, elle a finalement retrouvé ses esprits, et aujourd'hui elle a une vie. Elle est la mère de trois filles.

Elle nous a demandé comment on avait pu la laisser vivre dans la rue. Elle a raconté qu'elle dormait dans la rue, dans des conteneurs de carton et qu'elle se nourrissait dans les poubelles. Elle a dit, « Comment avez-vous pu me manquer de respect au point de me laisser quitter l'hôpital et ne pas prendre ma médication? » C'est de cela que parle Loyanne. La médication lui a sauvé la vie, lui a redonné sa dignité et la possibilité de devenir quelqu'un.

Le sénateur Pépin : Le Comité pense que s'il existe un moyen d'obliger le gouvernement et tous les Canadiens à reconnaître les inégalités et les injustices commises à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale, ce sera par l'entremise de la Charte des droits et libertés qui pourrait être adaptée en fonction des besoins des consommateurs en santé mentale. Grâce à la Charte, les personnes atteintes de handicap mental pourront avoir accès aux services et bénéficier d'un traitement sans discrimination. Elles pourront aussi bénéficier d'un dépistage précoce, d'un diagnostic et d'un traitement approprié. Elles bénéficieront de services adaptés à leur culture et à leur langue.

D'aucuns sont d'avis que la Charte ne fera que renforcer la stigmatisation parce que ces personnes auront des droits différents.

Qu'en pensez-vous et comment voyez-vous les choses? Peut-être ne me suis-je pas bien exprimée en anglais.

Mme Ray : Eh bien, mon fils a obtenu une absolution conditionnelle de l'institut où il a reçu ses consultations et sa thérapie. Il a rencontré des gens qui lui ont dit que ses médicaments allaient causer du tort à son cerveau, aussi à deux ou trois reprises, il a cessé de les prendre, et a dû être hospitalisé.

Les choses ont commencé à prendre un tour différent lorsqu'il a finalement été suivi en counselling par un type qui a réussi à le faire changer complètement d'attitude. À l'institut, il avait développé cette attitude de rivalité. Mais le changement d'attitude qu'il a opéré avec l'aide de son conseiller, et qui entraîné un revirement de la situation, consistait plutôt à sentir qu'il faisait partie de l'équipe chargée de l'aider à aller mieux. Il a fini par se présenter devant la commission d'examen parce que ce type avait réussi à le convaincre, et qu'il a réussi à convaincre à son tour la commission qu'il était en bonne voie de devenir un membre utile de la société, et qu'il y avait de l'espoir.

Ms. Nazif: I think we have to remember that the brain is sick, and when the brain is sick, I do not think it has very good judgment about what to do about keeping the rest of the body alive. If we find someone unconscious on the street, we will rush in the ambulance and we do not wait for them to waken so we can ask them if they want treatment. We are going to give them treatment, whether it is an accident or a stroke, and I think with the mentally ill, we need to respect the fact that they cannot decide for themselves. They do not realize they are sick.

I think that as a society we have to respect their dignity and treat them, because otherwise it is hopeless despair; they will be psychotic all their life. It is like people with Alzheimer's; we do not leave them wandering around in the streets.

I think we are giving them their rights by giving them their right to treatment. All Canadians have the right to good health care. Why should people that are psychotic not have the right to good health care?

Senator Pépin: Should we stay as it is right now or carry on with the discussion to have a special charter of rights for them?

Ms. Nazif: Well, I think we need to look at good mental health acts across the country.

Senator Pépin: In other cities, we met with people who told us that if a person has a stroke you call the ambulance but if there is an incident related to someone with a mental disability, they will phone the police who come for the person. When the person is in the hospital, they wait for hours with the police and are at the end of the line for treatment.

We met with people who work in the correctional services to confirm what you say. They agree that many mentally disabled people have very long wait times at the hospitals. The police asked us to visit the hospitals to see how to come up with a better system.

Ms. Nazif: I think our major emergency rooms and our hospitals in major cities should always have qualified personnel capable of treating psychiatric disorders so that people do not sit for hours. I even know of situations where people have brought in their child with schizophrenia and the child has left because of the overly long wait time.

This is a crisis, just as the crisis is for someone else it is a different kind of crisis. We need to have psychiatrically trained personnel in our emergency rooms.

Ms. Allen: On the topic of emergency rooms, we found that emergency rooms do not want to look at mentally ill people unless they have committed some act. Otherwise, as you say, they stay at the back of the emergency room. Often the staffs refuse treatment because they say they "feel" like they need help. Their doctors tell

Mme Nazif : Il ne faut pas oublier que lorsque le cerveau est malade, il ne peut pas avoir un très bon jugement sur ce qu'il faut faire pour que le reste du corps soit en bonne santé. Si on trouve une personne inconsciente sur la chaussée, on se dépêche de la transporter en ambulance, on n'attend pas qu'elle se réveille pour lui demander si elle veut qu'on la soigne. On lui prodigue un traitement, qu'elle ait été victime d'un accident ou d'une crise cardiaque, et à mon avis, avec les personnes atteintes de maladie mentale, il faut respecter le fait qu'elles sont incapables de décider pour elles-mêmes. Elles ne réalisent pas qu'elles sont malades.

Comme société, nous devons respecter leur dignité et les traiter, parce que sinon, ces personnes n'ont que le désespoir en partage, elles seront psychotiques pour le reste de leurs jours. C'est un peu comme pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer; on ne les laisse pas se débrouiller toutes seules et errer dans la rue.

Je pense que nous respectons leurs droits en leur donnant le droit de recevoir un traitement. Tous les Canadiens ont le droit d'avoir une bonne santé. Pourquoi les psychotiques n'auraient-ils pas droit à de bons soins de santé?

Le sénateur Pépin : Devrions-nous laisser les choses dans l'état actuel, ou poursuivre la discussion en vue de rédiger une charte spéciale des droits à leur intention?

Mme Nazif : Eh bien, je pense que nous devons étudier les diverses lois sur la santé mentale qui existent dans ce pays.

Le sénateur Pépin : Dans d'autres villes, des gens qui nous ont expliqué que si une personne était victime d'une crise cardiaque, on appelait l'ambulance, mais que si on était témoin d'un incident mettant en cause une personne atteinte d'un handicap mental, on avait tendance à appeler la police pour qu'elle vienne chercher la personne. Une fois à l'hôpital, la personne attend des heures avec les policiers, elle vient en dernier dans la liste des priorités pour obtenir un traitement.

Des personnes qui travaillent dans les services correctionnels sont venues nous confirmer ce que vous dites. Elles reconnaissent que les personnes atteintes de maladie mentale attendent très longtemps lorsqu'elles se présentent à l'hôpital. Les policiers nous ont invités à visiter les hôpitaux afin de nous rendre compte par nous-même et de suggérer des moyens d'améliorer le système.

Mme Nazif : Nos principales salles d'urgence et les hôpitaux des grandes villes devraient toujours avoir du personnel compétent capable de traiter les troubles psychotiques afin que les patients n'aient pas à attendre durant des heures. J'ai même entendu parler d'un cas où des parents avaient emmené leur enfant atteint de schizophrénie à l'hôpital, mais que l'enfant avait fini par s'en aller parce qu'il avait attendu trop longtemps.

Il s'agit d'une situation de crise, ce n'est pas parce que la crise touche une personne différente que cette crise est moins grave. Il faut que nos salles d'urgence soient dotées d'un personnel compétent sur le plan psychiatrique.

Mme Allen : En ce qui concerne les salles d'urgence, nous nous sommes aperçus que le personnel médical qui s'y trouve ne veut pas examiner les personnes souffrant de maladie mentale à moins qu'elles aient commis un acte quelconque. Autrement, comme vous le dites, elles se retrouvent dans le fond de la salle d'urgence.

them to do that, to go to the hospital if they feel an episode coming on. However, they do not get very much cooperation in emergency rooms.

I realize that emergency personnel are busy and perhaps there should be a different emergency area for mental health issues.

I have taken my son into the emergency room in a manic state and, trust me; it is an awful thing to do. I mean, he is walking around telling people they are witches and grabbing the magazines out of their hands and scaring them and I am sitting there thinking oh, my God, what is he going to do. I had to argue with the doctor about his condition. They tried to tell me that he is on drugs or he is this or that. I said: "Look, I know what he is. I know he is mentally ill. He has records, can't you get them?" No, it was just too much trouble. You have to get into a major argument with these people. So something needs to change there, that is for sure.

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

The committee adjourned.

Il arrive souvent que le personnel refuse de leur donner un traitement parce que les personnes atteintes leur disent qu'elles « sentent » qu'elles ont besoin d'aide. Ce sont leurs médecins qui leur conseillent de se rendre à l'hôpital dès qu'elles sentent un épisode venir. Toutefois, elles n'obtiennent pas une grande coopération dans les salles d'urgence.

Je reconnais que le personnel des salles d'urgence est très occupé et que peut-être il faudrait prévoir une zone différente pour les urgences de type psychiatrique.

J'ai déjà conduit mon fils à l'urgence alors qu'il se trouvait dans une phase maniaque, et croyez-moi, c'est une expérience affreuse. Il se promène partout en traitant les gens de sorciers, il leur arrache les magazines des mains et il les effraie. Moi, je reste assise là à me ronger les sens en me demandant ce qu'il va bien pouvoir inventer. J'ai dû discuter ferme avec le médecin pour expliquer ce qui se passait. On a essayé de me dire qu'il avait pris de la drogue, ou qu'il était ceci ou cela. Je leur ai dit, écoutez je sais très bien ce qu'il a. Il a une maladie mentale. Il a un dossier médical, ne pouvez-vous pas sortir son dossier? Non, c'était trop compliqué. Il faut vraiment faire tout un plat pour qu'on s'occupe de vous. Il faut vraiment que les choses changent dans les hôpitaux, ça c'est sûr.

Le président : J'aimerais remercier chacun d'entre vous d'avoir pris la peine de venir ce matin.

La séance est levée.

VANCOUVER, Monday, June 6, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:36 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: Senators, we have a number of witnesses this afternoon. From the Coast Mental Health Foundation we have Darrell Burnham, executive director. We have Bev Gutray, who is the executive director of the Canadian Mental Health Association here, the province-wide organization. We have Susan Friday and Rob Carten from the Vancouver-Richmond Mental Health Network. We will ask everybody to make their brief opening statement and then go across the panel, as it were, and ask questions of everybody collectively, I think is the easiest way to do it.

Ms. Susan Friday, President, Vancouver-Richmond Mental Health Network: First, greetings to one and all. I am here today representing Vancouver-Richmond Mental Health Network Society.

I certainly agree that we need a national action plan on mental health, mental illness and addiction, a plan that would mandate the federal government to devote a specific portion of its transfer payments toward mental illness and addiction.

VANCOUVER, le lundi 6 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 36 pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président : Sénateurs, nous avons un certain nombre de témoins cet après-midi. De la Coast Mental Health Foundation, nous avons Darrell Burnham, directeur général. Nous avons aussi Bev Gutray, qui est directrice générale de la division provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous avons Susan Friday et Rob Carten, du Réseau pour la santé mentale de Vancouver-Richmond. Nous allons demander à chacun de faire une brève déclaration, après quoi nous aurons une période de questions qui s'adresseront à l'ensemble des témoins, collectivement. Je pense que c'est la manière la plus facile de procéder.

Mme Susan Friday, présidente, Vancouver-Richmond Mental Health Network : Premièrement, je vous souhaite la bienvenue à tous. Je représente ici aujourd'hui la Vancouver-Richmond Mental Health Network Society.

Je suis certainement d'accord pour dire que nous avons besoin d'un plan d'action national pour la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies, un plan qui amènerait le gouvernement fédéral à consacrer une portion spécifique de ses paiements de transfert à la santé mentale et aux toxicomanies.

In all fairness to my friends, I should briefly mention that although I find the term "mental illness" somewhat contentious, in order to maintain linguistic consistency across the board and to facilitate matters, I will use it.

Also, maybe we can learn something from Australia. I was looking at that and I did find it impressive. I believe that Canada needs a Mental Health Act, one that would include a charter of rights whereby a recovery orientation should drive service delivery.

I speak of recovery in a sufficiently wide context to include recognition of the social, psychological, biological, environmental and economic factors; and the holistic alternative pathways towards healing that represent freedom from an oppressive corporate drug culture, one that reinforces consumer/survivor dependency on the psychiatric status quo. The status quo is not an option.

As I think of specific populations across Canada and the three reports issued by the standing Senate committee, it is clear that we need to include gay, lesbian, bisexual and transgender populations within a national policy framework, and also a national information database, I might add. The statistics on rates of prevalence make this abundantly clear. The annual economic cost of mental illness and addictions resulting from homophobia, bi-phobia and trans-phobia cannot be ignored. For Canada to be a true leader in the international community I think it is obvious that we all belong; that we are essentially one family.

I also think that the issue of women-specific supports is important. As Phil Upshaw would say, "The time is now." Yes. It is time for a women's mental health strategy in Canada. Women utilize mental health services more frequently than men, and the causal factors for this have been researched and must be recognized. Women are almost twice as likely as men to experience depression and anxiety.

A comprehensive national action plan must address the realities of violence, abuse, poverty, ethnicity and addictions.

In closing, I would like to add that one of the alternatives we very much need is more safe houses in Canada, places where women can obtain positive help in overcoming a crisis.

The Chairman: Ron, do you have anything to add?

Mr. Ron Carten, Coordinator, Vancouver-Richmond Mental Health Network: I will just say a little about myself. My presentation has been handed out to you. I apologize for not getting that to the committee earlier.

Briefly, my organization's core activity is running self-help groups for people diagnosed with mental illness. We have a dozen such groups. We also run a quarterly 16-page newsletter created by Consumers and Survivors of Psychiatry. We have a resource

En toute justice à l'égard de mes amis, je dois mentionner brièvement que même si je trouve l'expression « maladie mentale » quelque peu controversée, afin d'assurer l'uniformité linguistique et de faciliter la communication, je vais quand même l'utiliser.

Par ailleurs, je crois que les Australiens pourraient probablement nous en apprendre. J'ai examiné ce qu'ils font et je trouve cela impressionnant. Je crois que le Canada a besoin d'une loi sur la santé mentale, qui comprendrait une charte des droits orientant la prestation des services vers le rétablissement.

J'emploie le mot rétablissement dans un sens suffisamment large pour englober la reconnaissance des facteurs sociaux, psychologiques, biologiques, environnementaux et économiques; et le cheminement holistique vers la guérison qui représente la liberté par rapport à une culture oppressante de la médication émanant des grandes entreprises, culture qui renforce la dépendance du consommateur/survivant envers le statu quo psychiatrique. Le statu quo n'est pas une option.

Quand je songe à certaines populations précises au Canada et aux trois rapports publiés par le comité sénatorial permanent, il est clair qu'il est nécessaire d'inclure les gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres dans un cadre national de politique, et aussi dans une base de données nationale. Les statistiques sur les taux de prévalence le démontrent hors de tout doute. On ne saurait fermer les yeux sur le coût économique annuel de la maladie mentale et des toxicomanies résultant de l'homophobie, de la biphobie et de la transphobie. Pour que le Canada soit vraiment un chef de file mondial, je pense qu'il est évident que nous faisons tous essentiellement partie d'une même grande famille.

Je pense aussi que la question du soutien accordé spécifiquement aux femmes est importante. Comme le dirait Phil Upshaw, « C'est aujourd'hui et pas demain ». Oui. Il est grand temps d'adopter au Canada une stratégie de la santé mentale pour les femmes. Les femmes utilisent les services de santé mentale plus fréquemment que les hommes, et les facteurs de causalité de cette situation ont fait l'objet de travaux de recherche et doivent être pris en compte. Les femmes ont presque deux fois plus de chances que les hommes de connaître la dépression et l'angoisse.

Un plan d'action national complet doit prendre en compte tous les aspects de la réalité : violence, abus, pauvreté, ethnicité et toxicomanie.

En terminant, je voudrais dire que l'une des solutions dont nous avons le plus grand besoin au Canada, c'est d'un plus grand nombre de refuges où les femmes peuvent obtenir de l'aide pour surmonter une crise.

Le président : Ron, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Ron Carten, coordonnateur, Vancouver-Richmond Mental Health Network : Je vais seulement dire quelques mots sur moi-même. Le texte de mon exposé vous a été distribué. Je m'excuse de ne pas l'avoir envoyé plus tôt au comité.

En bref, l'activité de base de mon organisation consiste à diriger des groupes d'entraide pour les personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale. Nous avons une douzaine de groupes de ce genre. Nous publions aussi un bulletin trimestriel de

library and we stage events, workshops and so on throughout the year. Our organization has been in existence since about 1993. It became a non-profit society in 1999 and has a membership of approximately 200 people. Part of our mandate is to promote the interests and rights of mental health survivors/consumers; we use that term and I know that the committee is familiar with it. Part of our mandate is to promote alternative approaches to dealing with mental health crises — alternative therapies, alternatives from the mainstream, which is probably good for Canadian society as a whole, but I will not go into that.

My personal history, I am 43 years old. I have lived and worked across Canada in the cities and rural areas. I was hospitalized in the early 1990s and consider myself fortunate to have benefited from psychiatric intervention. However, that is not the case for all of my constituents, and because it is my job, I am here to represent their interests.

On page 6 of volume 3 of the committee's report, the committee asks**:**

> Accordingly, how can a patient/client oriented system ensure an appropriate balance between the rights of individuals and the role of society in caring compassionately for them while protecting itself?

I would like to emphasize to the committee — and I hope its final report will reflect — the myth of the violent psychiatric patient. The committee has indicated as much already by stating on page 62 of the first volume**:**

> First, it will be necessary to find ways of countering the attribution of an exaggerated propensity to violence to people living with serious mental illness.

Therefore, first and foremost, on behalf of my network, I would like to encourage the committee to do what it can, as other countries have, to advertise about mental illness and to underline the fact that people diagnosed as mentally ill are really no more dangerous than anyone else in society. I think this is a fundamental point. I do not have too much more to say, but I would like to go on a little longer.

I hear many stories from the people whom I work with and whom I serve, and I regret to say that some of them have grievances against the system. This is my focus. My focus is on the rights of individuals and caring compassionately. Let me stop there. In view of the stories of abuse I hear, frankly, reported stories, their reports and the grievances that a significant minority of the members of my organization have, if not a majority, I believe the committee should promote a stricter oversight of treatment within mental health facilities. Perhaps this may be achieved by creating an appeal body to the provincial mental health panels in B.C., similar to when the federal government got involved in welfare systems in the province. It created or required appeal tribunals for people on welfare. This would help address the inordinate power that psychiatrists have over mental patients who are confined under the Mental Health Act. I am sure the

16 pages créé par le groupe Consumers and Survivors of Psychiatry. Nous avons une bibliothèque de référence et nous organisons des activités, des ateliers, et cetera., tout au long de l'année. Notre organisation existe depuis environ 1993. Elle est devenue une société à but non lucratif en 1999 et compte environ 200 membres. Notre mandat consiste en partie à promouvoir des solutions de rechange pour affronter les crises de santé mentale — des thérapies différentes de celles qui sont généralement acceptées, ce qui est probablement bon pour la société canadienne dans son ensemble, mais je ne vais pas me lancer dans cette digression.

Pour ce qui est de mes antécédents personnels, j'ai 43 ans. J'ai vécu et travaillé un peu partout au Canada, dans les villes et à la campagne. J'ai été hospitalisé au début des années 90 et je me considère chanceux d'avoir bénéficié d'une intervention psychiatrique. Cependant, ce n'est pas le cas de l'ensemble de ma clientèle et, comme c'est mon travail, je suis ici pour défendre leurs intérêts.

À la page 6 du volume 3 du rapport du comité, le comité pose la question suivante :

> En conséquence, comment un système centré sur le patient/client peut-il mettre en équilibre les droits individuels des personnes atteintes de graves troubles mentaux et le rôle que doit jouer la société en s'occupant d'elles avec compassion tout en se protégeant?

Je voudrais rappeler au comité — et j'espère qu'il en sera fait mention dans le rapport final — le mythe du patient psychiatrique violent. Le comité a déjà abordé la question en déclarant à la page 62 du premier volume :

> Tout d'abord, il faudra trouver le moyen de contrer l'attribution aux personnes atteintes de trouble mental grave d'une propension exagérée à la violence.

Par conséquent, d'abord et avant tout, au nom de mon réseau, je voudrais encourager les membres du comité à faire ce qu'ils peuvent, comme d'autres pays l'ont fait, pour informer les gens au sujet de la santé mentale et pour faire ressortir le fait que les gens qui ont été diagnostiqués malades mentaux ne sont vraiment pas plus dangereux que n'importe qui d'autre dans la société. Je trouve que c'est un point fondamental. Je n'ai pas grand-chose d'autre à dire, mais je voudrais quand même ajouter quelques mots.

J'entends de nombreuses histoires racontées par les gens avec qui je travaille et que je m'efforce de servir, et je regrette de dire que certains d'entre eux ont des griefs contre le système. C'est là-dessus que je me concentre, sur les droits individuels et les soins dispensés avec compassion. Je vais m'en tenir là. Compte tenu des histoires d'abus et de mauvais traitements que j'entends, franchement, toutes les histoires qu'on me raconte, les griefs formulés par une importante minorité des membres de mon organisation, voire la majorité, je crois que le comité devrait promouvoir un contrôle plus serré des traitements dispensés dans les établissements de santé mentale. Peut-être pourrait-on y parvenir en créant un organisme d'appel des décisions rendues par les comités provinciaux de santé mentale en Colombie-Britannique, un peu comme lorsque le gouvernement fédéral s'est mêlé des systèmes d'assistance sociale dans la province, ce

committee is aware that a psychiatrist or a mental hospital does have a significant amount of power over patients, and this does need to be addressed.

In addition to addressing this great power that psychiatrists have, their wide discretion to detain people and to treat them as they see fit, avenues for redress of grievances should also be made available in the provinces, and perhaps the federal government could, given its funding power, require that such avenues are put in place.

Another item that may assist in improving the care that psychiatrists provide to their patients is the possibility of holding psychiatrists liable if they do severe damage to their patients. I am almost finished, senator.

In B.C., and I think in some of the other provinces, a mental health patient does not have the right of informed consent. I think the committee is aware of that.

The Chairman: That is correct.

Mr. Carten: The committee has spoken about the impairment of decision-making capacities of people diagnosed with mental illness, and if this is an issue, I will not dispute it right now, but I will refer to the concept of advance directives. Particularly in B.C., the Representation Agreement Act provides for people to appoint representatives to make decisions on their behalf when they cannot, and this includes health treatment, but unfortunately, there is one exclusion in the Representation Agreement Act, people detained under the Mental Health Act. The network that I work for feels this is an incorrect position and we are putting out a position paper on that. We feel that advance directives are legitimate for people before they are diagnosed with a mental illness and after they are diagnosed with a mental illness.

