



First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Friday, September 22, 2006
Thursday, October 5, 2006 (in camera)

Issue No. 5

**Meeting to publicize the findings of the Committee's report
on issues concerning mental health and mental illness**

(Round Table format discussion on
the Knowledge Exchange Centre)

and

Future business of the committee

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le vendredi 22 septembre 2006
Le jeudi 5 octobre 2006 (à huis clos)

Fascicule n° 5

**Réunion pour diffuser les conclusions sur le rapport du
Comité concernant la santé mentale et la maladie mentale**

(Format table ronde sur la création projetée d'un Centre
national d'échange des connaissances sur la santé mentale)

et

Travaux futurs du comité

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE
AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck Champagne, P.C.	* Hays (or Fraser)
Cochrane	* LeBreton, P.C.
Cook	(or Comeau)
Cordy	Pépin
Eggleton, P.C.	Nancy Ruth
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Nancy Ruth was substituted for that of the Honourable Senator Forestall (*September 12, 2006*).

The name of the Honourable Senator Di Nino was substituted for that of the Honourable Senator Champagne (*September 18, 2006*).

The name of the Honourable Senator Champagne P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Di Nino (*September 25, 2006*).

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 :

Callbeck Champagne, C.P.	* Hays (ou Fraser)
Cochrane	* LeBreton, C.P.
Cook	(ou Comeau)
Cordy	Pépin
Eggleton, C.P.	Nancy Ruth
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

*Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

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

Le nom de l'honorable sénateur Nancy Ruth est substitué à celui de l'honorable sénateur Forrestall (*le 12 septembre 2006*).

Le nom de l'honorable sénateur Di Nino est substitué à celui de l'honorable sénateur Champagne (*le 18 septembre 2006*).

Le nom de l'honorable sénateur Champagne C.P., est substitué à celui de l'honorable sénateur Di Nino (*le 25 septembre 2006*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Friday, September 22, 2006
(6)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:10 a.m. this day, in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cordy, Di Nino, Keon and Kirby (5).

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

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the motion adopted by the Senate on Tuesday, April 25, 2006 the committee met to publicize the findings of its report tabled in May 2006 on issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 3, Wednesday, April 25, 2006, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Canadian Institutes of Health Research:

Barbara Beckett, Associate Director.

Centre for Addiction and Mental Health:

Paula Goering, Director, Health Systems Research and Consulting Unit.

The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology:

Dr. Alain Lesage, Past President.

Alberta Mental Health Board:

Ray Block, CEO.

The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO:

Dr. Ian Manion, Psychologist,

Karen Kidder, Manager.

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, National Executive Director.

University of Victoria:

Dan Reist, Expert in Knowledge Translation, BC Centre for Addiction Research.

BC Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange:

Dr. Patrick Smith; Senior Advisor;

Peter Coleridge, Senior Advisor.

As an individual:

Bonnie Pape.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le vendredi 22 septembre 2006
(6)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 10, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cordy, Di Nino, Keon et Kirby (5).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à la motion adoptée par le Sénat le mardi 25 avril 2006, le comité se réunit pour rendre publiques les conclusions de son rapport déposé en mai 2006 sur les questions de la santé mentale et de la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité du mercredi 25 avril 2006.*)

TÉMOINS :

Instituts de recherche en santé du Canada :

Barbara Beckett, directrice associée.

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Paula Goering, directrice, Recherches des systèmes de santé et Unité de consultation.

Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique :

Dr Alain Lesage, président sortant.

Conseil de la santé mentale de l'Alberta :

Ray Block, directeur général.

Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados :

Ian Manion, psychologue;

Karen Kidder, gestionnaire.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale :

Phil Upshall, directeur exécutif national.

Université de Victoria :

Dan Reist, spécialiste de l'application des connaissances, BC Centre for Addiction Research.

BC Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange :

Dr Patrick Smith, conseiller principal;

Peter