I do not have much more to say. I will just conclude with the last couple of lines of my written submission.

The focus of my presentation has not been on access to care. There is access to care. Access could be improved. My presentation has been on human dignity. Without civil rights, without freedom, when help is imposed on people rather than offered, there is a threat to the dignity of the individual. I hope the committee will recall in their deliberations some of the suggestions I have made and that they may help the committee produce a national mental health strategy that can improve upon the system we have.

Ms. Bev Gutray, Executive Director, Canadian Mental Health Association, British Columbia Division: Thank you for the opportunity to appear before you today.

qui a créé ou exigé la création de tribunaux d'appel pour les assistés sociaux. Cela aiderait à atténuer les pouvoirs démesurés dont les psychiatres disposent sur les patients de santé mentale qui sont séquestrés aux termes de la Loi sur la santé mentale. Je suis sûr que le comité est au courant qu'un psychiatre ou un hôpital pour malades mentaux a beaucoup de pouvoir sur les patients, et il faut remédier à ce problème.

En plus de limiter cet immense pouvoir que possèdent les psychiatres, leur pouvoir discrétionnaire étendu leur permettant de détenir des gens et de les traiter comme bon leur semble, il faudrait aussi établir dans les provinces des mécanismes de recours en cas de grief, et peut-être le gouvernement fédéral devrait-il, étant donné son pouvoir de dépenser, exiger la mise en place de tels mécanismes.

Une autre piste de solution susceptible d'aider à améliorer les soins dispensés par les psychiatres à leurs patients, c'est la possibilité de tenir les psychiatres responsables s'ils causent de graves dommages à leurs patients. J'ai presque fini, sénateur.

En Colombie-Britannique, et je pense que c'est aussi le cas dans les autres provinces, un patient de santé mentale n'a pas le droit de donner son consentement éclairé. Je crois que le comité est au courant de cela.

Le président : C'est exact.

M. Carten : Le comité a traité de l'amoindrissement des capacités décisionnelles des personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale, et je ne conteste pas que ce soit un problème, mais je vais aborder la question des directives préalables. Particulièrement en Colombie-Britannique, la Representation Agreement Act stipule que les gens peuvent nommer des représentants habilités à prendre des décisions en leur nom lorsqu'ils en sont incapables, et cela comprend le traitement des maladies mentales, mais malheureusement, la loi provinciale comporte une exception dans le cas d'une personne détenue en application de la Loi sur la santé mentale. Le réseau pour lequel je travaille estime que ce n'est pas légitime et nous allons publier un énoncé de position là-dessus. Nous estimons que les directives préalables sont légitimes pour les malades mentaux, à la fois avant et après qu'on ait fait le diagnostic.

Je n'ai pas grand-chose à ajouter. En terminant, je vais lire quelques lignes de mon mémoire écrit.

L'essentiel de mon exposé n'est pas consacré à l'accès aux soins. Nous avons accès aux soins. L'accès pourrait être amélioré. Ma présentation porte plutôt sur la dignité humaine. En l'absence de droits civils, en l'absence de liberté, lorsque l'aide est imposée aux gens et non offerte, la dignité de la personne est menacée. J'espère que le comité se rappellera au moment de ses délibérations certaines suggestions que j'ai formulées et que celles-ci seront utiles et aideront le comité à produire une stratégie nationale de la santé mentale qui pourra améliorer le système que nous avons actuellement.

Mme Bev Gutray, directrice générale, Association canadienne pour la santé mentale, Division de Colombie-Britannique : Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui.

B.C. division would like to extend our thanks to you, your colleagues and your staff for the attention that you have brought to mental health issues in Canada and for your initial series of reports.

The Canadian Mental Health Association is the only voluntary charitable organization that addresses the full spectrum of mental health and mental illness and whose mission is to promote the mental health of all Canadians. The Canadian Mental Health Association, B.C. Division carries out its mission through education, research, community development and advocacy. One of our core objectives is to promote and create innovative programs that contribute to the recovery, secondary prevention, empowerment and community integration of persons with a mental illness. There are currently 20 CMHA branch offices across the province of B.C. that provide a range of services in their communities, from rehab to housing, to employment, to education services, to mental health promotion services.

As part of our presentation we want to be clear that we definitely support the work at the national level for the development and implementation of a pan-Canadian strategy on mental illness and mental health and believe that this is pivotal to overall change in our country in the way people who have mental health problems are supported. The incorporation within the pan-Canadian strategy of housing and income is well detailed in your reports, certainly on the income side. These are two critical determinants of health and mental health, and thereby we recognize that that has to be where strong effort is put forward.

B.C. division recommends that any pan-Canadian strategy explicitly adopt a focus on mental health and addiction services and systems within the context of people's lived experience, recognizing the importance of, and addressing the deficiencies in, key determinants of health.

Rather than focus on the need per se, which has been clearly articulated in your first series of reports, or on large policy issues, B.C. division has chosen to focus on key issues within the *Issues and Options* paper and highlight some innovative strategies and programs that have been developed through the work of B.C. division and B.C. branches as potential models for other jurisdictions.

In the area of system coordination and integration, while there is no doubt that there is significant duplication and overlap among the NGO sector delivering mental health services and supports at a local level, it is also critical to recognize that a diversity of organizations can in fact be an asset rather than a

La division de Colombie-Britannique aimerait vous remercier, vous-même ainsi que vos collègues et vos collaborateurs, pour l'attention que vous avez consacrée à la problématique de la santé mentale au Canada et pour votre série initiale de rapports.

L'Association canadienne pour la santé mentale est le seul organisme bénévole de bienfaisance qui s'occupe de toutes les dimensions de la santé mentale et de la maladie mentale et dont la mission est de promouvoir la santé mentale de tous les Canadiens. La division de Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale accomplit sa mission au moyen de l'éducation, de la recherche, du développement communautaire et de la promotion et de la défense des droits. L'un de nos objectifs de base est de promouvoir et de créer des programmes novateurs qui contribuent au rétablissement, à la prévention secondaire, à la responsabilisation et à l'intégration communautaire des personnes ayant une maladie mentale. Il y a actuellement 20 bureaux de l'ACSM partout dans la province de Colombie-Britannique qui offrent tout un éventail de services dans leur collectivité, depuis le rétablissement jusqu'au logement, en passant par l'emploi, les services d'éducation et les services de promotion de la santé mentale.

Dans le cadre de notre présentation, nous tenons à dire clairement que nous appuyons catégoriquement le travail accompli au niveau national pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie pancanadienne de la maladie mentale et de la santé mentale, et nous croyons que c'est essentiel pour opérer un changement global dans l'ensemble de notre pays dans la manière dont on vient en aide aux gens qui ont des problèmes de santé mentale. L'intégration du logement et du revenu dans la stratégie pancanadienne est bien détaillée dans vos rapports, en tout cas pour ce qui est du revenu. Ce sont deux déterminants critiques de la santé et notamment de la santé mentale, et nous reconnaissons donc qu'il faut concentrer nos efforts dans ce domaine.

La division de Colombie-Britannique recommande que toute stratégie pancanadienne adopte explicitement une approche de la santé mentale et des services de lutte contre les toxicomanies axée sur le contexte de l'expérience de vie des gens, reconnaissant l'importance des déterminants clés de la santé et s'attaquant aux lacunes qui existent à cet égard.

Au lieu de s'attarder aux besoins comme tels, lesquels ont été clairement exposés dans votre première série de rapports, ou bien aux grandes questions de politique générale, la division de Colombie-Britannique a choisi de mettre l'accent sur des aspects clés exposés dans le document *Problèmes et options* et de mettre en relief certaines stratégies et programmes novateurs qui ont été élaborés grâce aux bons offices de la division de Colombie-Britannique et des bureaux de section en Colombie-Britannique comme modèles potentiels pouvant être appliqués dans d'autres provinces.

Dans le domaine de la coordination et de l'intégration des systèmes, bien qu'il n'y ait aucun doute qu'il y a des chevauchements et dédoublements considérables parmi les ONG qui assurent la prestation des services dans le domaine de la santé mentale au niveau local, il est également critique de reconnaître

mere problem, allowing for real and meaningful choice on the part of people with a mental illness. In particular, when we talk about the fact that a large group of Canadians do not find that mental health service, it is not about accessibility. It is about acceptability. We think this diversity in the non-profit sector can contribute to that acceptability.

I would like to point out that in the community of Williams Lake there is an example of a co-op of non-profit organizations called the Central Interior Community Services Co-op. Our branch office is part of that co-op, along with the Boys and Girls Club, the Child Development Centre, the Association for Community Living. Numerous organizations that were feeling threatened got together and formed a co-op whereby they could build expertise within their staff. They can deliver more effective services. They have a better presence and administrative efficiencies in their organization. I will try to hurry along, senator.

Just touching on the area of early detection and intervention and the importance of us being able to focus on that, we would like to point out that there is also another aspect of early intervention that we do not think gets very much attention. That is the issue of parental mental illness, recognizing that there are people with a mental illness who have children and that unique services and supports need to be put in place for that group. We know that the children are a risk group. We believe that some of the things that have been done in B.C. could be built on to ensure that the parents are supported, that they have good mental health and their children have good mental health, and that they can reach out for services without fearing that their children will be taken away from them.

On the issue of enhancing access to services, as I tried to point out earlier, 76 per cent, over 173,000 people, do not find services acceptable and that is their barrier to getting help. We believe that we need to expand our concept of access to explicitly include the concept of acceptability, because so often we only think as providers and planners on the access dimension. We need to conduct focused, community-based research with people with mental illness and mental health needs to more clearly define the elements of acceptable services and supports. This is the only way that we can begin to see those kinds of numbers decrease in the future.

Child and adolescent mental health services: In B.C. we believe we have one of the best child and youth mental health plans in the country. It has all of the right elements. It has a central leadership role. It has a focus on treatment and support, risk reduction, community and family capacity and improving performance. In fact, what is unique about our child and youth mental health plan is it also brings to the table non-profit groups, family members, et cetera, in planning new services, understanding the latest evidence

qu'une grande diversité d'organisations peut en fait représenter un atout plutôt qu'un problème, permettant aux gens qui ont une maladie mentale d'avoir un éventail de choix. En particulier, si l'on tient compte du fait que beaucoup de Canadiens ne trouvent pas de services pour la santé mentale, ce n'est pas une question d'accessibilité. C'est une question d'acceptabilité. Nous trouvons que cette diversité dans le secteur à but non lucratif peut contribuer à cette acceptabilité.

Je voudrais signaler que dans la collectivité de Williams Lake, on trouve un exemple d'une coopérative d'organisations à but non lucratif appelée la Central Interior Community Services Co-op. Notre bureau de section fait partie de cette coopérative, de même que le Boys and Girls Club, le Centre de développement de l'enfance, l'Association pour la vie communautaire. De nombreuses organisations qui se sentaient menacées se sont regroupées et ont constitué une coopérative grâce à laquelle leur personnel peut acquérir des compétences. Ces organisations peuvent offrir des services plus efficaces. Elles ont une meilleure présence et font des gains d'efficience. Je vais essayer d'accélérer, sénateur.

Je veux seulement effleurer la question du dépistage et de l'intervention précoces et l'importance de mettre l'accent sur cet aspect. Nous voudrions signaler qu'il y a un autre aspect de l'intervention précoce à laquelle nous n'accordons pas beaucoup d'attention. C'est la question de la maladie mentale chez les parents. Il faut reconnaître qu'il y a des gens qui ont une maladie mentale et qui ont des enfants et qu'il faut mettre en place des services particuliers pour ce groupe. Nous savons que les enfants sont un groupe à risque. Nous croyons que ce qui a été fait en Colombie-Britannique pourrait être renforcé afin de s'assurer que les parents soient aidés, qu'ils aient une bonne santé mentale et leurs enfants aussi et qu'ils puissent avoir accès à des services sans craindre que leurs enfants leur soient enlevés.

Sur la question de l'amélioration de l'accès aux services, comme j'ai essayé de l'expliquer tout à l'heure, 76 p. 100, plus de 173 000 personnes, ne trouvent pas les services acceptables et c'est l'obstacle qui les empêche d'obtenir de l'aide. Nous croyons qu'il faut adopter une notion plus étendue de l'accès pour y inclure explicitement le concept de l'acceptabilité, parce que tellement souvent, dans la problématique de l'accès, nous tenons seulement compte des fournisseurs et des planificateurs. Nous devons faire de la recherche ciblée et communautaire auprès de personnes ayant des maladies mentales et des besoins en matière de santé mentale afin de définir plus clairement les éléments des services et aides jugés acceptables. C'est le seul moyen de faire baisser à l'avenir le chiffre que j'ai donné tout à l'heure.

Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents : en Colombie-Britannique, nous croyons avoir l'un des meilleurs régimes au Canada pour la santé mentale des enfants et des adolescents. Il comporte tous les bons ingrédients. On y trouve un rôle central fort. Il met l'accent sur le traitement et le soutien, la réduction du risque, le renforcement de la capacité communautaire et familiale et l'amélioration de la performance. En fait, ce qui est unique dans notre régime de santé mentale pour

and rolling out new programs. We think this is a very good plan, with elements that should maybe be repeated in other jurisdictions.

As well, CMHA, B.C. Division is being funded through the Public Health Agency of Canada to work with five communities across B.C. on ensuring that family and youth voices are included in decision making and in the planning and delivery of services.

Two more points I would like to focus on. One is employers. Much of your third report concentrates on the issues of mental health and the workplace. We would like to say that in B.C. we will be soon starting the Mental Health Works program, an award-winning program out of Ontario division; that a lot of time and effort has been spent on the research and development of that service. We believe that through that program we can help those people who supervise, hire and support people with mental illness in the workplace by providing them with the latest knowledge and specific skills to intervene, hopefully before people access long-term disability or short-term disability programs. We would like to recommend that you consider looking at the expansion nationally of the Mental Health Works program.

On the issue of combating stigma and discrimination, I heard that somebody commented this morning on an ad that B.C. division had done with a baby. We call it the baby ad. We were funded by the B.C. broadcasters for a one-year media campaign. It shows a man holding a young baby, and you can see that this father was very content with his child and his child was content with him, but the camera cut away from him and a voice said**:** "Do you know what? This man has a mental illness." Then it went back to the man playing with the baby. Then it said**:** "But you know what is sick? It is how your attitude towards him just changed." Now, that caused lots of controversy and lots of feedback. However, the sad thing, and I think it is in all of your reports as well, is we do not have a sustained effort. Whether it is that campaign or somebody else's campaign, we have to be able to roll out those campaigns over a two- to three-year period to ensure that we have some real impact.

The other issue around discrimination is that we know that many other service providers do not have a lot of knowledge about mental illness or mental health. It could be people who work in the disability income offices. It could be people who are working in regular housing programs, landlords, et cetera. The Vancouver-Burnaby Branch of the Canadian Mental Health Association has taken the model of the first aid course and developed a mental illness first aid course that mirrors the

les enfants et les adolescents est qu'il fait également appel à la participation des groupes à but non lucratif, des membres de la famille, et cetera., pour la planification de nouveaux services, l'interprétation des faits et la mise en place de nouveaux programmes. Nous croyons que c'est un très bon régime, avec des éléments qui devraient peut-être être repris dans d'autres provinces.

De plus, la division de la Colombie-Britannique de l'ACSM est financée par l'Agence de santé publique du Canada pour travailler avec cinq collectivités de Colombie-Britannique et s'assurer que les voix de la famille et des jeunes sont prises en compte dans les prises de décisions et dans la planification et la prestation des services.

Je veux aborder encore deux autres points. Le premier concerne les employeurs. Une bonne partie de votre troisième rapport porte sur les questions de la santé mentale en milieu de travail. Nous voudrions dire qu'en Colombie-Britannique, nous allons bientôt lancer le programme Mental Health Works, programme qui vient de la division de l'Ontario et qui a remporté des prix; beaucoup de temps et d'efforts ont été consacrés à la recherche et à la mise au point de ce service. Nous croyons que grâce à ce programme, nous pouvons aider les gens qui supervisent, embauchent et appuient des gens qui ont des maladies mentales dans les lieux de travail en leur fournissant les connaissances les plus récentes et les habiletés pointues dont ils ont besoin pour intervenir avant, espérons-le, que les gens se tournent vers les programmes d'invalidité de longue durée ou de courte durée. Nous vous recommandons d'envisager d'étendre à la grandeur du pays le programme Mental Health Works.

Sur la question de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, on m'a dit que quelqu'un a fait ce matin des commentaires sur une publicité que la division de Colombie-Britannique a faite avec un bébé. Nous l'appelons l'annonce au bébé. Nous avons été financés par les radiodiffuseurs de Colombie-Britannique pour une campagne médiatique d'un an. L'annonce montre un homme qui tient un petit bébé et on peut voir que le père est très content de son enfant et que l'enfant est content de son père, mais la caméra s'éloigne alors et une voix dit : « Vous savez, cet homme a une maladie mentale ». On revoit alors l'homme qui joue avec le bébé. La voix poursuit : « Mais vous savez ce qui est malade? C'est que votre attitude envers lui vient de changer ». Maintenant, cela a causé beaucoup de controverse et nous a attiré beaucoup de commentaires. Cependant, ce qui est triste, et je pense que cela figure également dans tous vos rapports, c'est que nous n'avons pas un effort soutenu. Que ce soit cette campagne ou une autre, nous devons être en mesure de déployer des campagnes sur une période de deux ou trois ans pour garantir un véritable impact.

L'autre question sur la discrimination est que nous savons que beaucoup d'autres fournisseurs de services ne connaissent pas grand-chose à la maladie mentale ou à la santé mentale. Ce sont des gens qui travaillent dans les bureaux des prestations pour invalidité, ou encore dans des programmes de logement ordinaires, des propriétaires, et cetera. La section de Vancouver-Burnaby de l'Association canadienne pour la santé mentale s'est inspirée du modèle des cours de premiers soins et a

physical one and is delivered to those kinds of key constituents, key groups who actually work with people who have a mental illness but are not in the mental health system. For example, knowledge about mental illness of people who work in the income security program before taking the course was 30 per cent. After taking it, it was 90 per cent. This two-day program is led by a professional as well as a consumer.

The other point we want to bring to your attention — and we know you have highlighted some of our work in your report — is the B.C. Partners for Mental Health and Addictions Information. We believe that this is unique, that provincial organizations that are focused on mental health and addictions have come together with a very broad mandate focusing on the mental health literacy skills of the population. What we mean by that is everybody needs some knowledge about mental health, and that is how we will protect and promote our mental health.

My final comment has to do with research. Community-based mental health research that uses participatory approaches to systematically gather information with and from people with mental illness directly is a tool that CMHA, nationally, provincially and locally, has used to identify issues and solutions from the perspective of people with a mental illness and to increase their voice in decision making. One example is a report that we released on navigating workplace disability insurance that actually detailed people's experience with workplace insurance programs; it is storytelling.

To date, there is little or no infrastructure to support the development of a national and provincial community-based research agenda or to effectively integrate findings from this form of research into the larger mental health agenda.

At a national level, providing research funding and support to build the experiential literature, thereby equipping people with mental illness with evidence when they are involved in decision-making activities at local, national or provincial tables, is one concrete strategy for increasing effective participation. That does remove it from the anecdotal comments that are often seen as the literature we are talking about.

In closing, from the Canadian Mental Health Association, B.C. Division's perspective, intentionally and systematically involving people with direct experience in training, research, education, planning and evaluation of activities can and will have a profound impact on how our local and provincial mental health

mis au point un cours de premiers soins en santé mentale destiné à des intervenants clés, des groupes clés qui travaillent avec des gens qui ont des maladies mentales mais qui ne sont pas dans le système de santé mentale. Par exemple, le niveau de connaissances sur la santé mentale des gens qui travaillent dans le programme de sécurité du revenu avant de suivre le cours était de 30 p. 100. Après avoir suivi le cours, ce niveau était de 90 p. 100. Ce cours de deux jours est donné par un professionnel et par un consommateur.

L'autre point que nous voulons signaler à votre attention — et nous savons que vous avez attiré l'attention sur notre travail dans votre rapport — est le programme Partners for Mental Health and Addictions Information de Colombie-Britannique. Nous croyons que c'est un programme unique, parce que les organisations provinciales qui s'occupent de santé mentale et de toxicomanie se sont rassemblées autour d'un mandat très vaste mettant l'accent sur l'alphabétisation de la population en matière de santé mentale. Ce que nous voulons dire par là, c'est que chacun doit posséder des connaissances élémentaires sur la santé mentale, car c'est ainsi que nous allons protéger et promouvoir notre santé mentale.

Ma dernière observation porte sur la recherche. La recherche communautaire sur la santé mentale faisant appel à une approche participative pour recueillir systématiquement de l'information directement auprès de personnes qui ont des maladies mentales est un outil que l'association, aux niveaux national, provincial et local, a utilisé pour identifier des problèmes et trouver des solutions du point de vue des gens qui ont des maladies mentales et pour leur permettre de participer davantage aux décisions. Prenons l'exemple d'un rapport que nous avons publié sur l'assurance-invalidité dans lequel on décrit de façon détaillée l'expérience des gens relativement aux programmes d'assurance en milieu de travail; nous racontons leur histoire.

À ce jour, il y a très peu sinon pas du tout d'infrastructures pour appuyer l'élaboration d'un programme national et provincial de recherche communautaire ou pour intégrer efficacement les constatations et conclusions de cette forme de recherche dans le cadre plus général des politiques de santé mentale.

Au niveau national, fournir des fonds pour la recherche et un soutien pour étoffer la littérature expérientielle, équipant ainsi les gens ayant une maladie mentale des outils voulus pour participer aux activités décisionnelles aux niveaux local, national ou provincial, est une stratégie concrète pour renforcer la participation efficace. Cela permet d'aller un cran plus loin que les commentaires anecdotiques que l'on trouve souvent dans la littérature spécialisée.

En terminant, du point de vue de la division de Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale, le fait d'impliquer délibérément et systématiquement les gens dans une expérience directe en termes de formation, de recherche, d'éducation, de planification et d'évaluation des activités peut

systems function in the future. We urge you to recommend that this intentional and systematic involvement be embedded in all aspects of a national strategy on mental health.

I would like to thank you for the opportunity to present to you today.

Mr. Darrell Burnham, Executive Director, Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation: Thank you for having me here today. I just want to compliment you on your work. I think it is provocative and makes us think as Canadians about how we serve people with mental illness and promote mental health across Canada. Our job is challenging. Your job is challenging. The situation we are all facing is far more complex today than it was 10 or 15 years ago.

Coast Foundation has been around for over 30 years and provides an array of services for people with mental illness. I do have a briefing package here. I will try to hit the highlights and keep within the time.

We provide an array of community-based services for people with schizophrenia, bipolar disorder, schizoaffective disorder and other disorders. However, more and more, the people we are serving suffer from concurrent disorders, serious addictions as well as physical illnesses that complicate and frustrate recovery. Therefore our job is a little more difficult today than it was. As well, the vast majority of our clients not only must deal with the symptoms and treatments of their illnesses, but they also live in severe poverty in one of the most expensive cities in North America. A lot of what we do in the system is really trying to alleviate poverty. It is a huge part of the mental health system.

We serve well over 2,000 people. I want to highlight two categories of services. One is that we provide an array of supported housing. Indeed, we pioneered supported housing for people with mental illness in 1974 and now serve over 544 people in many different forms of housing throughout the Lower Mainland in decent neighbourhoods in the community. We have found that it is not only a cost-effective means, in that it keeps people healthy and out of hospital, but also they blend well into the communities. They are not places that stand out and cause any concern in the neighbourhoods, so supported housing works.

We also have a centre not far from here in Vancouver's downtown core that is reaching out to people who are homeless or at risk of becoming homeless and providing an opportunity to stabilize their lives and get back on the road to recovery. We have

avoir et aura effectivement un impact profond sur la manière dont nos systèmes locaux et provinciaux de santé mentale fonctionneront à l'avenir. Nous vous exhortons à recommander que cette participation intentionnelle et systématique soit inscrite dans toutes les composantes d'une stratégie nationale sur la santé mentale.

Je voudrais vous remercier de nous avoir donné l'occasion de vous faire un exposé aujourd'hui.

M. Darrell Burnham, directeur administratif, Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation : Merci de bien vouloir m'accueillir ici aujourd'hui. Je veux d'abord vous féliciter pour votre travail. Je trouve qu'il provoque la réflexion et nous fait réfléchir en tant que Canadiens sur la manière dont nous servons les gens qui ont une maladie mentale et dont nous faisons la promotion de la santé mentale au Canada. Notre tâche est difficile. Votre tâche est difficile. La situation à laquelle nous sommes confrontés est beaucoup plus complexe aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a 10 ou 15 ans.

Coast Foundation existe depuis plus de 30 ans et fournit tout un éventail de services aux personnes qui ont une maladie mentale. J'ai ici une trousse d'information. Je vais essayer d'en donner seulement les faits saillants et de ne pas dépasser le temps qui m'est imparti.

Nous fournissons toute une gamme de services communautaires aux personnes atteintes de schizophrénie, de troubles bipolaires, de troubles schizo-affectifs et d'autres troubles. Cependant, de plus en plus, les gens que nous servons souffrent de troubles concurrents, de graves toxicomanies ainsi que de maladies physiques qui viennent compliquer la situation et nuire au rétablissement. Par conséquent, notre travail est un peu plus difficile aujourd'hui qu'il ne l'était auparavant. De plus, la grande majorité de nos clients non seulement doivent composer avec les symptômes et les traitements de leur maladie, mais ils vivent aussi dans une grande pauvreté dans l'une des villes les plus chères d'Amérique du Nord. Une grande partie de nos efforts visent en fait à lutter contre la pauvreté. C'est une composante énorme du système de santé mentale.

Nous servons beaucoup plus de 2 000 personnes. Je veux insister sur deux catégories de services. Tout d'abord, nous fournissons des logements subventionnés. En fait, nous avons été les pionniers du logement subventionné pour les personnes ayant une maladie mentale en 1974 et nous servons maintenant plus de 544 personnes dans différents types de logements partout dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique, dans des quartiers agréables. Nous avons constaté que c'est non seulement d'un bon rapport coût-efficacité, en ce sens que cela garde les gens en santé et évite l'hospitalisation, mais aussi que les gens s'insèrent dans la collectivité. Ce ne sont pas des endroits qui se font remarquer et suscitent de l'inquiétude dans les quartiers en question. Donc, le logement subventionné fonctionne.

Nous avons aussi un centre non loin d'ici dans le centre-ville de Vancouver qui s'efforce de rejoindre les sans-abri ou ceux qui risquent de le devenir et qui leur donne l'occasion de stabiliser leur vie et de faire les premiers pas vers le rétablissement. Nous avons

had a 400 per cent increase in use of that centre at Seymour and Davie since it opened in August, 2000. It has over 2,000 members and 500 people use it on a regular basis.

My first message to the committee is that in Canada there is much expertise and proven best practices already out there to support the recovery of people with mental illness. The problem is we are overwhelmed. In Vancouver many parts of the system are in crisis. Right now 60 per cent of people in the emergency ward at St. Paul's are there because of a psychiatric disability, not because of broken bones and other types of trauma. It has just overwhelmed this community.

Third, the funding for new community initiatives has either declined, as in the case of supported housing, or has been flat in the last 10 years of both federal and provincial restraint. It is only in the last year or so that we have seen some snippets of new money in the field to help feed the system, so it is no surprise the system is more challenged today than it was 10 years ago.

Finally, it is far easier to prevent homelessness, the most severe symptom of a system failure, in my opinion, than it is to provide solutions for it. It is far harder to get someone who is currently homeless back into the community as a fully functioning citizen than to try to prevent that person from falling that far through the service system and ending up on the street.

In reviewing your report, there are several areas I would like to comment on. One is the recovery oriented client-centred system. The second is system coordination and integration. The third is the role of the third sector in mental health service delivery. The fourth is dealing with individuals with complex needs, a homelessness area. The fifth is the supply of mental health human resources. I would like to add to the mix the use of your term, "supporting caregivers." Finally, what the role of the Canadian government is in leadership of the system through the next few years.

We agree that a recovery oriented client-centred system is a fundamental part of, and indeed a change in philosophy in many cases, the care and support of people with mental illness. The path to recovery is not clearly drawn on a map. We see it as a very person-centred approach; that people will have their own way back into society. The system needs to foster and facilitate that rather than deliver a specific program that may prejudge that path.

One of the components is the field of psychosocial rehabilitation, PSR. Certainly it is a major part of the mental health field, but I did not see mention of it in the report. I was in Nova Scotia last week for the national conference of Psychosocial Rehabilitation Canada, which represents eight provinces. It just opened a Maritimes chapter. It is leading that approach to the field. It involves people in health authorities and non-profits,

eu une augmentation de 400 p. 100 dans l'utilisation de ce centre à l'angle de Seymour et Davie depuis son ouverture en août 2000. Il compte plus de 2 000 membres et 500 personnes utilisent régulièrement ses services.

Mon premier message au comité est qu'au Canada, il existe une grande expertise et que nous avons déjà des meilleures pratiques avérées pour appuyer le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale. Le problème, c'est que nous sommes débordés. À Vancouver, beaucoup de composantes du système sont en crise. À l'heure actuelle, 60 p. 100 des gens qui se rendent à l'urgence à St. Paul's se retrouvent là à cause d'un trouble psychiatrique et non pas à cause de fractures ou d'autres traumatismes. Notre collectivité est tout simplement débordée.

Troisièmement, le financement de nouvelles initiatives communautaires a décliné, comme dans le cas du logement subventionné, ou est resté stable depuis dix ans à cause des compressions fédérales et provinciales. C'est seulement depuis environ un an que l'on a injecté un tout petit peu d'argent neuf dans ce domaine pour aider à revitaliser le système et il n'est donc pas étonnant que le système soit encore plus en crise aujourd'hui qu'il ne l'était il y a dix ans.

Enfin, c'est beaucoup plus facile de prévenir le sans-abrisme que de trouver des solutions à ce problème. C'est beaucoup plus difficile de réinsérer un sans-abri dans la collectivité à titre de citoyen à part entière que d'essayer d'empêcher cette personne de tomber aussi bas et de se retrouver dans la rue.

Après avoir lu votre rapport, je voudrais faire des observations sur plusieurs aspects. D'abord le système axé sur le client et orienté vers le rétablissement. Le deuxième est la coordination et l'intégration des systèmes. Troisièmement, le rôle du tiers secteur dans la prestation des services de santé mentale. Quatrièmement, les personnes qui ont des besoins complexes, ce qui touche les sans-abri. Cinquièmement, la fourniture de ressources humaines en santé mentale. Je voudrais ajouter le fait que vous utilisez l'expression « soutien des aidants naturels ». Enfin, quel est le rôle du gouvernement canadien sur le plan du leadership du système au cours des prochaines années.

Nous convenons qu'un système axé sur le client et orienté vers le rétablissement est un élément fondamental du soin et du soutien des personnes qui ont une maladie mentale et cela représente même un changement de philosophie à bien des égards. Le chemin du rétablissement n'est pas clairement tracé sur une carte. À nos yeux, c'est une approche qui doit être tout à fait centrée sur la personne; chaque personne emprunte son propre chemin pour se réinsérer dans la société. Le système doit favoriser et faciliter cela, plutôt que de mettre en place un programme spécifique qui peut préjuger de ce chemin.

L'une des composantes est tout le domaine de la réadaptation psychosociale. Il est certain que c'est une partie centrale du domaine de la santé mentale, mais je n'en ai pas trouvé la trace dans le rapport. J'étais en Nouvelle-Écosse la semaine dernière pour la conférence nationale de Psychosocial Rehabilitation Canada, qu représente huit provinces. On vient d'ouvrir une section des Maritimes. C'est le chef de file dans ce domaine.

consumers and family members and delivers a philosophy of care consistent with this principle. My recommendation is that philosophy should be fostered through the work of this committee.

On system coordination and integration, Vancouver used to be seen in the early 90s as one of the best places in the world for community mental health. People used to come from all over the world to Vancouver to see what was working. It had innovative programs and best practices. I met a fellow from Japan last summer who said, "What happened? Where did it all go? Where is that sense of purpose and the framework?" Some of it is money, but I also think that with the regionalization phenomenon, leadership in mental health has been buried within the regional fabric. A maintained and protected mental health system needs to be pulled out and supported because it gets lost in the competition for scarce health care dollars and the very difficult challenges that face health authorities in delivering health care services.

My recommendation is to look at regional brokerage services that manage a clear budget for mental health for the regions rather than deliver it. I will speak later about how sometimes regions do not necessarily deliver cost-effective services, and there are probably other ways to deliver the same services, either through consumer-run initiatives or the not-for-profit sector.

That segues into the role of the third sector. I was quite disturbed by the report that spoke to the need to control the sector. In terms of Bev's comments about the conflict between elements in the sector, we may have some similar programs, but it does offer choice to individuals. I would suggest that many of the major breakthroughs in the way services are delivered to people with mental illness have come from the non-government sector. We have the ability in the non-government sector to do things that the formal sector often cannot because of bureaucratic rules. Many programs in terms of case management were first fostered by the non-profits — the clubhouse model; transitional employment; in Vancouver, the Car 87 model; the Portland Hotel Society, which is an innovative program for reaching out to hard-to-house individuals; and, of course, Coast Foundation supported housing programs. Now these services have been adopted by the formal system, so I do think that you have to look at the non-profits as a potential partner for government in delivering services. One, it can be very cost effective. We bring the community into our organizations. We have volunteer boards of directors. We go out and raise money. When you raise money, you raise support for the cause, an understanding of the cause,

L'organisation regroupe des représentants des autorités de la santé et des organisations à but non lucratif, des consommateurs et des membres de la famille et a mis au point une philosophie des soins qui est compatible avec ce principe. Ma recommandation est que cette philosophie soit adoptée par votre comité et éclaire ses travaux.

Sur le système de coordination et d'intégration, Vancouver était considérée au début des années 90 comme l'un des meilleurs endroits au monde pour la santé mentale communautaire. Les gens venaient de partout dans le monde pour observer ce qu'on faisait si bien à Vancouver. On y trouvait des programmes novateurs et les meilleures pratiques. J'ai rencontré un collègue du Japon l'été dernier qui m'a dit : « Qu'est-il arrivé? Où tout cela est-il passé? Je ne vois plus le même sentiment d'urgence et le cadre. » C'est en partie à cause de l'argent, mais je pense aussi qu'avec le phénomène de la régionalisation, le leadership en santé mentale a été enterré dans la structure régionale. Il faut ressortir un système de santé mentale bien encadré et protégé, autrement tout se perd quand chacun rivalise pour l'obtention des rares fonds disponibles pour les soins de santé et à cause des défis énormes auxquels sont confrontées les autorités de la santé dans les provinces chargées de la prestation des soins de santé.

Ma recommandation est d'envisager des services régionaux de courtiers qui gèrent un budget clairement établi pour la santé mentale dans les régions, au lieu d'appliquer les programmes comme tels. Je dirai tout à l'heure que, parfois, les régions n'appliquent pas nécessairement des services qui sont d'un bon rendement coût-efficacité, et il y a probablement d'autres manières d'assurer la prestation des mêmes services, soit par des initiatives du consommateur, soit par le secteur à but non lucratif.

Cela m'amène au rôle du tiers secteur. J'ai été tout à fait troublé par le rapport dans lequel il était question de la nécessité de contrôler ce secteur. J'en reviens aux observations de Bev sur le conflit entre les éléments dans ce secteur. Nous avons peut-être des programmes semblables, mais on offre au moins le choix aux gens. Je dirais que bon nombre des principales percées dans la manière d'offrir les services aux personnes qui ont une maladie mentale sont venues du secteur non gouvernemental. Nous avons dans ce secteur la capacité de faire des choses que le secteur officiel est souvent incapable de faire à cause de la lourdeur de la bureaucratie. Beaucoup de programmes de gestion des cas ont d'abord été mis en place dans le cadre du modèle à but non lucratif : l'emploi de transition; à Vancouver, le modèle Car 87; la Portland Hotel Society, qui est un programme novateur pour rejoindre les personnes difficiles à loger; et bien sûr les programmes de logements subventionnés de la Coast Foundation. Ces services ont maintenant été adoptés par le système officiel et je pense donc que vous devez vous tourner vers le secteur à but non lucratif comme partenaire potentiel du gouvernement pour la prestation des services. Premièrement, cela peut être d'un très bon rendement. Nous faisons participer la collectivité à nos organisations. Nous

and that is important. In B.C. the non-profit sector is smaller today than it was 10 years ago, and I think that is a problem. I am not sure if it is the same across Canada.

The other important aspect in a client-driven system is that clients and families often have a strong voice, often sit on boards. One-third of Coast's board members are clients of the organization. Family members sitting on a board give direction on what are the priorities. Those are all significant elements that should be fostered in a new system of support for people with mental illness.

I mentioned cost-effective services. We often use non-professionals to perform roles where the health authorities will use professionals. It does not mean that we perform roles less capably than the formal system, but we use different staff with different skills and capacities. We often use peer counsellors. We can often deliver a quality service at a far lesser price than trying to find a very scarce RN to provide it.

Speaking of individuals with complex needs, homelessness in Vancouver has doubled in the last two years. These are Lower Mainland statistics. The numbers of people on the streets or in shelters has doubled in only two years. Something is responsible for that failure. When you cut off the housing supply for 10 years, it is no surprise that there are people living on the streets. That is part of it. However, I also think that those people have more complex problems**:** issues of addiction, of complex, unmet health needs, of TB, of HIV/AIDS, hepatitis C, just the poor lifestyle of people living on the streets. To be honest, people develop an adaptive way of living a tough, rough life. However, it does not help when they want to enter hotels or work in the business community and get back into society. The path back from homelessness is very difficult.

Rather than reinvent the wheel, there is an excellent report that talks about all the elements of homelessness developed by the Substance Abuse and Mental Health Administration in the United States. It contains a comprehensive listing on pages 7 and 8 that speaks to the elements of a system to help people come back from homelessness. I have spoken of many of them. It is certainly addressed in your report. There will not be one fix. Frankly, if it has taken 10 years for it to get this bad, it will take 10 years or longer to fix it. It is something that we have to be ready to pursue for a long time.

I would like to speak to the human resource issues. There are issues of scarce professionals and certainly all the major professions in B.C. that I know of, nursing, social work, occupational therapy, psychiatrists, are in severe shortage, and that will only get worse. All they are trying to do is stem the tide

avons des conseils d'administration bénévoles. Nous faisons des campagnes pour amasser de l'argent. Quand on amasse de l'argent, on recueille du même coup des appuis pour la cause, une compréhension de la cause, et c'est important. En Colombie-Britannique, le secteur à but non lucratif est plus petit aujourd'hui qu'il y a dix ans et je crois que c'est un problème. Je ne suis pas sûr que ce soit la même situation partout au Canada.

L'autre aspect important dans un système axé sur le client, c'est que les clients et les familles ont souvent voix au chapitre, et siègent même souvent aux conseils. Un tiers des membres du conseil de notre organisation sont des clients. Les membres de la famille qui siègent aux conseils donnent une orientation pour l'établissement des priorités. Ce sont tous des éléments importants qui doivent être favorisés dans un nouveau système de soutien pour les personnes ayant une maladie mentale.

J'ai parlé de services d'un bon rapport coût-efficacité. Nous faisons souvent appel à des non-professionnels pour assumer des rôles que les autorités de la santé confient à des professionnels. Cela ne veut pas dire que ces rôles sont accomplis de manière moins compétente que dans le système officiel, mais nous faisons appel à du personnel différent qui possède des aptitudes et capacités différentes. Souvent, nous demandons à des pairs d'offrir du counselling. Nous pouvons souvent offrir un service de qualité à un prix très inférieur, au lieu d'essayer de trouver une infirmière accréditée puisqu'elles se font très rares.

Au sujet des personnes qui ont des besoins complexes, le nombre de sans-abri à Vancouver a doublé depuis deux ans. Ce sont les statistiques pour le Grand Vancouver. Le nombre de personnes dans la rue ou dans les refuges a doublé en seulement deux ans. Cet échec s'explique par diverses raisons. Quand on bloque l'offre de logements pendant dix ans, il n'est pas étonnant que les gens se retrouvent dans la rue. C'est un élément. Toutefois, je crois aussi que ces gens-là ont des problèmes plus complexes. Une problématique de toxicomanie, besoins en santé non remplis, tuberculose, VIH/sida, hépatite C, et simplement le mode de vie malsain des gens qui sont dans la rue. Je dois dire que les gens réussissent à s'adapter et à survivre à la dure. Cependant, cela ne les aide pas quand ils veulent entrer dans les refuges ou travailler et se réinsérer dans la société. La voie de sortie de l'itinérance est pleine d'embûches.

Au lieu de réinventer la roue, il y a un excellent rapport qui traite de tous les éléments de l'itinérance, rédigé par la Substance Abuse and Mental Health Administration des États-Unis. On y trouve une liste complète aux pages 7 et 8 de tous les éléments d'un système susceptible d'aider les gens à sortir de cette situation. J'en ai abordé plusieurs. Il en est certainement question dans votre rapport. Il n'existe pas une seule solution. Franchement, s'il a fallu dix ans pour créer un problème aussi grave, il faudra au moins dix ans pour le régler. Nous devons être prêts à livrer une longue lutte.

Je voudrais maintenant vous parler des ressources humaines. Il y a un problème de rareté des professionnels. Il est certain qu'il y a une grave pénurie dans toutes les principales professions en Colombie-Britannique : sciences infirmières, travail social, thérapie occupationnelle, psychiatrie, et la situation ne va pas

of a situation that is getting worse. Part of the problem is that half the nurses are over 50, so in the next five to ten years in B.C., that huge number of expert people in the care system will be gone. I think it is wrong to design a mental health system that relies extensively on the skills of those scarce professionals. The system needs to be looking at using those people in leadership and case management roles that oversee skilled rehab professionals. There are accrediting bodies and other ways of making sure that the quality is maintained, but you can find a supply of capable people who are either consumers or staff from the college system to fill important roles as long as they are supervised, where necessary, by the appropriate professionals and probably reduce the need for that level of professional in the PSR or the rehabilitation facilities by a 5:1 ratio.

Finally, to the role of the Government of Canada: First, I think the primary role is to provide leadership, and what you are doing today and have done in your reports does that. You set the stage. You start the conversations rolling. However, I think it needs more than that. I agree with the recommendation for a comprehensive national action plan. I think it needs to be a multi-year plan. It needs to be longer term because these are not simple, one-off questions. Unfortunately, as governments come and go and people change, momentum is lost. In B.C. in the last 15 years we have had two mental health plans and a couple of sub-plans. All started with great fanfare and are now gone. They lost momentum right away. There has to be a way of maintaining that focus and momentum among the Canadian public to move it forward, otherwise it will fail. Frankly, it will fail.

One of the things you can do is provide resources, specific funding, for innovative solutions. You can fund research, particularly transformational research, the practical research that put services on the ground and makes a difference in the lives of people with mental illness. There is a lot of research into brain and biochemical activities. The drug companies are doing a lot of that because that is their bread and butter. However, there is not as much happening to transform good theory into practice and make sure that with whatever scarce dollars we have, we are using the best practices possible.

I think you can do a lot by reviewing what programs you currently deliver that affect people with mental illness and make them more rational and less in conflict with other parts of the system. I know, for example, CPP disability is a difficult issue. Right now in B.C., people on disability benefits must apply for CPP disability and so the payments are shared. It ends up being

s'améliorer. Tout ce qu'on peut faire, c'est d'essayer d'empêcher la situation d'empirer. Le problème est que la moitié des infirmières ont plus de 50 ans, de sorte que d'ici cinq à dix ans en Colombie-Britannique, un très grand nombre de personnes ayant acquis une expertise dans le système de soins de santé seront parties. Je trouve que c'est mauvais de concevoir un système de santé mentale qui dépend en grande partie des compétences de ces rares professionnels. Le système doit faire appel à ces gens-là dans des rôles de meneurs et de gestion des cas, pour superviser des professionnels de la réadaptation. Il y a des organismes d'accréditation et d'autres manières de s'assurer que la qualité soit maintenue, mais il est possible de trouver des gens capables qui sont soit des consommateurs, soit du personnel du réseau collégial, pour remplir ces rôles importants, pourvu qu'ils soient supervisés, au besoin, par des professionnels compétents, ce qui permettrait probablement de réduire le besoin de professionnels de réadaptation psychosociale ou dans les établissements de rétablissement dans un rapport de cinq à un.

Enfin, le rôle du gouvernement du Canada : premièrement, je pense que le rôle premier est d'assurer le leadership et ce que vous faites aujourd'hui et ce que vous avez fait dans vos rapports correspond justement à ce rôle. Vous établissez les paramètres, vous amorcez la conversation. Cependant, je trouve qu'il faut faire plus que cela. Je suis d'accord avec la recommandation d'un plan d'action national complet. Je pense que le plan doit être pluriannuel. Il faut qu'il soit axé sur le long terme parce que ce ne sont pas des questions ponctuelles et simples. Malheureusement, les gouvernements vont et viennent et les responsables changent et l'élan se perd. En Colombie-Britannique, au cours des 15 dernières années, nous avons eu deux régimes de santé mentale et deux ou trois sous-plans. Tout a commencé en fanfare, mais c'est maintenant disparu. L'élan a été perdu peu après le départ. Il doit y avoir un moyen de maintenir l'élan parmi la population canadienne pour faire progresser le dossier, autrement ce sera un échec. Franchement, ce sera un échec.

Une chose que vous pouvez faire, c'est de fournir les ressources, du financement spécifique pour des solutions novatrices. Vous pouvez financer la recherche, en particulier la recherche transformationnelle, la recherche sur le plan pratique permettant d'offrir des services sur le terrain et de faire une différence dans la vie des personnes ayant une maladie mentale. Il se fait beaucoup de recherches sur le cerveau et l'activité biochimique. Les compagnies pharmaceutiques en font beaucoup parce que c'est leur gagne-pain. Cependant, il ne se passe pas grand-chose pour ce qui est de transformer de bonnes théories en pratiques et de s'assurer que les maigres fonds que nous avons soient utilisés pour mettre en oeuvre les meilleures pratiques possibles.

Je pense que vous pouvez faire beaucoup en examinant les programmes que vous administrez actuellement et qui touchent les personnes ayant une maladie mentale et en les rationalisant pour qu'il y ait moins de conflits avec d'autres éléments du système. Je sais par exemple que le régime d'invalidité du RPC est un dossier difficile. Actuellement, en Colombie-Britannique, les

very difficult for the person with the disability to figure out. They have to handle the federal masters as well as the provincial masters and it becomes very complex.

As well, I think you need to raise the issue of homelessness and housing and put forward a separate initiative to target that specifically. If you monitor the status of mental health among Canadians, add many more measures of it, as you posit in your report, look at symptoms, indicators of health — that will be homelessness and others — and set targets, as we all must, we can move forward. Thank you for the time and good luck.

The Chairman: Darrell, since yours was the last presentation, I have it right in front of me. I will ask you a couple of questions on it. Intuitively, I agree with your statement that it is far easier to prevent homelessness than to provide solutions to it. Has anybody ever done any data analysis on that? A fellow who was here earlier this morning said that a nine-year longitudinal study had been done, I believe he said in New York City, which showed the cost of homelessness. It was substantially more expensive than dealing with supported housing and that kind of program. Have there been any Canadian data collected at all?

Mr. Burnham: There is very little research in the community on homelessness.

Mr. Carten: I think the Mental Patients Association of Vancouver did a study showing that the housing they provided prevented the hospitalization of people, and therefore reduced overall costs in the health care system. Mental Patients Association of Vancouver has been in existence for about 30 years.

The Chairman: If by any chance any of you can find that report, could you send it to us?

Mr. Burnham: There are examples of that. There is the MPA report and the Vancouver Mental Health has done another one on civil housing, supported independent-living housing.

The Chairman: However, the bean counters do not like intuition, so to the extent that you can give me hard data, it helps.

Mr. Burnham: Sure.

The Chairman: You talked about psychosocial rehabilitation. Frankly, I did not even know there was such an association. You talk about their philosophy and so on. You do not need to give it to us right now, but can you give us a reference?

Mr. Burnham: There is a website. Psrrpscanada.ca, I think is the reference for the Canadian association. There is an organization in the United States called the USPRA — uspra.org — United States

gens qui touchent des prestations d'invalidité doivent demander les prestations du RPC et les paiements sont donc partagés. En fin de compte, c'est très difficile à comprendre pour la personne invalide. Il faut s'adresser aux autorités fédérales aussi bien qu'aux autorités provinciales et tout devient très complexe.

De plus, je pense que vous devez vous attaquer à la question des sans-abri et du logement et mettre sur pied une initiative séparée pour cibler ce problème spécifique. Puisque vous faites un contrôle de l'état de la santé mentale parmi les Canadiens, ajoutez de nombreux éléments de mesure à ce contrôle, comme vous le suggérez dans votre rapport, examinez les symptômes, les indicateurs de la santé — qui débouchent sur l'itinérance et autres problèmes — et fixez des objectifs, car nous devons tous nous mettre en branle et progresser. Je vous remercie pour votre temps et je vous souhaite bonne chance.

Le président : Darrell, comme vous avez été le dernier à prendre la parole, j'ai le texte de votre mémoire sous les yeux. Je vais vous poser deux ou trois questions à ce sujet. Intuitivement, je suis d'accord quand vous dites qu'il est beaucoup plus facile d'empêcher quelqu'un de devenir un sans-abri que de trouver des solutions après coup. Quelqu'un a-t-il fait une analyse des données là-dessus? Un intervenant qui a témoigné ce matin a dit qu'on a fait à New York, je crois, une étude longitudinale de neuf ans sur le coût du phénomène des sans-abri. Cela coûte sensiblement plus cher que les logements subventionnés et autres programmes. A-t-on des données au Canada?

M. Burnham : Il se fait très peu de recherche sur les sans-abri.

M. Carten : Je pense que l'Association des patients de santé mentale de Vancouver a fait une étude qui montre que le logement qu'ils ont fourni a empêché l'hospitalisation de certaines personnes et a donc réduit le coût global des soins de santé. Cette association existe depuis une trentaine d'années.

Le président : Si par hasard l'un ou l'autre d'entre vous peut mettre la main sur ce rapport, pourriez-vous nous le faire parvenir?

M. Burnham : Il y en a des exemples. Il y a le rapport qu'on vient de mentionner et l'Association pour la santé mentale de Vancouver a fait un autre rapport sur le logement social, le logement subventionné permettant une vie autonome.

Le président : Cependant, les comptables n'aiment pas les intuitions, de sorte que toute donnée solide que vous pourriez me donner serait utile.

M. Burnham : Absolument.

Le président : Vous avez parlé de réadaptation psychosociale. Franchement, je ne savais même pas qu'il existait une telle association. Vous parlez de leur philosophie et de tout le reste. Vous n'avez pas besoin de le faire tout de suite, mais pourriez-vous nous donner une référence?

M. Burnham : Il y a un site Web. Je crois que l'adresse de l'association canadienne est Psrrpscanada.ca. Il y a une organisation aux États-Unis qui s'appelle USPRA — l'adresse

Psychiatric Rehabilitation Association. Then there is also the World Association of Psychosocial Rehabilitation. Those three are very important organizations. It is a philosophy that is known in the field, but I do not think it is as well known to the formal health authorities. They practise bits of it but do not know it.

The Chairman: You are the first person to mention it to us. That tells you something.

I want to make sure I understand your concept of "brokered," because I think we have used a different term. You mean that there ought to be within a regional health authority a subunit of some kind, a division, whatever you want to call it, whose job it is to purchase but not deliver health services; correct?

Mr. Burnham: I think they are actually in a conflict of interest when they deliver them through their own mechanisms. Even if they just purchase services from other departments of the health authority, it is better that way and they will make some choices. They can have performance standards and can look at where they want to go.

The Chairman: We have used a different word and have been pilloried for it, but that does not matter. That is precisely the model that we advocated for regional health authorities purchasing services. When we first proposed it, we talked about cataract removal, hip replacements and that kind of thing. That is what I thought you meant by "brokered."

Mr. Burnham: If I could just follow up on that, sometimes people see contracting with a non-profit as privatization and it raises all kinds of alarms.

The Chairman: Some of us would have loved to have you following us around when we were being attacked by the left. The committee, in our report of two years ago, was 100 per cent behind what you just said.

Ron, I know you said you have a draft position paper on discrimination against the mentally ill in the Representation Agreement Act of B.C.

Mr. Carten: That is correct.

The Chairman: Is there any chance you could send that to us? I understand it is a draft and we are not holding you to it. However, it would give us a flavour of what the problems are.

Mr. Carten: Okay.

The Chairman: Bev, you talked about how you got organizations in the northern interior to form a co-op. In the previous paragraph you talked about incentives. What were the incentives you used to get these various NGOs to work together, or is it just that you had the right personalities? There are so many interesting initiatives going on in the mental health field across this country, and when you probe, it turns out that a huge part of

est uspra.org —, c'est-à-dire la United States Psychiatric Rehabilitation Association. Il y a aussi la World Association of Psychosocial Rehabilitation. Ce sont trois organisations très importantes. C'est une philosophie qui est bien connue dans le domaine, mais je ne crois pas qu'elle soit aussi bien connue des autorités de la santé. Elles en mettent en pratique certains éléments, mais ne la connaissent pas vraiment.

Le président : Vous êtes la première personne à nous en parler. Cela vous en dit long.

Je veux m'assurer de bien comprendre votre concept de « courtier », parce que je pense que nous avons employé un terme différent. Vous voulez dire qu'il devrait y avoir dans les régies régionales de la santé une unité quelconque, une division, peu importe le nom qu'on lui donne, dont la tâche serait d'acheter des services de santé et non de les mettre en oeuvre; c'est bien cela?

M. Burnham : Je pense que les régies sont en fait en conflit d'intérêts lorsqu'elles dispensent les services au moyen de leurs propres mécanismes. Même si elles ne font qu'acheter des services d'autres départements des autorités de la santé, c'est déjà mieux et l'on pourra faire des choix. On peut établir des critères de performance et voir ce que l'on veut faire.

Le président : Nous avons utilisé un mot différent et nous sommes fait vertement critiquer pour cela, mais peu importe. C'est précisément le modèle que nous avons préconisé pour les régies régionales de la santé qui achèteraient des services. Quand nous l'avons d'abord proposé, c'était pour les opérations de la cataracte, les remplacements de hanches et autres choses du genre. C'est ce que je pensais que vous vouliez dire par « courtier ».

M. Burnham : Je voudrais ajouter que les gens considèrent parfois que l'octroi de contrats au secteur à but non lucratif est une forme de privatisation, et cela soulève une foule d'inquiétudes.

Le président : Certains d'entre nous auraient bien aimé que vous nous suiviez quand nous étions attaqués par la gauche. Dans notre rapport d'il y a deux ans, le comité appuyait à 100 p. 100 ce que vous venez de dire.

Ron, je sais que vous avez dit que vous avez une ébauche d'énoncé de position sur la discrimination contre les malades mentaux aux termes de la Representation Agreement Act de Colombie-Britannique.

M. Carten : C'est exact.

Le président : Vous serait-il possible de nous l'envoyer? Je comprends que ce n'est qu'une ébauche et vous n'y êtes nullement obligé. Cela nous donnerait toutefois une idée de l'ampleur des problèmes.

M. Carten : D'accord.

Le président : Bev, vous avez dit que vous avez amené les organisations du nord de la province à former une coopérative. Dans le paragraphe précédent, vous parliez d'encouragements. Quels encouragements avez-vous utilisés pour amener ces diverses ONG à travailler ensemble, ou bien est-ce seulement que vous aviez les personnalités qu'il fallait? Il y a beaucoup d'initiatives intéressantes dans le domaine de la santé mentale un peu partout

it depends on the personalities of the individuals who happen to be there. I am trying to find out whether we can learn something systemic from you or whether it was once again a unique person.

Ms. Gutray: I think the systemic response was the fact that all of the non-profits were subject to their contracts being changed by the funder. A majority of the organizations I am talking about received substantial funding from our provincial ministry of health or its counterparts.

The Chairman: Funding to deliver services.

Ms. Gutray: To deliver services — or through the Ministry of Child and Family Development. There were some major changes going on about "We want to collapse contracts. We are not sure we want to contract with agency A. Maybe we will take agency A, B and C services and give them to agency D." I think this is where personality does come into play. There was certainly one leader within that group who wanted to take control of the response. The way of taking control was to say "We can get you administrative efficiencies and we can deliver high-quality services."

The Chairman: So the incentive was fear of being beaten up by government?

Ms. Gutray: Yes.

The Chairman: It may be a negative incentive, but it certainly is an incentive.

Ms. Gutray: However, I just want to speak about other positive aspects, because that experience has been so positive now they are working together in Williams Lake. It looks as if Williams Lake will be the co-op city of B.C. They are now working in the area of housing. There are several independent housing agencies, and they are coming together on purchasing services, whether that is for elevators or lawns, et cetera. From that people begin to understand where their relative expertise is versus having to be an expert in everything. I think that is the huge benefit.

Senator Cordy: How did you get that cooperative grouping and everybody working together, which is a wonderful model? How did people let go of the ownership of their own organization? Everybody's goal is the same, but human nature being what it is, people tend not to want to let go of the ownership of their particular organization.

Ms. Gutray: No. We are all the same in the end. I want to just say this is not a credit to me. It is a credit to the leaders of our association in Williams Lake, who actually made that happen. When I look at it as an outsider, what makes this model so attractive is there is no inherent competition amongst the organizations. They have a no competition clause. When a

au Canada et, quand on fait enquête, on se rend compte que c'est en grande partie attribuable à la personnalité des gens qui se trouvent à en être responsables. Je me demande si nous pouvons apprendre quelque chose de systémique en étudiant votre système, ou bien si c'était encore une fois une personne en particulier.

Mme Gutray : Je pense que la réponse systémique, c'était le fait que tous les organismes à but non lucratif étaient menacés de voir leurs contrats modifiés par l'organisme qui accordait les fonds. La majorité des organisations que je connais recevaient aussi des fonds considérables de notre ministère provincial de la Santé ou de ses homologues.

Le président : Les fonds pour fournir les services.

Mme Gutray : Pour fournir les services, ou bien par l'intermédiaire du ministère de l'Enfance et de la Famille. Des changements importants avaient lieu. Les responsables disaient : « Nous voulons fusionner les contrats. Nous ne sommes pas certains de vouloir accorder un contrat à l'agence A. Peut-être prendrons-nous les services assurés par les agences A, B et C pour les confier à l'agence D. » Je pense que c'est là que les personnalités entrent en jeu. Il est certain qu'il y avait dans ce groupe un leader qui voulait organiser la réponse. La façon de le faire, c'était de dire : « Nous pouvons réaliser des gains d'efficience administratifs tout en assurant des services de très grande qualité. »

Le président : L'encouragement, c'était donc la peur de se faire couper les vivres par le gouvernement?

Mme Gutray : Oui.

Le président : C'est peut-être un encouragement négatif, mais c'est certainement un encouragement.

Mme Gutray : Cependant, je voudrais vous parler des aspects positifs, parce que l'expérience a été tellement positive qu'ils travaillent maintenant tous ensemble à Williams Lake. On dirait bien que Williams Lake deviendra la capitale coopérative de la Colombie-Britannique. Ils travaillent maintenant dans le domaine du logement. Il y a plusieurs organismes de logements indépendants qui s'unissent maintenant pour acheter des services, que ce soit pour les ascenseurs ou l'entretien des pelouses, et cetera. Les gens commencent à comprendre où se situe leur expertise relative, et se rendent compte qu'ils n'ont plus besoin d'être experts en tout. Je trouve que c'est un énorme avantage.

Le sénateur Cordy : Comment avez-vous réalisé ce regroupement de coopératives et amené tout le monde à travailler ensemble, pour donner ce modèle magnifique? Comment les gens ont-ils renoncé à diriger leur propre organisation? Tous ont le même objectif, mais la nature humaine étant ce qu'elle est, les gens ont tendance à vouloir s'accrocher à la direction de leur organisation particulière.

Mme Gutray : Non. Nous sommes tous pareils en fin de compte. Je tiens à dire que ce n'est pas à moi qu'en revient le mérite, mais bien aux dirigeants de notre association à Williams Lake, qui ont présidé à ce changement. Quand je regarde cela de l'extérieur, ce qui rend ce modèle si attrayant, c'est qu'il n'y a pas de concurrence inhérente entre les organisations. Elles ont une

government contract becomes available, let us say, to deliver employment services, they decide as a group who has the expertise to respond to that RFP. One agency will be the lead and maybe will subcontract with another, but they have a management table at which they decide those things. Also, they are not all from the same sector. In mental health it might be much more complicated, but when I am talking about Williams Lake, I am talking about the Association for Community Living, the Child Development Centre, the Boys and Girls Club, the Canadian Mental Health Association and maybe two others that I cannot quite recall at this moment. That is the strength. There is diversity in the organizations that adds to that team building, versus "If agency A gets the contract, that will take away from me." I think that is why they have had such success. People are knocking on their door. They are doing community-based research. They have staff exchanges. If a position becomes available in one agency, they can pull staff in from another agency. I think it is an extremely promising model and it does not mean losing your organizational identity. I am very excited by it.

The Chairman: Tell me is there an incentive other than fear of government? I do not mind using fear of government as an incentive. I would like to find a nicer one, but I am not averse to it.

Ms. Gutray: To be clear, it started as controlling your destiny. I would say that for the non-profit sector it is controlling your agenda. However, the success of the group is so profound that it keeps people motivated. Success was being able to serve a variety of people who come in the front door, knowing that there is a multitude of agencies. We all know this from mental health facts. We do not often come asking for help and only need one door. Sometimes we need two or three doors. That has worked very well. Now it is pride in the success of what they are doing that is the motivation.

Senator Callbeck: Do all the local NGOs belong to this co-op?

Ms. Gutray: It is those that wanted to come together.

Senator Callbeck: Right, but some have chosen to stay outside.

Ms. Gutray: It was an initial group of five or six non-profits. I am not sure how the co-op will address issues of other agencies wanting to join or agencies wanting to leave. At this point, they are in a very healthy development phase.

Senator Callbeck: When did this start?

MS. Gutray: I may not be correct, but I think it is two years old.

The Chairman: If it is working so well, is it being copied elsewhere?

clause de non-rivalité. Quand un contrat gouvernemental devient disponible, disons pour offrir des services d'emploi, les membres du groupe se réunissent et décident qui a l'expertise voulue pour répondre à cette demande de propositions. Une organisation prend la tête et peut ensuite donner un sous-contrat à une autre, mais il y a un organe de direction qui décide tout cela. Par ailleurs, ils ne sont pas tous dans le même secteur. Dans la santé mentale, cela peut être beaucoup plus compliqué, mais quand je parle de Williams Lake, il y a là-bas l'Association pour la vie communautaire, le Centre de développement de l'enfant, le Boys and Girls Club, l'Association canadienne pour la santé mentale et peut-être deux autres dont je ne me rappelle pas le nom. C'est leur force. C'est la diversité des organisations qui ajoute à la force de l'équipe, par opposition à « si l'agence A obtient le contrat, elle va me l'enlever ». Je pense que c'est ce qui explique notre succès. Les gens frappent à leur porte. Ils font de la recherche communautaire. Ils font des échanges de personnel. Si un poste devient disponible dans une agence, ils peuvent le combler à même l'effectif d'une autre agence. Je trouve que c'est un modèle extrêmement prometteur qui n'entraîne pas la perte d'identité de l'organisation. Je trouve cela passionnant.

Le président : Dites-moi, y a-t-il un encouragement autre que la crainte du gouvernement? Je n'ai pas d'objection à me servir de la crainte du gouvernement comme incitatif. J'aimerais trouver quelque chose de mieux, mais je ne suis pas contre.

Mme Gutray : Pour être claire, au départ, il s'agissait de prendre en main son propre destin. Je dirais que pour le secteur à but non lucratif, le but est d'établir son propre programme. Cependant, le succès du groupe est tellement éclatant que cela motive les gens. Le succès a permis de servir une variété de gens qui viennent frapper à la porte, en sachant qu'il y a une foule d'agences. Nous le savons tous parce que nous connaissons le secteur de la santé mentale. Il est rare, quand on a besoin d'aide, que l'on doive frapper à une seule porte. Il faut parfois frapper à deux ou trois portes. Cela a très bien fonctionné. Maintenant, la motivation tient à la fierté face au succès de leur entreprise.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que toutes les ONG locales appartiennent à cette coopérative?

Mme Gutray : Toutes celles qui voulaient se regrouper.

Le sénateur Callbeck : Oui, mais certaines ont choisi de rester à l'écart.

Mme Gutray : Initialement, c'était un groupe de cinq ou six organismes à but non lucratif. Je ne sais pas comment la coopérative réagira si d'autres organismes veulent s'y joindre ou si certains veulent partir. Pour l'instant, la coop est en plein essor.

Le sénateur Callbeck : Quand cela a-t-il commencé?

Mme Gutray : Je me trompe peut-être, mais je pense que cela date de deux ans.

Le président : Si ça marche si bien, est-ce qu'on copie ce modèle ailleurs?

Ms. Gutray: I hope that we can copy it elsewhere. We certainly promote it. At B.C. division we promote it as a model to other branches, other communities. Our own model at a provincial level is the work that we have done through B.C. Partners for Mental Health and Addictions Information.

The Chairman: However, from what you said earlier, it seems to me that if it is to work in Victoria, in Kelowna, wherever, you will have to have the right person on the ground to pull it off.

Ms. Gutray: That is true of everything, right? It is true in business. It is true in the non-profit sector. Somebody has to have the vision and be able to communicate it for the benefit of all, and I think we certainly have those elements.

The Chairman: That is exactly what has made this study so tough for all of us, because unfortunately, we cannot figure out how to legislate that.

Senator Cook: Just to continue with the current topic, change is inevitable and in this society we have to work by consensus, but I feel a certain amount of vulnerability here. I am part of a little group that looks after a social centre. We resisted the clubhouse concept for the same reason. We felt that if we gathered a group of us — and money is essential to everything that we do — that government would see it as opting out and our funding would be cut. Five or six agencies get A, B and C funding. If you come together as a group, you are in danger of jeopardizing that. Is that a reality? You have the vision, the drive and the concern, whereas, dare I say, government can be impersonal and look after budgets and balance sheets. Do you see that as a dark side?

Ms. Gutray: What I can report to date is that is not how it has been working. Any savings on the administrative side are from coming together and they have been able to convince their funders to invest in responding to new needs in their community. It may be too early to be sure, but there is no dissatisfaction reported at this time. That may be because it is very early in its development.

Senator Cook: Well, it is certainly a good news story, and if we are to embrace change that is the way to go, because as in everything, there is strength in numbers, and if the core group is together, then you are a formidable force.

Ms. Gutray: That is right.

Senator Cook: Susan, you talk about the need for a national action plan, and along with that you call for a women's mental health strategy. I am just wondering if it is not possible to develop a national mental health strategy that would be inclusive of the communities that you mention here other than women, because I believe that at the end of the day unless we can say "There is a place for you," we will have failed. I look for you to think about

Mme Gutray : J'espère qu'on va le copier ailleurs. Chose certaine, nous en faisons la promotion. À la division de Colombie-Britannique, nous présentons cela comme un modèle pour d'autres directions, d'autres collectivités. Notre propre modèle au niveau provincial découle des travaux que nous avons faits à l'organisme B.C. Partners for Mental Health and Addictions Information.

Le président : Cependant, d'après ce que vous avez dit tout à l'heure, il m'apparaît que pour que cela fonctionne à Victoria, à Kelowna, où que ce soit, il vous faudra la bonne personne sur place pour réussir.

Mme Gutray : C'est vrai dans n'importe quel domaine, n'est-ce pas? C'est vrai dans les affaires, c'est vrai dans le secteur à but non lucratif. Quelqu'un doit avoir la vision et doit pouvoir la communiquer à l'avantage de tous, et je pense que nous avons assurément les éléments voulus.

Le président : C'est exactement ce qui a rendu cette étude si difficile pour nous tous, parce que, malheureusement, nous n'arrivons pas à déterminer comment légiférer cela.

Le sénateur Cook : Pour poursuivre dans la même veine, le changement est inévitable et dans notre société, nous devrons travailler par consensus, mais je sens une certaine vulnérabilité. Je fais partie d'un petit groupe qui s'occupe d'un centre social. Nous avons résisté au concept du regroupement pour la même raison. Nous avions l'impression que si nous nous regroupions, le gouvernement considérerait cela comme un retrait de notre part et nous couperait les fonds; or l'argent est essentiel dans tout ce que nous faisons. Cinq ou six organismes obtiennent du financement chacun de leur côté; en formant un seul groupe, on met en péril la source de financement. Est-ce une réalité? Vous avez la vision, l'énergie et les préoccupations, tandis que, si j'ose dire, le gouvernement peut être impersonnel et s'occuper seulement des budgets et des bilans. Entrevoyez-vous cette menace?

Mme Gutray : Je peux signaler que, jusqu'à maintenant, ce n'est pas ce qui s'est passé. Ils ont été en mesure de convaincre les autorités qui les financent d'investir toutes les économies réalisées au chapitre administratif à la suite du regroupement pour répondre à de nouveaux besoins de leur collectivité. Il est peut-être trop tôt pour en être certain, mais il n'y a aucun mécontentement à ce jour. C'est peut-être parce que c'est encore tout nouveau.

Le sénateur Cook : Eh bien, c'est assurément une bonne nouvelle et si nous voulons des changements, c'est un modèle à suivre parce que l'union fait la force et si le noyau de base est solide, vous avez une force formidable.

Mme Gutray : En effet.

Le sénateur Cook : Susan, vous parlez du besoin d'un plan d'action national et vous réclamez du même souffle une stratégie pour la santé mentale des femmes. Je me demande seulement s'il n'est pas possible d'élaborer une stratégie nationale de la santé mentale qui engloberait toutes les clientèles que vous mentionnez sauf les femmes, parce que je crois qu'en fin de compte, à moins que nous puissions dire « il y a de la place pour vous », nous

the populations that we are looking at, whether it is possible to write a comprehensive plan that will address the needs of everyone, and maybe women's mental health would be included in it.

Ms. Friday: I remember back in late December when I had my first opportunity to study the report issued in November 2004. I was going through Chapter 5 that deals with prevalence and costs. In looking at specific population groups across the country, I noticed that there was mention of Aboriginal groups and some others. For example, I believe that seniors, veterans and inmates were mentioned. However, I noticed that there was no specific mention of gay, lesbian, bisexual and transgender communities, although the reality is that these groups suffer from higher rates of prevalence of disorders and substance abuse than the general population. That observation led me, in part, to formulate my presentation down the road.

Looking at a national action plan, I believe it is necessary, in conjunction with forming a national policy framework, to have a national database on rates of prevalence, in that if I understand correctly, the current economic burden on Canada is enormous. What is it, some $15 billion per year? That is a lot of money. That is a huge cost. I would say, quite simply, spending more money on promotion and prevention and perhaps not so much on the drug culture, the pharmaceuticals, would be a healthier way to go in the long term. I hope I have answered your question sufficiently. If not, please do not hesitate to let me know.

Senator Cook: I want to thank you for flagging that. You are obviously responding to something that we already have out there for consultation purposes and we just make sure there are no gaps left in the system.

Ms. Friday: Thank you.

Senator Cook: You have all mentioned in some way a mental health charter of rights. Well, I am a very simple person. At the moment we have the Charter of Rights and Freedoms. Depending on what province you live in, you have mental health legislation of some kind. Today we are out trying to put together, with the patience of Job and the Wisdom of Solomon, a national mental health strategy. Is it not possible to bring those elements contained in those other areas together so that it is practical, so that we can understand it, so there are no grey areas? I think that is the goal, and that is the information that we are looking for to put that together so we do not have to go to three or four places; you can say there is a place for you. The challenge is how to do that for 10 provinces and 3 territories. Do you see this as a realistic goal and can you help us get there?

Mr. Burnham: It was not my recommendation, but I will respond. I do not know if that means anything. There are some equivalents in the United States, the Americans with Disabilities Act and the Fair Housing Act. Both are important pieces of legislation that enshrine special rights for persons with disabilities to allow them to fully participate as citizens. The Fair Housing

aurons échoué. J'attends de vous que vous teniez compte de toutes les populations afin de voir s'il est possible de rédiger un plan complet qui répondra aux besoins de tous et peut-être que la santé des femmes pourrait y être incluse.

Mme Friday : Je me rappelle qu'à la fin de décembre, j'ai eu pour la première fois l'occasion de prendre connaissance du rapport publié en novembre 2004. Je consultais le chapitre 5 qui traite de la prévalence et des coûts. En examinant les groupes de population particuliers d'un bout à l'autre du pays, j'ai remarqué qu'il était fait mention des Autochtones et d'autres groupes. Par exemple, je crois que les personnes âgées, les anciens combattants et les détenus étaient mentionnés. Toutefois, j'ai remarqué qu'il n'était nullement fait mention des gais, des lesbiennes, des bisexuels et des transgenres, quoique la réalité est que ces groupes souffrent de taux plus élevés de troubles et de toxicomanies que la population dans son ensemble. Cette observation a influencé la présentation que j'ai formulée par la suite.

Pour ce qui est d'un plan d'action national, je crois qu'il est nécessaire, en plus de constituer un cadre de politique nationale, d'avoir une base de données nationale sur les taux de prévalence, en ce sens que si je comprends bien, le fardeau économique actuel du Canada est énorme. Il se chiffre à quelque 15 milliards de dollars par année, n'est-ce pas? C'est beaucoup d'argent. C'est un coût énorme. Je dirais, très simplement, que de dépenser plus d'argent pour la promotion et la prévention et peut-être moins pour la culture de la médication, des produits pharmaceutiques, serait une manière plus saine de procéder à long terme. J'espère avoir répondu à votre question. Sinon, n'hésitez pas à me le dire.

Le sénateur Cook : Je vous remercie d'avoir signalé cela. Vous répondez manifestement à un appel que nous avons lancé à des fins de consultation et nous voulons simplement nous assurer qu'il n'y ait aucune faille dans le système.

Mme Friday : Merci.

Le sénateur Cook : Vous avez tous évoqué d'une manière ou d'une autre une charte des droits pour la santé mentale. Eh bien, je suis une personne très simple. À l'heure actuelle, nous avons la Charte des droits et libertés. Quelle que soit la province dans laquelle vous habitez, vous avez une législation quelconque pour la santé mentale. Aujourd'hui, nous essayons d'élaborer, avec la patience de Job et la sagesse de Salomon, une stratégie nationale de la santé mentale. N'est-il pas possible de rassembler tous les éléments présents dans les autres domaines pour que ce soit pratique, pour qu'on puisse bien comprendre, pour qu'il n'y ait pas de zones floues? Je crois que c'est l'objectif et c'est l'information que nous recherchons afin d'aboutir à cela, pour ne pas avoir à s'adresser à trois ou quatre endroits; vous pouvez dire qu'il y a une place pour vous. Le défi est de savoir comment le faire pour dix provinces et trois territoires. Trouvez-vous que c'est un objectif réaliste et pouvez-vous nous aider à l'atteindre?

M. Burnham : Ce n'était pas ma recommandation, mais je vais répondre. J'ignore si cela veut dire quelque chose. Il y en a des équivalents aux États-Unis, deux lois appelées Americans with Disabilities Act et Fair Housing Act. Ce sont deux lois importantes qui accordent des droits spéciaux aux personnes handicapées pour leur permettre de participer pleinement en tant

Act, for example, prohibits Nimbyism in terms of housing development; it is a sword that organizations can use to fend off NIMBY responses to housing activity. The Americans with Disabilities Act is a bit like our Human Rights Code and provides for accommodation for persons with disabilities and a lot of other elements.

Senator Cook: Did you want to respond too, Ron?

Mr. Carten: You mentioned bringing services of a type under one roof?

Senator Cook: No. I am saying that at the moment we have the Charter of Rights to give you your rights. Then you have provincial mental health legislation that takes care of you and gives you a certain piece of your rights. You are asking for a mental health charter of rights and we are advocating a national mental health strategy. I am just wondering if it is not possible to make it more seamless, if you like, so that we can have one aspect that takes care of the rights, because on the other end you have all the other parts to give it balance, like hospitals, counselling, medication, housing, poverty issues that seem to be converging on that one individual who wants to be a responsible member of society. That is my question.

Mr. Carten: I think the issue of a charter of rights might have been brought up because it was in the committee report as something the committee was interested in and you were wondering whether or not we were interested in promoting it. I think the charter of rights in that report was referring to rights to access. You have raised a large question, but the rights that I think of are to choice and personal autonomy. We can talk about a charter of rights for access to care, yes. In terms of protecting personal autonomy, it is actually the right to refuse to be cared for. The mental health legislation you mentioned accords rights and deals with caring for people. It actually more generally accords rights to the state or to psychiatrists in terms of what they can do to people. It does provide for an appeal tribunal, for example, for mental patients, and I have suggested there might be another appellate body beyond it.

One of the questions is who are the rights for? There are rights for the state over the person diagnosed with a mental illness, and there are rights that I am advocating people diagnosed with mental illness should have. Our Charter of Rights and Freedoms is the supreme law. It is good to have it there. It will always be there. It governs everything. It governs legislation. You say that you are talking about a national strategy and how these things fit into it. It is a difficult question, but I think one thing we can do is bring our mental health legislation, which purports to care for people and allots rights to the state and the patient, into line with the Constitution. As it stands now, psychiatrists are given a very wide discretion in interpreting criteria for detaining people, and it is a very difficult thing to deal with. You did not say you were talking about bringing all the elements under one roof, but I do

que citoyens. La Fair Housing Act, par exemple, interdit le rejet des projets de développement par des citoyens qui n'en veulent pas près de chez eux; c'est une épée que les organisations peuvent utiliser pour repousser les attaques de ce genre contre leurs activités dans le domaine du logement. La American with Disabilities Act est un peu comme notre Code des droits de la personne et stipule qu'il faut accorder des logements aux personnes handicapées et renferme beaucoup d'autres éléments.

Le sénateur Cook : Voulez-vous répondre à cela aussi, Ron?

M. Carten : Vous évoquez la possibilité de rassembler tous les services d'un même type sous un même toit?

Le sénateur Cook : Non. Je dis qu'à l'heure actuelle, nous avons la Charte des droits qui accorde des droits. Ensuite, il y a des lois provinciales sur la santé mentale qui garantissent des soins et donc certains droits. Vous demandez maintenant une charte des droits de la santé mentale et nous, nous préconisons une stratégie nationale de la santé mentale. Je me demandais seulement s'il ne serait pas possible de rassembler tout cela en un tout pour que tous les droits soient garantis par un seul instrument, parce qu'à l'autre bout, il y a d'autres éléments qui assurent l'équilibre, comme des hôpitaux, du counselling, les médicaments, le logement, la lutte à la pauvreté, et tout cela semble converger sur la même personne qui veut être un membre responsable de la société. Voilà ma question.

M. Carten : Je pense que la possibilité d'une charte des droits a peut-être été évoquée parce que c'était dans le rapport du comité; le comité semblait s'y intéresser et vous vous demandiez si nous serions disposés à en faire la promotion. Je pense que quand on parlait d'une charte des droits dans ce rapport, c'était pour garantir le droit d'accès. Vous avez soulevé une vaste question, mais les droits auxquels je songe mettent en cause le choix et l'autonomie de la personne. Nous pouvons bien discuter d'une charte des droits pour l'accès aux soins, en effet. Pour ce qui est de protéger l'autonomie de la personne, cela revient en fait au droit de refuser d'être soigné. La législation sur la santé mentale que vous avez mentionnée accorde des droits et traite des soins à donner aux gens. En fait, en général, ces lois accordent plutôt des droits à l'État ou aux psychiatres par rapport à leurs clients. Par contre, un tribunal d'appel est prévu, par exemple pour les patients de santé mentale, et j'ai suggéré qu'il pourrait y avoir un autre organisme d'appel supplémentaire.

Il faut se poser la question de savoir à qui s'adressent ces droits? Il y a des droits conférés à l'État sur la personne qui est diagnostiquée d'une maladie mentale, et il y a des droits que je préconise de conférer aux personnes qui ont une maladie mentale. Notre Charte des droits et libertés est la loi suprême. C'est une bonne chose de l'avoir. Nous pourrons toujours compter sur la Charte. Elle gouverne tout. Elle gouverne même la législation. Vous parlez d'une stratégie nationale et vous dites que tout cela relève de la Charte. C'est une question difficile, mais je pense que nous pouvons notamment faire en sorte que notre législation sur la santé mentale, qui vise à garantir des soins aux gens et à accorder des droits à l'État et aux patients, soit compatible avec la Constitution. À l'heure actuelle, les psychiatres ont un très grand pouvoir discrétionnaire pour interpréter les critères régissant la

not think that a strategy that will govern everything is actually necessary. I think that rights should be uniform across the country. For example, I am interested in patient rights, so I am interested in having tribunals, mental health panels across the country. I am interested in having an appellate body outside the hospitals across the country.

Senator Cook: So you would see that embodied in the strategy?

Mr. Carten: I would, yes. I think the federal government can play the same role it played in the welfare system in the provinces, in that in funding those systems, it has a say in how they are governed. I also think uniform standards would be fairer.

Senator Cook: You just led my thought processes into another area, and that is medicare, which we all say is universal. Well, I am sorry but it is not, because the formularies vary from province to province. Do you see us tackling that one so that at least people can have the right of access across the board? There is one drug for schizophrenia that is available in B.C. but not in my province. There are inadequacies in the delivery of care and the continuum of care.

Mr. Carten: I think the marketplace plays a role in making drugs available to people. I do not feel that the state has a role in regulating what options are available for people to choose from. However, with mental patients it is a little different. We do not choose. We have medications imposed on us, so access to the wide variety of medications that may be available, some of them in Ontario and some of them not in Quebec or Alberta, I find does not get to the root of the issues that I am addressing. I will leave it to my colleagues to respond to the rest of the question.

Ms. Friday: In regard to your comment about, for example, a drug for schizophrenia being available in British Columbia and not in another province, while I can relate to that to some degree — having access to a drug treatment plan can be beneficial — there has been over the years a countervailing argument against neuroleptic drugs. The standard argument is that neuroleptic medication is psychiatry's most powerful weapon against mental illness, but the essential problem, as I understand from the literature, is that it seems likely to cause long-term brain damage in individuals. It seems to cause long-term modification of dopamine neurotransmitters. That strikes me as a serious side-effect problem of neuroleptic medication. For example, let us say if a drug like loxapine is available in British Columbia but not in Nova Scotia, as a patient, I might be happy to be in Nova Scotia just the same.

détention des gens et c'est un dossier très difficile. Vous n'avez pas dit que vous vouliez rassembler tous les éléments sous le même toit, mais je ne pense pas qu'il soit vraiment nécessaire d'avoir une stratégie qui gouverne absolument tout. Je pense que les droits doivent être uniformes d'un bout à l'autre du pays. Par exemple, je m'intéresse aux droits des patients et je suis donc intéressé à avoir des tribunaux, des comités de la santé mentale aux quatre coins du pays. Je suis intéressé à avoir un organisme d'appel à l'extérieur des hôpitaux.

Le sénateur Cook : Vous voudriez donc que tout cela soit intégré à la stratégie?

M. Carten : Oui. Je pense que le gouvernement fédéral peut jouer le même rôle qu'il a joué dans le système de bien-être social des provinces, en ce sens qu'en finançant ces systèmes, il s'est trouvé à avoir un mot à dire sur la façon dont ils sont administrés. Je pense également qu'il serait plus équitable d'avoir des normes uniformes.

Le sénateur Cook : Vous venez de me faire penser à un autre domaine, celui des soins de santé, dont tout le monde dit qu'il est universel. Eh bien, je suis désolée, mais il ne l'est pas parce que la formule varie d'une province à l'autre. Pensez-vous que dans le domaine de la santé mentale, on pourrait au moins faire en sorte que les gens aient le même accès partout? Il y a un médicament pour la schizophrénie qui est disponible en Colombie-Britannique, mais non dans ma province. Il y a des carences au niveau de la prestation et du continuum des soins.

M. Carten : À mon avis, c'est au marché qu'il incombe d'assurer la disponibilité des médicaments. Je ne pense pas qu'il appartienne à l'État de réglementer les options qui s'offrent aux consommateurs. Cela dit, dans le cas des malades mentaux, c'est un peu différent. Nous n'exerçons aucun choix. Comme on nous impose une médication, le fait d'avoir accès à la plus grande variété possible de médicaments, certains d'entre eux étant disponibles en Ontario alors que d'autres ne le sont pas au Québec ou en Alberta, n'est pas la solution aux problèmes fondamentaux qui m'intéressent. Je vais laisser mes collègues répondre au reste de la question.

Mme Friday : En ce qui concerne votre commentaire concernant un médicament pour la schizophrénie qui est disponible en Colombie-Britannique et non dans une autre province, même si je suis sensible dans une certaine mesure à cet exemple étant donné que le fait d'avoir accès à un plan de traitement par la médication peut être bénéfique, il circule depuis des années un argument qui fait contrepoids contre le recours aux antipsychotiques. On avance généralement que les médicaments antipsychotiques sont les armes les plus puissantes de la psychiatrie contre la maladie mentale, mais d'après ce que j'ai compris de la lecture de publications spécialisées, le problème de fond, c'est qu'ils semblent susceptibles de causer des dommages au cerveau à long terme chez les patients. Il semble qu'ils provoquent une modification permanente des neurotransmetteurs de la dopamine. Ces effets secondaires sérieux des médicaments antipsychotiques font problème pour moi. Par exemple, disons que si un médicament comme la loxapine est disponible en Colombie-Britannique, mais pas en Nouvelle-Écosse, en tant que patient, je serais peut-être satisfaite quand même d'être résidente de la Nouvelle-Écosse.

Senator Cook: Far be it from me to speak about the value of treatment from a medical perspective. I am just looking for some uniformity here.

Ms. Gutray: I think the issue is finding the best evidence-based treatment, whether we are talking about medications or forms of talk therapy. We should think about them all in the same box and should they all be available from one province to the other. Obviously that would be a good thing. The other part of the equation is it is my understanding that the provinces have already started to work with the federal government in the area of what medications are coming on stream. That is my understanding. I may not be correct.

Senator Cook: Yes. It is a formulary that not only applies to drugs for mental illness.

Ms. Gutray: For everything.

Senator Pépin: I will pose my question to Ms. Gutray and Mr. Burnham and the others can answer if they feel comfortable doing so. After listening to you, I agree that you have a very positive approach to mental health, but we have heard about one problem. It has to do with the confidentiality regarding patients. I would like you to elaborate on it, because if you have a child or an adolescent or you are responsible for a parent who is mentally ill, it seems it is very difficult to get information from the doctor or from the health services regarding that person. As a parent, I would be really upset and perhaps even furious if a doctor did not want to tell me because of the confidentiality. I agree with confidentiality. I am a former nurse. I know what it is. However, I do not understand why, if you have someone in your family who is mentally ill, you cannot get information because of confidentiality. Could you explain to me how it works and how maybe it could be better adjusted or amended?

Mr. Carten: I can chime in if you like. Regarding children, I do not think confidentiality should be extended to exclude parents. Parents need to know about their children and have a right to know about their children. Regarding adults, I think we have to treat the mental patient, regardless of his relationship to his family, as an individual with rights and dignity, and therefore, notwithstanding the family's interests in their family member, confidentiality should stand.

Senator Pépin: Then who will help them to make a decision?

Mr. Carten: Well, you are questioning whether or not the person who is diagnosed with the mental illness can make a decision. There are such things as advance directives. The Representation Agreement Act of British Columbia provides for those, but explicitly excludes people with mental illness. If that right were granted to people with mental illness, they could appoint someone ahead of time to make decisions for them when they are not capable of doing so.

Le sénateur Cook : Loin de moi l'idée de parler de la valeur d'un traitement dans une perspective médicale. Je suis simplement en quête d'uniformité dans ce domaine.

Mme Gutray : Je pense que l'objectif est de trouver le meilleur traitement éprouvé, qu'il s'agisse de médicaments ou de diverses formes de thérapies basées sur le dialogue. Nous devrions considérer que ces options font toutes partie du même tout et elles devraient être disponibles dans toutes les provinces. De toute évidence, cela serait une bonne chose. L'autre volet de l'équation, c'est qu'à ma connaissance, les autorités provinciales ont déjà commencé à discuter avec le gouvernement fédéral au sujet des médicaments qui seront disponibles. C'est ce que j'ai cru comprendre, mais je peux me tromper.

Le sénateur Cook : Oui. C'est un formulaire qui ne s'applique pas uniquement aux médicaments employés dans le domaine de la santé mentale.

Mme Gutray : Pour tout.

Le sénateur Pépin : Je vais poser ma question à Mme Gutray et à M. Burnham, mais les autres témoins peuvent répondre s'ils le souhaitent. Après vous avoir entendus, je constate que vous avez une approche très positive en matière de santé mentale, mais on nous a parlé d'un problème concernant la confidentialité des renseignements relatifs aux patients. Je voudrais que vous nous en disiez plus long là-dessus, parce que quand on a un enfant ou un adolescent ou qu'on est responsable d'un parent qui a une maladie mentale, il semble qu'il soit très difficile d'obtenir des renseignements du médecin ou des services de santé au sujet de cette personne. En tant que parent, je serais vraiment irritée, peut-être même furieuse si un médecin refusait de me répondre pour des raisons de confidentialité. Je suis d'accord avec la confidentialité. Je suis une ancienne infirmière. Je sais ce que c'est. Cependant, je ne comprends pas pourquoi, quand on a quelqu'un dans sa famille qui a une maladie mentale, on ne peut pas obtenir d'information à cause de la confidentialité. Pourriez-vous m'expliquer comment cela fonctionne et comment on pourrait peut-être apporter des améliorations ou des modifications?

M. Carten : Je peux intervenir là-dessus si vous voulez. Au sujet des enfants, je ne crois pas que la confidentialité devrait aller jusqu'à exclure les parents. Les parents doivent savoir quelle est la situation de leurs enfants et ils ont le droit d'être informés sur leurs enfants. Quant aux adultes, je pense qu'il faut traiter le patient en santé mentale, peu importe ses liens de parenté, comme une personne à part entière qui a ses droits et sa dignité et, par conséquent, en dépit de l'intérêt manifesté par des membres de la famille, le caractère confidentiel doit être maintenu.

Le sénateur Pépin : Dans ce cas, qui va aider à prendre une décision?

M. Carten : Eh bien, vous mettez en doute que la personne diagnostiquée d'une maladie mentale puisse prendre une décision. Il existe par exemple des directives préalables. La Representation Agreement Act de Colombie-Britannique prévoit cette possibilité, mais exclut explicitement les malades mentaux. Si ce droit était accordé aux gens qui ont une maladie mentale, ceux-ci pourraient nommer quelqu'un à l'avance qui serait chargé de prendre des décisions en leur nom quand ils n'en sont plus capables.

Senator Pépin: However, we heard about a doctor not wanting to give any information about a child of 15. Do you have something to say about it?

Ms. Gutray: I cannot comment on the situation with the child. I would support what Ron has said on the adult issue. When people with a mental illness are well, they are quite capable of naming someone to make decisions on their behalf when things do not go well.

Senator Pépin: However, for the younger ones?

Ms. Gutray: For the younger ones, no. I would not comment on that.

Senator Pépin: It seems that it is a reality in this part of the country.

Ms. Gutray: It just does not make sense to me that parents would not be involved in the care of their child.

Senator Pépin: Do you have anything to say?

Mr. Burnham: I do not think I have anything useful to say. I know it is a dilemma. I know they want to protect the rights of young people to make their own decisions. I find confidentiality is used far too often as a shield rather than to respect someone's rights, and we have not found the right balance. Frankly, I think with the new legislation and the national privacy legislation, it will probably get worse as people try to figure out what the new law means. I expect we will see confidentiality used more protectively than necessary, and as a result continuity of care will suffer and communication among people who should know, who have a right to know and need to know, will be compromised.

The Chairman: Darrell, by the "new legislation" you mean the federal legislation?

Mr. Burnham: Federal legislation as well as provincial.

Senator Cook: If I may, Mr. Chair, I guess when it comes down to it, you cannot legislate common sense, because I have had that experience. After my husband died, my daughter became very anorexic. It was a three-year journey. I just wanted to probe too much. She said, "Look here, Mom. Olga — her psychologist — says I do not need to tell you anything." I said, "You go back to Olga and tell her that your mother, who brought you into the world, has some rights and ask her to reflect on it. By the way, does Olga have any children?" "No, Mom." It took a while and I was patient, but one day I got a call asking if Olga could be part of Jane's therapy and I met Olga. It is difficult, but you have to be patient. At some point you have to assert your right as a parent, and I suggest that has to be done case by case.

Senator Pépin: Depending on the doctor, too.

Senator Cook: Well, whomever.

Le sénateur Pépin : On nous a pourtant parlé d'un médecin qui refusait de donner le moindre renseignement sur un enfant de 15 ans. Qu'avez-vous à dire là-dessus?

Mme Gutray : Je ne peux pas commenter la situation de cet enfant. Je souscris à ce que Ron a dit au sujet des adultes. Les gens qui ont une maladie mentale sont tout à fait capables de nommer quelqu'un chargé de prendre des décisions en leur nom quand les choses ne vont pas bien.

Le sénateur Pépin : Mais qu'en est-il des jeunes?

Mme Gutray : Pour les jeunes, non. Je ne ferai pas de commentaires là-dessus.

Le sénateur Pépin : Il semble que ce soit une réalité dans cette région du pays.

Mme Gutray : Il m'apparaît illogique que les parents ne soient pas mis en cause dans les soins dispensés à leur enfant.

Le sénateur Pépin : Avez-vous quelque chose à dire?

M. Burnham : Je ne crois pas avoir quoi que ce soit d'utile à dire. Je sais que c'est un dilemme. Je sais qu'ils veulent protéger les droits des jeunes de prendre leurs propres décisions. Je trouve que la confidentialité est invoquée beaucoup trop souvent comme un bouclier et non pas pour respecter vraiment les droits d'une personne, et nous n'avons pas trouvé le juste équilibre. Franchement, je pense qu'avec la nouvelle loi et la loi nationale sur le respect de la vie privée, cela va probablement empirer et les gens vont essayer de comprendre ce que la nouvelle loi signifie. Je m'attends à ce que la confidentialité soit utilisée plus que nécessaire dans le but de surprotéger, et en conséquence, la continuité des soins va en souffrir, et la communication parmi les gens qui doivent savoir, qui ont le droit de savoir, qui ont besoin de savoir, sera compromise.

Le président : Darrell, quand vous dites « la nouvelle loi », voulez-vous dire la loi fédérale?

M. Burnham : La loi fédérale et la loi provinciale.

Le sénateur Cook : Si je peux me permettre, monsieur le président, en fin de compte, il est impossible de légiférer le bon sens, parce que j'ai eu cette expérience. Après la mort de mon mari, ma fille est devenue très anorexique. Ce fut un voyage de trois ans. J'ai insisté un peu trop pour qu'elle me parle. Elle m'a dit : « Écoute, maman, Olga — c'est sa psychologue — dit que je n'ai pas besoin de te dire quoi que ce soit ». J'ai rétorqué : « Va voir Olga et dis-lui que ta mère, qui t'a mise au monde, a des droits et demande-lui de réfléchir à cela. En passant, est-ce qu'Olga a des enfants? » « Non, maman. » Il a fallu du temps et j'ai été patiente, mais un jour, j'ai reçu un coup de téléphone de quelqu'un qui demandait si Olga pouvait participer à la thérapie de Jane, et j'ai enfin rencontré Olga. C'est difficile, mais il faut être patient. À un moment donné, il faut affirmer son droit en tant que parent et je crois que cela doit se faire au cas par cas.

Le sénateur Pépin : Cela dépend aussi du médecin.

Le sénateur Cook : Enfin, peu importe.

Mr. Carten: I would tend to agree on a case-by-case basis, but I think the rights to autonomy that have been gained in Western society are hard-won. Adults have a right to determine how they should be treated and what they plan to do with their lives irrespective of family wishes. An adult has those rights and they are hard-won rights.

The Chairman: The dilemma we do not need to debate. Generally I do not have any difficulty with your statement. The problem is what do you do when the principal caregiver is a member of the family, which is presumably a decision that the patient has made? I am just saying if that is a decision that the patient has made, it seems to me there goes along with that some responsibility for ensuring that the caregiver is in fact able to provide the appropriate level of care. If the patient does not want the family member to know, then the patient has every right to decide to say — there is a quid pro quo here — "I am fine. I just will not use the family member as the major caregiver." That is the dilemma, because you are absolutely right. Forget about it being a family member for a minute. It is very hard to be the principal caregiver if you do not understand the nature of the problem and, therefore, the nature of the treatment. Yet the privacy laws, unfortunately, do not recognize that dilemma. First, they were never drafted with this situation in mind. This committee delayed their application to the health care sector for two years because they were never designed for that sector. That is problem one, but that is past history. Had they been designed for the health care sector, inevitably they would have been thought of in the context of the physical care, the hospital/doctor system, in which case information going to the caregiver is going to a doctor, a nurse, for whom it is quite legitimate to exchange information. The problem is the vast majority of mental health care is not given by hospitals or doctors. None of the privacy acts ever contemplated that a "health care service" would not be given by a "health care professional." That is the dilemma. That is the root cause of the problem. It is that problem that we are juggling with, just to give you the background, which is not to disagree with anything you said.

Mr. Carten: Access to care is important in that situation. We need to make mental health care more readily available to people and make them less afraid to reach out for it.

Senator Gill: In those cases, maybe people should have alternatives in terms of who will represent them. I think there should be alternatives to make sure that people are being responsible for their own treatment. This is the freedom we should have. Maybe this is the alternative.

Mr. Carten: I think one of the issues is advance directives are generally dealt with in provincial legislation. I think the committee is quite correct in saying we need a public relations

M. Carten : Je suis d'accord pour procéder au cas par cas, mais je crois que le droit à l'autonomie qui a été durement gagné dans la société occidentale est un acquis. Les adultes ont le droit de décider comment ils doivent être traités et ce qu'ils veulent faire de leur vie, indépendamment des souhaits de leur famille. Un adulte a ce droit et c'est un droit durement gagné.

Le président : Nous n'avons pas besoin de débattre de ce dilemme. De manière générale, je n'ai aucune difficulté à accepter votre déclaration. Le problème est de savoir que faire quand le principal dispensateur de soins est un membre de la famille, et l'on peut supposer que c'est le patient qui a pris cette décision. Je dis seulement que si c'est le patient qui en a décidé, il me semble que cette décision s'accompagne d'une certaine responsabilité de s'assurer que le dispensateur de soins soit réellement capable d'offrir le niveau de soins voulus. Si le patient ne veut pas que le membre de sa famille le sache, alors le patient a absolument le droit de décider de dire — il y a là un compromis — « Je vais bien. C'est simplement que je ne veux pas que ce membre de la famille soit le principal dispensateur de soins ». C'est un dilemme, parce que vous avez absolument raison. Oubliez un instant qu'il s'agit de quelqu'un de la famille. C'est très difficile d'être le principal dispensateur de soins si l'on ne comprend pas la nature du problème et, en conséquence, la nature du traitement. Pourtant, la législation sur le respect de la vie privée, malheureusement, ne reconnaît pas ce dilemme. Premièrement, cette situation n'avait pas été envisagée du tout quand on a rédigé les lois en question. Notre comité a retardé leur mise en application dans le secteur de la santé pendant deux ans parce qu'elles n'ont pas été conçues pour ce secteur. Voilà le premier problème, mais c'est de l'histoire ancienne. Si les lois avaient été conçues pour le secteur des soins de santé, inévitablement, elles auraient pris en compte le contexte des soins corporels, le réseau hospitalier et des médecins, auquel cas les renseignements donnés aux dispensateurs de soins sont donnés à un médecin, une infirmière, pour qui il est tout à fait légitime de partager ces renseignements. Le problème est que la grande majorité des soins de santé mentale ne sont pas dispensés par des hôpitaux ou des médecins. Aucune loi sur la vie privée n'a jamais envisagé qu'un « service de soins de santé » ne serait pas assuré par un « professionnel de la santé ». Voilà le dilemme. Voilà la cause profonde du problème. C'est ce problème avec lequel nous sommes aux prises. Je vous dis cela pour établir le contexte, sans vouloir être en désaccord avec ce que vous avez dit.

M. Carten : L'accès aux soins est important dans cette situation. Nous devons faire en sorte que les soins de santé mentale soient plus facilement accessibles aux gens qui craindraient moins alors de s'en prévaloir.

Le sénateur Gill : En pareils cas, peut-être que les gens devraient avoir des solutions de rechange quant à la personne qui les représente. Je pense qu'il faudrait des solutions de rechange pour s'assurer que les gens soient responsables de leurs propres traitements. C'est la liberté qu'on devrait avoir. Peut-être est-ce la solution.

M. Carten : Je pense que le problème tient en partie au fait que les directives préalables sont généralement assujetties à la loi provinciale. Le comité a tout à fait raison de dire qu'il nous faut

campaign, as in Australia, for example, but we also need to make people aware that a legal alternative such as that is available to them.

Senator Trenholme Counsell: It is my understanding that most of the initial crises in bipolar disease and schizophrenia manifest themselves in the late teens or early twenties. Now, do you think it is reasonable to expect that somebody at 16 or 17 or 18 will make this decision about an advance directive? It is very different as we go on in life and face becoming old. However, I cannot see the practicality of what you are suggesting, because once this crisis hits, it usually involves certain elements that require intervention that maybe some might describe as force, but where there is a loss of insight on the part of the patient. How can what you are suggesting be applicable to these first, sudden crises in severe mental illness?

Mr. Carten: When you refer to people of age 16 or 17, they are under their parents' care at that point and their parents can direct their health care. Am I not correct in that?

Senator Trenholme Counsell: In New Brunswick and some other provinces, not after the age of 16. I do not know what it is in B.C.

Mr. Carten: Well, I would say the law is the law and imposing something like detention on someone is controversial. It is a problem.

Senator Trenholme Counsell: However, if we were to follow through on your suggestion that people should have the right to designate who will speak for them if they cannot speak for themselves, I am just looking at the practicality of that, how it could happen. If young people have a bipolar manic crisis at age 19 or 21 or 22, do you think that in practice, they would have thought this through?

Mr. Carten: I see what you are saying. When a person is in a crisis, it is questionable whether they can make an advance directive; but if these issues are sufficiently publicized, people will realize or should realize that their health care is very important when they are in a position where they cannot make decisions for themselves. Parents should even encourage their children to get an advance directive for such situations as mental health care, a car accident, skiing accident or whatever.

Senator Trenholme Counsell: Your point is well phrased. That is something that society needs to advance. I wanted to ask about this psychosocial rehabilitation. How does that differ from being a psychiatric social worker?

Mr. Burnham: Well, it is interesting. There is very little training in PSR for psychiatric social workers, or even in psychiatric nursing. I heard the other day that it was only a few days of training in both of those fields, at least in B.C. Psychosocial

une campagne de relations publiques, comme en Australie, par exemple, mais nous avons aussi besoin de faire prendre conscience aux gens qu'ils peuvent se prévaloir d'une solution de rechange légale.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je crois comprendre que la plupart des crises initiales de maladie bipolaire et de schizophrénie se manifestent à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine. Maintenant, trouvez-vous raisonnable de s'attendre à ce qu'une personne de 16, 17 ou 18 ans prenne cette décision de donner des directives préalables? C'est très différent à mesure qu'on chemine dans la vie et qu'on aborde la vieillesse. Cependant, je ne vois pas comment votre suggestion peut être mise en pratique, parce qu'une fois que cette crise frappe, elle exige généralement une intervention que certains décriraient peut-être comme l'usage de la force, lorsque le patient perd la raison. Comment votre suggestion peut-elle être applicable dans le cas d'une crise initiale et subite d'une grave maladie mentale?

M. Carten : Vous évoquez les jeunes de 16 ou 17 ans, mais ils sont placés sous la garde de leurs parents à ce moment-là et leurs parents peuvent donner des directives sur les soins de santé à leur donner. N'ai-je pas raison là-dessus?

Le sénateur Trenholme Counsell : Au Nouveau-Brunswick et dans d'autres provinces, pas après l'âge de 16 ans. Je ne sais pas ce qu'il en est en Colombie-Britannique.

M. Carten : Eh bien, je dirais que la loi est la loi et que la détention d'une personne est toujours controversée. C'est un problème.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cependant, si nous donnions suite à votre suggestion que les gens aient le droit de désigner la personne qui parlera en leur nom lorsqu'ils ne pourront plus le faire eux-mêmes, je m'interroge seulement sur l'aspect pratique, sur la manière dont cela pourrait se faire. Si la crise du trouble bipolaire se déclenche chez les jeunes à l'âge de 19 ou 21 ou 22 ans, pensez-vous qu'en pratique, ils auraient réfléchi à l'avance à cette éventualité?

M. Carten : Je comprends ce que vous dites. Quand une personne est en crise, on peut se demander si elle est en mesure de donner des directives préalables; mais si ces questions sont suffisamment publicisées, les gens vont se rendre compte ou devraient se rendre compte que leurs soins de santé sont très importants quand ils ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leur état. Les parents devraient même encourager leurs enfants à établir des directives préalables dans l'éventualité d'une crise de maladie mentale, d'un accident de voiture, d'un accident de ski ou quoi que ce soit.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez bien formulé votre argumentation. C'est quelque chose que la société doit favoriser. Je voulais vous interroger sur la réadaptation psychosociale. En quoi cela diffère-t-il du travail effectué par un travailleur social en psychiatrie?

M. Burnham : Eh bien, c'est intéressant. Il y a très peu de formation en réadaptation psychosociale pour les travailleurs sociaux en psychiatrie ou même pour les infirmières en psychiatrie. J'ai entendu dire l'autre jour qu'on donnait

rehabilitation is a field of study. It is a way of approaching and providing services and support for people with mental illness. Psychiatric social workers are professionals who work in psychiatry as a social worker. They are using the practice of social work in the field of psychiatry.

Senator Trenholme Counsell: I have been trying to understand this. The model is that you have mental health clinics in which there are psychiatrists, psychologists, mental health social workers, et cetera, and that these become the first point of service, and then community agencies and so on may certainly be involved. Are you suggesting that the model you recommend should replace that?

Mr. Burnham: No. Clinics can operate with a PSR model, a wave approach and philosophies and principles, and even a staff team who promote that. Actually, the mental health clinics run by the Vancouver Coastal Health Authority often use PSR models as a way of supporting people. They also use other models.

Senator Trenholme Counsell: You mean the psychosocial?

Mr. Burnham: Psychosocial rehabilitation.

Senator Trenholme Counsell: No. I am not talking about that. That is a school of thought unto itself. I am just talking about in the case of B.C. and your Coast Foundation Society; do you get funding from government?

Mr. Burnham: Yes.

Senator Trenholme Counsell: What percentage?

Mr. Burnham: About 60, 65 per cent.

Senator Trenholme Counsell: Do you complement the mental health clinic?

Mr. Burnham: Yes, we do. We wrap around the clients. We provide services. People live in our housing, but they seek clinical services through the local care teams, private physicians, private psychiatrists, or through their own methods.

Senator Trenholme Counsell: However, they can go back to the mental health clinic, to the psychiatrists they had in the beginning or whatever.

Mr. Burnham: It is an adjunct to the formal clinical system.

Senator Trenholme Counsell: Some members of this committee are in favour of buying the services. I am not, so that is another thing we talk about in the committee. Ron, you said mental patients do not choose their medications. Do you feel you are singled out in that case? Because I would say that a patient with heart failure does not choose his or her medications.

seulement quelques jours de formation dans ces deux disciplines, tout au moins en Colombie-Britannique. La réadaptation psychosociale est un domaine d'étude. C'est une manière d'aborder la question et de dispenser des services et de soutenir les personnes ayant une maladie mentale. Les travailleurs sociaux en psychiatrie sont des professionnels qui travaillent en psychiatrie à titre de travailleurs sociaux. Ils utilisent la pratique du travail social dans le domaine de la psychiatrie.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'essaie de comprendre tout cela. Le modèle est que vous avez des cliniques de santé mentale où l'on trouve des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux en santé mentale, et cetera., et cela devient le premier point de service, et ensuite, des agences communautaires et d'autres organismes peuvent intervenir. Laissez-vous entendre que le modèle que vous recommandez devrait remplacer cela?

M. Burnham : Non. Les cliniques peuvent fonctionner avec un modèle de RPS, une approche, une philosophie et des principes établis en conséquence, et même une équipe de travailleurs qui en font la promotion. En fait, les cliniques de santé mentale dirigées par la Vancouver Coastal Health Authority utilisent souvent le modèle de la RPS comme manière d'appuyer les gens. Ils utilisent aussi d'autres modèles.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous voulez dire le psychosocial?

M. Burnham : La réadaptation psychosociale.

Le sénateur Trenholme Counsell : Non. Ce n'est pas de ça que je parle. C'est une école de pensée en soi. Je parlais seulement de la Colombie-Britannique et de votre Coast Foundation Society; obtenez-vous des fonds du gouvernement?

M. Burnham : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quel pourcentage?

M. Burnham : Environ 60 à 65 p. 100.

Le sénateur Trenholme Counsell : Servez-vous de complément à la clinique de santé mentale?

M. Burnham : Oui, c'est ce que nous faisons. Nous prenons en charge les clients. Nous fournissons des services. Les gens habitent dans nos logements, mais ils obtiennent des services cliniques par l'entremise des équipes de soins locales, de médecins privés, de psychiatres privés, ou bien par leurs propres méthodes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Mais ils peuvent toujours retourner à la clinique de santé mentale, au psychiatre qu'ils avaient au début ou quoi que ce soit.

M. Burnham : C'est un complément du système officiel des cliniques.

Le sénateur Trenholme Counsell : Certains membres de notre comité sont en faveur de l'achat de services. Pas moi, et c'est un autre débat que nous avons au comité. Ron, vous avez dit que les patients en santé mentale ne choisissent pas leurs médicaments. Estimez-vous que vous êtes singularisé en l'occurrence? Parce que je dirais qu'un patient qui a une crise cardiaque ne choisit pas non plus ses médicaments.

Mr. Carten: Actually, I have been a mental patient and I do choose my medication.

Senator Trenholme Counsell: However, do you feel that there should be different arrangements in terms of how medication is decided upon? Do you think it has to be different for mental patients, cardiac patients, cancer patients, diabetics, et cetera?

Mr. Carten: Who is doing the deciding in that case?

Senator Trenholme Counsell: Well, I am asking you. Should it be different?

Mr. Carten: Well, I think it is a very difficult situation. In the long term, mental patients should be made aware of the benefits and risks involved in the medication or treatment with which they are being provided.

Senator Trenholme Counsell: Yes, but so should a woman who is intending to take estrogen or somebody who is intending to take a pill for cholesterol or Accutane for severe acne or whatever it is, an entire list of things. I think that is the responsibility, to know the pros, the cons, what could be expected, the side effects.

Mr. Carten: That is informed consent.

Senator Trenholme Counsell: It is not really informed consent. That is when you go to a dentist and you are told you might get a paralysis of your nerves. You sign a paper or whatever. That is really consent. I mean I do not think it goes that route in an ordinary clinical setting; you do not actually write your consent to have a medication prescribed for you. I think informed consent is a little more of a legal procedure.

Mr. Carten: In B.C., there is no form that needs to be signed. It is just a responsibility on the part of the physician to provide four or five basic elements in treatment.

Senator Trenholme Counsell: That is right — to explain the drug to the patient.

Mr. Carten: Drug treatment, any kind of treatment, yes.

May I ask if one of our members may make a comment?

The Chairman: As long as she uses a mike.

Ms. Lara Pole, Member, Vancouver-Richmond Mental Health Network: I am a member of the Vancouver-Richmond Mental Health Network. I just wanted to respond to what you said about younger people appointing someone to make decisions for them. I think the problem with the current psychiatric system is the model is really, if you have someone in a crisis situation, to lock up and drug first and then listen later. What happens is you can get someone involved whom you trust. That person will have some sort of rapport with you. That person will know you and will be

M. Carten : En fait, j'ai été un patient en santé mentale et je choisis mes médicaments.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cependant, estimez-vous qu'il devrait y avoir des arrangements différents dans la manière dont la médication est déterminée? Trouvez-vous que ce devrait être différent pour les patients en santé mentale, les patients souffrant de troubles cardiaques, ceux qui ont le cancer, les diabétiques, et cetera.?

M. Carten : Qui prend la décision dans ces cas?

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, je vous le demande. Cela devrait-il être différent?

M. Carten : Eh bien, je trouve que c'est une situation très difficile. À long terme, les patients en santé mentale doivent être mis au courant des avantages et des risques des médicaments ou des traitements qu'on leur dispense.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui, mais on peut en dire autant d'une femme qui a l'intention de prendre de l'œstrogène ou de quelqu'un qui compte prendre une pilule pour le cholestérol ou de l'acutane pour l'acné aigu ou quoi que ce soit, il y en a toute une liste. Je trouve que c'est en effet la responsabilité, de connaître le pour et le contre, les effets secondaires, de savoir à quoi s'attendre.

M. Carten : C'est le consentement éclairé.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce n'est pas vraiment un consentement éclairé. Ça, c'est quand vous allez chez le dentiste et qu'on vous dit que vous pourriez subir une paralysie nerveuse. Vous signez un document ou quoi que ce soit. Ça, c'est un véritable consentement. Enfin, je ne veux pas dire que l'on devrait aller jusque-là dans une clinique ordinaire; il n'est pas vraiment nécessaire de donner son consentement pour se faire prescrire un médicament. Je pense que le consentement éclairé est une procédure un peu plus juridique.

M. Carten : En Colombie-Britannique, il n'est pas nécessaire de signer un formulaire quelconque. C'est seulement la responsabilité du médecin de donner quatre ou cinq éléments de base du traitement.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est cela : d'expliquer le médicament aux patients.

M. Carten : Oui, le médicament ou n'importe quel autre traitement.

Pourrais-je demander si l'un de nos membres pourrait faire une observation?

Le président : Pourvu qu'elle parle dans un micro.

Mme Lara Pole, membre, Vancouver-Richmond Mental Health Network : Je suis membre du Vancouver-Richmond Mental Health Network. Je voulais seulement répondre à ce que vous avez dit au sujet des jeunes qui nomment une personne chargée de prendre des décisions à leur place. Je trouve que le problème du système psychiatrique actuel est que, quand quelqu'un est en crise, on commence par l'enfermer et le droguer et on ne l'écoute que plus tard. Ce qui se passe, c'est qu'on peut faire intervenir quelqu'un en qui on a confiance. Cette personne établit une sorte

more likely to listen to you, know where you are coming from, and get a better sense of what direction would be helpful in terms of your health. Even if you are 16 years old, you know whom you relate well to. You know whom you can trust. I do not really see a problem with younger people. In this province I think it is 19 anyway, but I do not see a problem with people who are less experienced in life choosing someone who can liaise for them.

Senator Trenholme Counsell: Oh, no. I think it is good that that choice be made. I am just saying that most young people of 16, 17, 18 years of age, think that they are well. They are not thinking about serious illness. It is the rare young person who would be thinking about serious illness. This is why we cannot talk to young people about smoking causing cancer. They cannot make that jump in time, especially if it is personal. I am just talking about the practicality of having been confronted. I think that Ron has given us a very good example of how we might be able to do this, because he used the analogy of a car accident. That is very relevant. However, right now, if you have a manic episode at 19, you probably have not thought about it beforehand. That is not to say that we could not do better, and as soon as people reach the age of majority, they make a decision.

Ms. Pole: Right. I think that is interesting and I did think about it, although it is not only a question of that. It is a question of if you have had that first episode at 19, then you have thought about it. Then when you are nineteen and a half and you are better, you are in a position to appoint someone.

Senator Trenholme Counsell: I think that is very relevant. We are probably not doing that and this would be a step forward in society.

Susan, I wanted to ask you about the statement "Women are almost twice as likely as men to experience depression and anxiety." I know that women are almost twice as likely as men to seek help, but on what is this statement founded? I think men have a great deal of anxiety. I just wonder whether this is correct. Women are in doctors' offices more, but do men deal with their anxiety in different ways?

Ms. Friday: I will be happy to speak to that question. If I might quote from a *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin*, which I happen to have with me, it says:

> The women's health movement and three decades of health promotion, research and practice have demonstrated that women's health is inextricably linked to the context of women's lives.

de rapport avec vous. Cette personne vous connaît et a plus de chance de vous écouter et de vous comprendre et d'avoir une meilleure idée de ce qui vous serait utile sur le plan de la santé. Même si vous avez 16 ans, vous savez avec qui vous pouvez établir de bons rapports. Vous savez à qui vous pouvez faire confiance. Je ne vois vraiment aucun problème pour les jeunes. Dans notre province, je pense que c'est 19 ans de toute façon, mais je ne vois aucun problème à ce que les jeunes qui ont moins d'expérience de la vie choisissent quelqu'un capable de leur servir d'intermédiaire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oh, non. Je trouve que c'est bon que ce choix puisse se faire. Je dis seulement que la plupart des jeunes de 16, 17 ou 18 ans pensent qu'ils sont en bonne santé. Ils ne pensent jamais être atteints d'une maladie grave. On voit rarement des adolescents qui réfléchissent à l'éventualité d'une maladie grave. C'est pourquoi nous ne pouvons pas dire aux jeunes que le tabagisme cause le cancer. Ils sont incapables de faire ce saut dans le temps, surtout si ça les touche personnellement. Je parle seulement de l'aspect pratique d'être confronté à cela. Je pense que Ron nous a donné un très bon exemple de la manière dont nous pourrions nous y prendre, parce qu'il a utilisé l'analogie d'un accident de voiture. C'est tout à fait pertinent. Cependant, actuellement, si quelqu'un subit une crise de trouble bipolaire à l'âge de 19 ans, il n'y a probablement pas réfléchi au préalable. Cela ne veut pas dire que nous ne pourrions pas faire mieux, et dès que les gens atteignent l'âge de la majorité, ils prennent une décision.

Mme Pole : En effet. Je trouve que c'est intéressant et, en fait, j'y ai réfléchi, quoique la question ne se limite pas à cela. Si quelqu'un subit une première crise à 19 ans, il y réfléchit par la suite. Ensuite, à 19 ans et demi, quand il va mieux, il est en mesure de nommer quelqu'un.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je trouve que c'est tout à fait pertinent. Nous ne le faisons probablement pas et ce serait un progrès pour notre société.

Susan, je voulais vous interroger au sujet de votre déclaration suivante : « Les femmes ont presque deux fois plus de chances que les hommes de connaître la dépression et l'angoisse ». Je sais que les femmes demandent de l'aide presque deux fois plus fréquemment que les hommes, mais sur quoi cette déclaration est-elle fondée? Je pense que les hommes ont beaucoup d'angoisse. Je me demande seulement si c'est bien exact. Les femmes vont voir le médecin plus souvent, mais les hommes composent-ils avec leur angoisse de manière différente?

Mme Friday : Je vais me faire un plaisir de répondre à cette question. Je voudrais citer un bulletin publié par les *Centres of Excellence for Women's Health Research*, dont j'ai ici un exemplaire. Je cite :

> Le mouvement pour la santé des femmes et trois décennies de promotion de la santé, de recherche et de pratique ont démontré que la santé des femmes est inextricablement liée au contexte de la vie des femmes.

In other words, I think one of the main reasons women are likely to seek help, whether it is a doctor's office or counselling or a safe house, is the very real social factors, the social determinants underlying the problem.

Senator Trenholme Counsell: However, do you have a source for saying that women are twice as likely to experience anxiety as men?

Ms. Friday: I got that statement out of this research.

Senator Trenholme Counsell: Is it in there? I just would like to know if there is a source.

Ms. Friday: I got up at 4 a.m. this morning to do my write-up.

Senator Trenholme Counsell: I am not usually out there defending men, but it probably sounds that way.

Ms. Friday: I would say I am capable of considerable empathy for the men folk out there. Yes.

Senator Trenholme Counsell: I think men have a great deal of anxiety.

Ms. Friday: I can well understand. If you briefly observe the human condition at large and the fact that we are all human, I think there is a great existential foundation for the angst that we sometimes feel. There is no mistake about it. Being human is a complex, stress-riddled affair.

If I may, I would very much like to speak to the comparison between being on estrogen and being on an antipsychotic medication. I can definitely speak to the estrogen. I am currently taking estrogen and Provera. They are both female hormones. Being on estrogen is to a great degree a physical issue, although part of it is mental because there are receptor sites in the brain where the estrogen can reside. Therefore, it affects mood to some degree, but I think it is mostly a physical thing. For example, estrogen can make the blood somewhat thicker. In my case I have to take a blood thinner like vitamin E once in a while to make sure that I do not have a heart attack or a pulmonary embolism or something.

Now, let us say I was in a state of crisis and I was admitted to a psychiatric ward, and a doctor, a psychiatrist, without consulting me, wants to decide what kind of antipsychotic medication I should be on. Let us say he decides that I should take a medication like Seroquel or loxapine, which are both neuroleptic medications, and he does not tell me anything about the side effects. I have to go and find out for myself what they are. I can say okay, on the one hand, with estrogen there is some risk of blood thickening and you have to deal with that. Now, with the neuroleptic and antipsychotic medication like, for example, Seroquel or loxapine, right off the bat there is a serious issue. It is called neuroleptic malignant syndrome, in which you can get hyperthermia, which is a greatly increased body temperature that can cause you to suffer from serious dehydration and cellular damage.

Autrement dit, je pense que l'une des principales raisons pour lesquelles les femmes demandent plus souvent de l'aide, que ce soit au bureau du médecin ou en demandant du counselling ou en s'adressant à un refuge, ce sont les facteurs sociaux très réels, les déterminants sociaux qui sous-tendent le problème.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cependant, avez-vous une source pour affirmer que les femmes ont deux fois plus de chances de connaître l'angoisse que les hommes?

Mme Friday : J'ai trouvé cette déclaration dans cette recherche.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est là-dedans? Je voudrais seulement savoir s'il y a une source.

Mme Friday : Je me suis levée à 4 heures ce matin pour rédiger mon mémoire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je n'ai pas l'habitude de défendre les hommes, mais je donne probablement cette impression.

Mme Friday : Je dirais que je suis capable d'une empathie considérable pour les hommes. Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pense que les hommes ont beaucoup d'angoisse.

Mme Friday : Je comprends cela. Si vous observez brièvement la condition humaine et le fait que nous sommes tous humains, je pense qu'il y a un grand fondement existentiel pour l'angoisse que nous ressentons parfois. Il n'y a aucun doute là-dessus. Être humain, c'est une affaire complexe et chargée de stress.

Si je peux me permettre, j'aimerais beaucoup revenir sur la comparaison entre prendre de l'oestrogène et prendre des médicaments antipsychotiques. Je peux certainement vous parler de l'oestrogène. Je prends actuellement de l'oestrogène et du Provera. Ce sont deux hormones féminines. Prendre de l'oestrogène, c'est surtout de nature physique, quoi que ce soit en partie psychologique parce qu'il y a des récepteurs dans le cerveau où réside l'oestrogène. Par conséquent, cela influe sur l'humeur dans une certaine mesure, mais je pense que c'est surtout physique. Par exemple, l'oestrogène peut épaissir un peu le sang. Dans mon cas, je dois prendre un anticoagulant comme la vitamine E de temps en temps pour m'assurer de ne pas avoir de crise cardiaque ou d'embolie pulmonaire ou quoi que ce soit.

Maintenant, disons que je suis en crise et qu'on m'hospitalise en psychiatrie; un médecin, un psychiatre, sans m'avoir consulté, veut décider de me prescrire des médicaments antidépresseurs. Disons qu'il décide de me prescrire un médicament comme le Seroquel ou le loxapine, qui sont tous les deux des neuroleptiques, et qu'il ne me dit pas un mot au sujet des effets secondaires. Je dois les découvrir moi-même. Je peux dire bon, d'accord, dans le cas de l'oestrogène, il y a un certain risque d'épaississement du sang et il faut s'en occuper. Maintenant, dans le cas de médicaments neuroleptiques et antipsychotiques comme le Seroquel ou le loxapine, cela devient tout de suite une affaire grave. L'effet secondaire possible s'appelle le syndrome malin des neuroleptiques, qui peut provoquer l'hyperthermie, une forte augmentation de la température corporelle qui peut causer à son tour une grave déshydratation et des dommages cellulaires.

Getting back to dopamine neurotransmitters, you can suffer from permanent alteration of dopamine neurotransmitters in the cortex, which can lead to permanent alteration of the personality, especially with long-term use of these antipsychotic medications. I think there is a definite risk that your personality will be altered in the long term, in that your capacity to feel empathy towards other human beings could be affected. You might become a more indifferent person.

Senator Trenholme Counsell: In fairness to the debate, do we not have to differentiate between the acute drug therapy, when you or any other person cannot decide, and the ongoing therapy, where you should have a role in the decision making? Would you agree that that is fair?

Ms. Friday: Some people would argue that if it is an acute crisis and you are administering antipsychotic medication, it will only be for the short term, just for a few days. However, there is a danger that the patient might get trapped into or hooked on the medication and find it increasingly difficult to get off it. Some people would argue it might be best simply never to be on the medication in the first place.

Senator Cordy: Bev, you said 5.4 per cent of British Columbians have mental health care needs. Out of those, 76 per cent identified acceptability of services and supports as a barrier. What exactly do you mean? Is it that the supports are not meeting their needs? I wonder if you could just clarify that for me.

Ms. Gutray: I wish I could. I think that is one of the pieces of research that we need to really begin to understand. In the StatsCan survey, people are saying, "Yes, I have a problem, but no, I would not go for help." Now, it may be a range of reasons, and I think that is a piece of research that needs to occur, because often we have built our mental health systems around the idea that we need more. There has always been a "more" dimension. If we just had more services everything would be better. Even if you add more, if it is the same thing, it will not address why people are not coming for service.

The Chairman: I used to be in the market research business. The danger in that question is that it could simply reflect a level of expectations on the part of clients that is so high you would never be able to produce services that are acceptable. Therefore, with that 76 per cent floating out there, it is critical that we understand what it means in the real world.

Ms. Gutray: I agree, and that is why we are talking about the research that needs to be done.

The Chairman: Do you know if anybody is planning to do that?

Ms. Gutray: No, not that I know of. It may be that you could recommend that somebody do that.

Senator Cordy: You would like that to be in our report. However, it is a high percentage, as the chairman has said, 76 per cent of the people who are in need of services.

Pour revenir à la dopamine et aux neurotransmetteurs, on peut souffrir d'une altération permanente des neurotransmetteurs dans le cortex, ce qui peut causer une altération permanente de la personnalité, surtout dans le cas de l'utilisation à long terme des médicaments antipsychotiques. Je crois qu'il y a un risque certain de modification durable de la personnalité, touchant la capacité de ressentir de l'empathie envers d'autres êtres humains. Une personne peut devenir indifférente.

Le sénateur Trenholme Counsell : En toute justice, ne devrions-nous pas dans le cadre de ce débat faire la différence entre la thérapie et la médication en cas de crise, alors que le patient ne peut décider, ni une autre personne à sa place, et la thérapie continue, auquel cas le patient a un rôle décisionnel? N'êtes-vous pas d'accord là-dessus?

Mme Friday : D'aucuns diraient qu'en cas de crise grave, on administre des médicaments antipsychotiques seulement pour une brève période, pendant quelques jours. Cependant, il y a le danger que le patient soit piégé ou qu'il devienne accroché à ce médicament et qu'il trouve de plus en plus difficile de s'en passer. Certains soutiennent qu'il serait peut-être préférable de ne jamais administrer le médicament au départ.

Le sénateur Cordy : Bev, vous avez dit que 5,4 p. 100 des Britano-Colombiens ont des besoins en santé mentale. De ce nombre, 76 p. 100 ont identifié l'acceptabilité des services et des aides comme obstacle. Que voulez-vous dire exactement? Est-ce que les aides ne répondent pas à leurs besoins? Je voudrais que vous me précisiez cela.

Mme Gutray : J'aimerais pouvoir le faire. Je pense que c'est l'un des éléments de la recherche que nous devons vraiment mieux comprendre. Dans l'enquête de Statistique Canada, les gens disent : « Oui, j'ai un problème, mais non, je n'irais pas demander de l'aide. » Maintenant, cela peut s'expliquer par diverses raisons, et je pense que c'est un élément de la recherche qu'il faut approfondir, parce que nous avons souvent bâti nos systèmes de santé mentale à partir de l'idée qu'il en faut toujours davantage. Il y a toujours une dimension où il en faut plus. Si nous avions seulement plus de services, tout irait mieux. Même quand on en ajoute, c'est la même chose, et cela ne répond pas à la question de savoir pourquoi les gens ne demandent pas le service.

Le président : J'ai déjà travaillé dans le secteur des études de marché. Le danger de cette question, c'est que la réponse peut simplement refléter un niveau d'attente de la part des clients qui est tellement élevé qu'il est impossible de produire des services qui seraient jugés acceptables. Par conséquent, puisque ce chiffre de 76 p. 100 flotte quelque part, il est crucial de comprendre ce que cela veut dire en réalité.

Mme Gutray : Je suis d'accord, et c'est pourquoi nous disons qu'il faut approfondir la recherche.

Le président : Savez-vous si quelqu'un prévoit le faire?

Mme Gutray : Non, pas à ma connaissance. Peut-être pourriez-vous en faire la recommandation.

Le sénateur Cordy : Vous voudriez que cela figure dans notre rapport. Cependant, c'est un pourcentage élevé, comme le président l'a dit, 76 p. 100 des gens qui ont besoin de services.

Ms. Gutray: We do not know what that dimension means. It could also reflect the level of shame, discrimination.

Senator Cordy: That is true, and that is my next question. You have also raised the question of stigmatization that certainly we have about heard over and over. You spoke about a two-day training program that the Vancouver-Burnaby Branch of the CMHA is doing. Who takes this program? Do you just advertise it and people take it, or is it focused on people involved in the system?

Ms. Gutray: The target group of the mental illness first aid program is actually other service providers, so it could be the sheriff's department. It could be the income support workers. It is people who have a lot of interaction with people with a mental illness and most often do not have a lot of accurate information on what it means, what are mental illnesses, and what are some very successful supportive things that they can do.

Senator Cordy: How did you determine that their confidence in recognizing and responding jumped from 30 to 90 per cent? What method did you use to test it?

Ms. Gutray: It was a survey.

Senator Cordy: Just after they finished the course?

Ms. Gutray: Yes.

Senator Cordy: Was the survey taken the day of or two weeks later?

Ms. Gutray: It was taken shortly after.

Senator Cordy: The day of. Okay.

Ms. Gutray: You are speaking to the need for another piece of research that needs to be done, and we all know that, but it is a relatively new program. It has had a positive response. I think the unique feature is that the co-trainers are a professional and a person with mental illness, who are compensated, who are seen as professional team leaders.

Senator Cordy: It is a great start. Do people volunteer to take this program or are they selected?

Ms. Gutray: They are selected.

Senator Callbeck: I have a couple of questions dealing with Darrell's brief, but anybody can comment on this: the sentence "...non-profits are more likely to deliver services more cost effectively, not relying as heavily on scarce, licensed professionals...but experienced college level practitioners."

Mr. Burnham: Well, to be honest, if you have 10 people on the ground delivering service and the average wage is either $35 an hour or $20 an hour, that is the difference. If you have one licensed professional overseeing the nine other workers, other colleagues, there will be a huge difference in terms of the cost of

Mme Gutray : Nous ne savons pas ce que cette dimension signifie. Cela pourrait aussi refléter un certain taux de honte, de discrimination.

Le sénateur Cordy : C'est vrai, et cela m'amène à ma question suivante. Vous avez aussi soulevé la question de la stigmatisation dont nous avons assurément entendu parler à maintes reprises. Vous avez parlé d'un programme de formation de deux jours à la section de Vancouver-Burnaby de l'ACSM. Qui suit ce programme? Est-ce que vous l'annoncez et les gens s'inscrivent, ou bien ciblez-vous les gens qui participent au système?

Mme Gutray : Le groupe cible du programme de premiers soins en santé mentale est en fait celui des autres fournisseurs de services. Ce pourrait donc être le bureau du shérif, ou encore des employés du soutien du revenu. Ce sont des gens qui ont beaucoup d'interaction avec des personnes ayant une maladie mentale et qui, le plus souvent, ne sont pas bien renseignées sur la question, sur la réalité des maladies mentales, et sur ce qu'ils peuvent faire pour se rendre très utiles.

Le sénateur Cordy : Comment avez-vous établi que leur niveau de confiance pour ce qui est de reconnaître et d'intervenir est passé de 30 à 90 p. 100? Quelle méthode avez-vous utilisé pour vérifier cela?

Mme Gutray : C'était un sondage.

Le sénateur Cordy : Juste après qu'ils aient terminé le cours?

Mme Gutray : Oui.

Le sénateur Cordy : Le sondage a-t-il été fait le jour même ou deux semaines plus tard?

Mme Gutray : Il a été fait peu de temps après.

Le sénateur Cordy : Le jour même. D'accord.

Mme Gutray : Vous évoquez le besoin de faire une autre recherche et nous le savons tous, mais c'est un programme relativement nouveau. La réaction a été positive. Je pense que la caractéristique unique est que les formateurs sont jumelés : un professionnel et une personne ayant une maladie mentale. Ils sont rémunérés et sont perçus comme formant une équipe de professionnels.

Le sénateur Cordy : C'est un excellent début. Les gens se portent-ils volontaires pour suivre ce programme ou bien sont-ils choisis?

Mme Gutray : Ils sont choisis.

Le sénateur Callbeck : J'ai deux ou trois questions au sujet du mémoire de Darrell, mais j'invite les autres à commenter aussi la phrase suivante : « [...] les organismes à but non lucratif ont plus de chance d'offrir les services avec un meilleur rapport coût-efficacité, ne comptant pas aussi étroitement sur des professionnels accrédités et rares [...] mais sur des praticiens expérimentés du niveau collégial. »

M. Burnham : Eh bien, en toute franchise, si vous avez dix personnes sur le terrain qui dispensent le service et que leur salaire moyen est de 35 $ l'heure ou 20 $ l'heure, c'est là que se situe la différence. S'il y a un professionnel accrédité qui supervise les neuf autres employés, cela fait une différence énorme dans le coût de la

delivering service. The other point is if you integrate peer support workers or train clients in that role, it changes the service profile. It is often more acceptable to clients. Services that are run through non-profits or are community based are often more accessible. They are not seen as threatening. There are no psychiatrists on-site, so the idea of a pink slip coming out and sending someone away is generally not in the picture. You can foster a lot of informal supports, peer-to-peer support. In a lot of the group settings, people find their solutions not necessarily from the professionals, but from someone next door who has dealt with the same issue and may have figured out a way to overcome it. There are a lot of ways, not just five professionals delivering a discrete service. Does that answer your question?

The Chairman: It is worth putting on the record here that it just so happens in the last two weeks two studies have been released, one by the Alberta Auditor General and one by Eleanor Kaplan, who used to be the Minister of Health in Ontario, but was doing this as a royal commission. They both did studies into the delivery, in this case, of home care services in their respective provinces. Both studies had a clear conclusion that states that the ownership structure of the home care service has no bearing at all on either efficiency or quality. In both cases, they looked at a full range. They looked at government-owned services. They looked at not-for-profits and at for-profits. Their studies were actually of something else, but they concluded categorically that they could find winners and losers, good and bad in all three systems, and that the ownership structure was irrelevant to the quality of care. I just thought you ought to know that. My guess is if that is true in home care, which is probably the social service with the greatest range of types of suppliers, it is no evidence.

Mr. Burnham: A range of discrete services too.

Senator Callbeck: Who are the experienced college-level practitioners? What do you mean by that?

Mr. Burnham: Normally, a two-year mental health certificate at Douglas College. We often have a lot of people with degrees in psychology or degrees other than registered social worker. Normally, it is two years or more of college. We also have masters-degree students, but they are masters in psychology and are not registered.

Senator Callbeck: You say there is a two-year course?

Mr. Burnham: Yes.

Senator Callbeck: I also wanted to ask about PSR. I do not understand what you mean by the PSR approach.

prestation des services. Par ailleurs, si l'on intègre des travailleurs qui sont des pairs, ou si l'on forme des clients pour jouer ce rôle, cela change le profil du service. C'est souvent plus acceptable pour les clients. Les services qui sont assurés par les organismes sans but lucratif ou communautaires sont souvent plus accessibles. Ils ne sont pas considérés aussi menaçants. Il n'y a pas de psychiatre sur place et l'idée qu'une petite feuille rose de congédiement puisse être délivrée n'est généralement pas envisagée. On peut obtenir beaucoup de soutien informel, d'entraide entre les pairs. Dans un cadre d'intervention en groupe, les gens trouvent souvent leurs solutions non pas nécessairement chez les professionnels, mais chez un voisin qui a vécu la même situation et qui peut avoir trouvé le moyen de s'en sortir. Il y a bien des manières de s'y prendre, il n'est pas nécessaire d'avoir toujours cinq professionnels pour dispenser un service. Cela répond-il à votre question?

Le président : Il vaut la peine de signaler qu'il se trouve qu'au cours des deux dernières semaines, deux études ont été publiées, une du vérificateur général de l'Alberta et l'autre par Eleanor Kaplan, qui a déjà été ministre de la Santé en Ontario, mais qui travaillait dans le cadre d'une commission royale. Dans les deux cas, on a étudié la prestation des services, en l'occurrence les services de soins à domicile, dans leurs provinces respectives. Les deux études sont arrivées clairement à la conclusion que la structure de propriété du service de soins à domicile n'a aucune incidence sur l'efficience ou la qualité. Dans les deux cas, on a examiné tout l'éventail des services. Ils ont étudié les services offerts par le gouvernement, ainsi que par les organismes à but non lucratif et les organismes lucratifs. Les études portaient en fait sur autre chose, mais les deux ont conclu catégoriquement que l'on pouvait trouver des gagnants et des perdants, du bon et du mauvais dans les trois systèmes et que la structure de propriété n'avait aucun rapport avec la qualité des soins. J'ai pensé que je devrais vous mettre au courant de cela. J'en conclus que si c'est vrai pour les soins à domicile, qui est probablement le service social touchant le plus vaste éventail de fournisseurs, c'est une preuve solide.

M. Burnham : On y offre aussi un vaste éventail de services.

Le sénateur Callbeck : Qui sont les praticiens expérimentés de niveau collégial? Que voulez-vous dire par là?

M. Burnham : Normalement, ce sont des gens qui ont obtenu un certificat en santé mentale de deux ans au Collègue Douglas. Nous employons souvent des diplômés en psychologie ou des titulaires d'autres diplômes et qui ne sont pas des travailleurs sociaux autorisés. Normalement, il faut deux ans ou plus d'études collégiales. Nous avons aussi des étudiants du niveau de la maîtrise, mais ils font une maîtrise en psychologie et ne sont pas autorisés.

Le sénateur Callbeck : Vous dites qu'il y a un cours de deux ans?

M. Burnham : Oui.

Le sénateur Callbeck : Je voulais aussi poser une question au sujet de la réadaptation psychosociale. Je ne comprends pas ce que vous voulez dire par là.

Mr. Burnham: It is a philosophy of service. It has many principles that help the clients direct their own care, where they want to go with it. It provides some principles of self-determination. I should have brought a list of the principles.

Ms. Gutray: I can add a little. Psychosocial rehab is grounded in a lot of occupational therapy training. There is a base to it. Unless it has changed, the training was originally out of Boston University, with people like Marianne Farkus, et cetera. It is really about belief in rehabilitation. It is a rehabilitation approach, a recovery approach, an approach in which service providers are trained to work with people on what their hopes and dreams are versus what traditionally a lot of service providers have believed people can accomplish. My information may be a bit dated, but that is how I understand it.

Senator Gill: I do not want to start a long discussion, but you know that in society we have different groups with different values, cultures, education and things like that. I would like to know if Aboriginal people are involved in your networks or association. I know the Aboriginal people of this province are receiving services of some kind.

Ms. Friday: I could speak briefly to that question. At the Vancouver-Richmond Mental Health Network, as the central core of our network we have 11 facilitated groups with group leaders. One of those is a native group. They engage in a native talking circle. Any consumer/survivors who have a native background, and others as well, are welcome to join the group so that they can have their say and engage in a healing process of mutual support, a form of peer support. They can talk about their issues openly and receive support.

One thing I could briefly add is the client-centred approach is extremely valuable both for recovery and creating an atmosphere of psychological safety so people feel free to move in any direction.

Senator Gill: I want to know if they receive some services or attention from groups here.

Mr. Burnham: Certainly in the Vancouver area, the Musqueam Band receives services through a mental health team and has supports on reserve. There are many Aboriginal people in the downtown core, probably a disproportionate number, who are receiving services either through the Aboriginal support system or through mental health systems like ours. We have a number of members.

Senator Gill: Does the provincial health system apply to them?

Mr. Burnham: Off reserve.

M. Burnham : C'est une philosophie de service. Elle repose sur de nombreux principes qui aident les clients à participer à leur propre cheminement thérapeutique, à son orientation. Elle est axée sur certains principes d'autonomie. J'aurais dû apporter la liste des principes en question.

Mme Gutray : Je peux vous en dire un peu plus. La réadaptation psychosociale est issue d'une formation en ergothérapie. C'est la base. À moins que cela ait changé, cette formation a été conçue à l'origine à l'Université de Boston par des gens comme Marianne Farkus, et cetera. Elle s'articule autour de la foi en la réadaptation. C'est une démarche axée sur la réadaptation, sur le rétablissement. Dans ce contexte, les dispensateurs de soins travaillent avec les gens en fonction de leurs espoirs et de leurs rêves à eux, alors que traditionnellement, on mettait l'accent sur ce que de multiples intervenants croyaient que les patients pouvaient accomplir. Mon information date peut-être un peu, mais c'est ainsi que je comprends cette philosophie.

Le sénateur Gill : Je ne veux pas commencer une longue discussion, mais vous savez qu'au sein de la société, il existe différents groupes ayant des valeurs, une culture et une éducation différentes, et ainsi de suite. Je voudrais savoir si des Autochtones sont membres de votre association et de vos réseaux. Je sais que les Autochtones de cette province reçoivent certains services.

Mme Friday : Je pourrais répondre brièvement à cette question. Au réseau de santé mentale de Vancouver-Richmond, qui est notre plaque tournante, on compte 11 groupes facilités, sous la direction de chefs de groupe. L'un d'eux est un groupe autochtone. Ses membres participent à un cercle de discussion autochtone. Tous les consommateurs/survivants qui ont des antécédents autochtones, et d'autres aussi, sont les bienvenus dans ce groupe qui leur permet d'avoir leur mot à dire et de s'engager dans un processus de guérison fondé sur un appui mutuel, une forme de soutien par les pairs. Ils peuvent discuter de leurs problèmes ouvertement et recevoir du soutien.

J'ajouterai une dernière petite chose : cette approche axée sur le client est extrêmement précieuse en ce sens qu'elle favorise le cheminement vers la guérison en installant un climat de sécurité psychologique qui permet aux gens de se sentir libre de s'engager dans une voie ou une autre.

Le sénateur Gill : Je veux savoir s'ils reçoivent des services de groupe ici.

M. Burnham : Dans la région de Vancouver, la bande Musqueam reçoit des services de la part d'une équipe spécialisée en santé mentale et elle bénéficie de soutiens sur la réserve. De nombreux Autochtones vivent au centre-ville, sans doute en nombre disproportionné, et ils reçoivent des services soit par l'entremise du réseau de soutien autochtone ou d'organisations de santé mentale comme la nôtre. Nous comptons de nombreux membres.

Le sénateur Gill : Le système de santé provincial s'applique-t-il à eux?

M. Burnham : À l'extérieur de la réserve.

Ms. Gutray: I can just comment on what we do as an association. We certainly work in partnership with a number of bands when we have our National Depression Screening Day, which rolls out across the province. There is a fairly high component of Aboriginal people involved in the delivery of that program. It is not enough, but it is one indication of our trying to reach out to the population.

Senator Pépin: I would like to quote you.

> The funding body can work to increase the benefits and minimize the problems associated with NGOs by creating incentives for collaboration as opposed to competition.

The Chairman: What is your reaction to the idea of effectively putting a condition on an organization getting public funds that they must, in fact, cooperate? You said that the original driver of cooperation was fear of what the provincial government was planning to do. Do we incorporate that into an ongoing process by saying if you want support, you have to play the team game? We thought we would save the best question for last, like they do on the quiz shows.

Ms. Gutray: It is such a big question. Different models work in different places, and I will use a different model to respond.

The B.C. Partners for Mental Health and Addictions was a model where we were all forced to the table to work together, so it was not a voluntary partnership. As mental health and addictions agencies, there was an additional dimension, because many of us believed we could do each other's work just as well. That has been a very difficult partnership because there has been a difference in values from one organization to another that we have had to come to terms with, and are still coming to terms with. Also, because the funding environment was completely destabilized, it was unclear whether the ship we were jumping on would sink or float.

Yes, collaboration should be the preference of the funder. However, the analysis of the groups that you are pulling together has to be done very carefully because not everybody will make good partners. In Williams Lake it did not come from the funder. It came from the groups, who said "We have to control our response to the funding environment. We have to take charge of this."

I guess I am saying that you can prescribe — it is just like writing a prescription — but you will not find that the same medication works well in two different patients, and more likely the co-op model will work well if it is prescribed for some and not others. There are different dimensions, and that is what I was trying to point out.

Mme Gutray : Je peux simplement vous dire ce que nous faisons, en tant qu'association. Chose certaine, nous travaillons en partenariat avec un certain nombre de bandes lorsque nous organisons la journée nationale de la détection de la dépression. À cette occasion, des activités sont organisées dans toute la province. Un groupe assez important d'Autochtones participent à la prestation de ce programme. Ce n'est pas suffisant, mais c'est une indication des efforts que nous faisons pour rejoindre la population.

Le sénateur Pépin : J'aimerais vous citer :

> L'organisme de financement peut faire en sorte d'accroître les avantages et de minimiser les inconvénients relatifs aux ONG en proposant des incitatifs qui favoriseront la collaboration plutôt que la concurrence.

Le président : Que pensez-vous de l'idée d'imposer à une organisation financée à même les deniers publics l'obligation de collaborer? Vous avez dit que le premier moteur de la collaboration était la crainte face aux mesures que le gouvernement provincial envisageait de prendre. Devrions-nous intégrer de façon permanente cette condition au processus, en disant aux organisations que si elles veulent obtenir un soutien, elles doivent jouer en équipe? Nous avons pensé de garder les meilleures questions pour la fin, comme on fait dans les émissions de jeux télévisés.

Mme Gutray : C'est une question qui revêt une grande portée. Des modèles différents fonctionnent à différents endroits, et je vais vous répondre en donnant l'exemple d'un autre modèle.

Je vais vous donner l'exemple du B.C. Partners for Mental Health and Addictions. Dans le contexte de ce modèle, tous les intervenants étaient forcés de travailler ensemble; ce n'était pas un partenariat volontaire. Pour les organismes spécialistes de la santé mentale et des toxicomanies, il y avait une dimension additionnelle car bon nombre d'entre nous pensions que nous pouvions faire le travail de l'autre tout aussi bien. Ce fut un partenariat difficile parce qu'il a fallu composer avec les valeurs différentes de chaque organisation, et d'ailleurs, ce processus est toujours en cours. En outre, étant donné que l'environnement financier était complètement déstabilisé, nous ne savions pas si le bateau sur lequel nous nous embarquions allait flotter ou couler.

Certes, la collaboration serait la voie privilégiée par l'organisme bailleur de fonds. Cela dit, il faut analyser très soigneusement le profil des groupes que l'on réunit car ce ne sont pas tous les intervenants qui font de bons partenaires. À Williams Lake, l'obligation de collaborer n'a pas été imposée par le bailleur de fonds, mais par les groupes eux-mêmes qui ont dit : « Nous devons contrôler notre réponse au cadre de financement. Nous devons en assumer la responsabilité. »

Autrement dit, vous pouvez toujours faire une ordonnance — un peu comme une ordonnance médicale, mais vous constaterez que le même médicament ne fonctionne pas nécessairement pour deux patients différents, et il est probable que le modèle coopératif, s'il devait être imposé, donnera de bons résultats pour certains et non pour d'autres. Il y a des dimensions différentes, et c'est ce que j'essaie de vous faire comprendre.

Senator Pépin: I agree with you that, depending on where you are, the approach could be a little different, but maybe the fact that it is mandatory funding forces people to work together, and after that to exchange information. Do you believe that sharing should be mandatory if you want to get funding?

Ms. Gutray: Do I believe it? No. I think it should be strongly suggested. It should be something that you consider in your funding application.

The Chairman: You like the godfather approach rather than mandating it?

Ms. Gutray: Yes.

The Chairman: Make them an offer they cannot refuse.

Senator Pépin: We went to Brandon, Manitoba, last week and they told us that they closed a hospital and now they have started a system whereby they are collaborating and sharing information and it really works very well. You have an approach also.

Ms. Gutray: Right. Absolutely.

The Chairman: I will ask you for a comment, Darrell, but since Senator Pépin mentioned Brandon, you would love the fact that what they have done is essentially create a single point of entry to the entire system. You know what forced them into it? There was only one psychiatrist in the entire Brandon area so, in fact, all the services had to be provided by people who were not sick. You would have liked the model. It did not force the cooperation, but the right personalities came along to make it work and now it is unbelievable.

Mr. Burnham: I think some financial inducements often work better than a more challenging response. For example, if there was a way to keep the savings from collaboration, the ability to say "If you can organize yourself more efficiently, we will not claw it back." Where is the motivation there? That can either be pooled or the savings kept individually. That would be a very strong inducement. It does not cost any more, but there is some motivation, a reason to try to find a way to make it work, because our experience with partnerships is they are all different, and it is like a marriage. If there are five organizations, it is a marriage of five people, and you know how hard it is with one sometimes. With four or five, you have to work through it. To legislate it, to me would be scary.

The Chairman: So it is a real motivation.

Ms. Gutray: That was the model in Williams Lake. They were allowed to keep the savings and reinvest them in other areas as they decided. It is important.

The Chairman: I thank all of you for coming.

Le sénateur Pépin : Je suis d'accord avec vous. Selon l'endroit où l'on est, l'approche pourrait être légèrement différente, mais vraisemblablement, si c'est obligatoire pour obtenir du financement, les gens seront forcés de collaborer et, ultérieurement, d'échanger l'information. Pensez-vous que ce partage d'information devrait être une condition du financement?

Mme Gutray : Si je le pense? Non. Je crois plutôt qu'on devrait fortement le suggérer. Ce devrait être un élément dont on tient compte dans la demande de financement.

Le président : Vous préférez l'approche du parrain plutôt qu'une obligation en règle?

Mme Gutray : Oui.

Le président : Faites-leur une offre qu'ils ne peuvent refuser.

Le sénateur Pépin : Nous sommes allés à Brandon, au Manitoba, la semaine dernière. On nous a dit qu'un hôpital avait fermé et que par la suite les intervenants avaient mis sur pied un système axé sur la collaboration et le partage d'information qui fonctionnait très bien. Vous avez aussi adopté une approche en ce sens.

Mme Gutray : Tout à fait.

Le président : Je vais vous demander de faire un commentaire, Darrell, mais étant donné que le sénateur Pépin a mentionné Brandon, vous serez ravi d'apprendre qu'essentiellement, on a créé là-bas un guichet unique pour l'ensemble du système. Vous savez ce qui les a forcés à agir? Comme il n'y avait qu'un seul psychiatre pour toute la région de Brandon, en fait, tous les services devaient être prodigués par des personnes qui n'étaient pas malades. Ce modèle vous aurait plu. Il n'imposait pas la collaboration, mais les bonnes personnes ont pris les choses en main pour que le système fonctionne et maintenant, c'est incroyable.

M. Burnham : Souvent, je pense qu'il est préférable de recourir à des incitatifs financiers plutôt que de heurter les gens de front. Par exemple, si l'on pouvait trouver un moyen de conserver les économies découlant de la collaboration, si on pouvait dire : « Si vous vous organisez de façon plus efficiente, nous ne ferons pas de retenues fiscales ». À ce moment-là, quelle est la motivation? Ces économies peuvent être réunies ou gardées individuellement. Ce serait un incitatif très intéressant. Cela ne coûterait pas plus cher, mais on susciterait ainsi une certaine motivation, une raison de trouver une façon de faire en sorte que cela fonctionne. D'après notre expérience des partenariats, ils sont tous différents, et c'est comme un mariage. Si cinq organisations sont en cause, c'est un mariage de cinq personnes, et vous savez combien c'est difficile parfois avec un partenaire seulement. Avec quatre ou cinq, il faut vraiment faire des efforts. Mais l'idée qu'une loi pourrait imposer cela me fait peur.

Le président : C'est donc une véritable motivation.

Mme Gutray : Il y avait le modèle de Williams Lake. On avait permis aux organisations de conserver les économies et de les réinvestir dans d'autres domaines, à leur guise. C'est important.

Le président : Je vous remercie tous d'être venus.

Do you want to say something, Ms. Nazif? I know you appeared before the committee this morning, but we would love to hear from you.

Ms. Joan Nazif, Chair, Family Advisory Committee of Vancouver Mental Health Services: I would like to make a comment about people having to take medications. My daughter was 27 when she became ill. She was not a child. She was extremely delusional. She was on the streets of Vancouver. She contracted cellulitis. It was suggested that she should go to St. Paul's Hospital every week and get an intravenous antibiotic, and that was all anybody was prepared to do for her. She contracted cellulitis because she had a mental illness. She needed neuroleptic medications. Unfortunately, she needed almost two and a half years in hospital because she was refractory. People who are psychotic need treatment. It is fine for those of us who are well enough to decide if we want to take medication. My daughter would be dead today if she was not put into enforced treatment. She would be in the cemetery, so for goodness sakes, let us be sensible about this. There are times when we need to prescribe treatment and medication against people's wishes. She did not want to be treated.

The Chairman: Thank you for that.

Ms. Gutray: I would like to respond, senator. There is mental health legislation in every province that says there is a time when we have to intervene. I will use our own act as an example. We have a community committal provision that allows people who have a mental illness to be committed while living in the community. However, that provision does not take individuals' direct experience with previous treatments into account. If I have not been compliant in the past, it might have been because of the side effects of the medications or the combinations. What I hear Ron saying, what I definitely hear family members saying as well, is it needs balance. It needs a reasonable, balanced approach. Thank you.

The Chairman: Thank you all for coming.

The committee adjourned.

Voulez-vous dire quelque chose, madame Nazif? Je sais que vous avez comparu devant le comité ce matin, mais nous serions ravis d'entendre vos commentaires.

Mme Joan Nazif, présidente, Comité consultatif de la famille des services de santé mentale de Vancouver : J'aimerais faire un commentaire au sujet des personnes qui doivent prendre des médicaments. Ma fille avait 27 ans lorsqu'elle est tombée malade. Ce n'était pas une enfant. Elle était extrêmement délirante. Elle vivait dans les rues de Vancouver. Elle a contracté la cellulite et on lui a dit qu'elle devrait aller à l'Hôpital St. Paul's toutes les semaines pour obtenir un antibiotique intraveineux, et c'était tout ce qu'on était prêt à faire pour elle. Elle a contracté la cellulite parce qu'elle souffrait d'une maladie mentale. Elle avait besoin de médicaments antipsychotiques. Malheureusement, il lui a fallu passer deux ans et demi à l'hôpital parce qu'elle était réfractaire. Les personnes qui souffrent de troubles psychotiques ont besoin de traitements. Nous, qui sommes en santé, pouvons décider si nous voulons prendre un médicament. Ma fille serait morte aujourd'hui si on ne lui avait pas imposé un traitement. Elle serait au cimetière. Par conséquent, pour l'amour du ciel, il faut faire preuve de bon sens. Il arrive qu'il soit nécessaire de prescrire à certaines personnes un traitement et une médication contre leur gré. Elle ne voulait pas être soignée.

Le président : Merci de ce témoignage.

Mme Gutray : J'aimerais répondre, sénateur. Chaque province a une loi sur la santé mentale qui précise à quel moment il est nécessaire d'intervenir. Je prendrai l'exemple de notre propre loi. Elle comporte une disposition de placement sous garde dans la communauté qui permet aux personnes atteintes d'une maladie mentale d'être sous surveillance tout en vivant dans la collectivité. Cependant, cette disposition ne prend pas en compte l'expérience de traitement antérieur des individus. Si je ne me suis pas conformée à une ordonnance dans le passé, c'est peut-être en raison des effets secondaires des médicaments ou des combinaisons de médicaments. Le message de Ron et des membres de la famille est clair : il faut un équilibre. Il faut adopter une approche équilibrée, raisonnable.

Le président : Merci à tous d'être venus.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid
Lettermail
Poste-payé
Poste-lettre
1782711
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:

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

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

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

WITNESSES

Monday, June 6, 2005 (morning meeting)

As individuals:

Rob Wipond, Writer;
Francesca Allan;
Ruth Johnson;
Doris Ray;
Bonita Allen

Family Advisory Committee of Vancouver Mental Health Services:

Joan Nazif, Chair.

Monday, June 6, 2005 (afternoon meeting)

Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation:

Darrell Burnham, directeur administratif.

Canadien Mental Health Association, British Columbia Division:

Bev Gutray, Executive Director.

Vancouver-Richmond Mental Health Network:

Susan Friday, President;
Ron Carten, Coordinator;
Lara Paul, Member.

TÉMOINS

Le lundi 6 juin 2005 (séance du matin)

À titre personnel :

Rob Wipond, écrivain;
Francesca Allan;
Ruth Johnson;
Doris Ray;
Bonita Allen.

Comité consultatif des familles des Services de santé mentale de Vancouver :

Joan Nazif, présidente.

Le lundi 6 juin 2005 (séance de l'après-midi)

Coast Foundation Society/Coast Mental Health Foundation :

Darrell Burnham, directeur administratif.

Association canadienne pour la santé mentale, section de la Colombie-Britannique :

Bev Gutray, directrice administrative.

Vancouver-Richmond Mental Health Network :

Susan Friday, présidente;
Ron Carten, coordonnateur;
Lara Paul, membre.

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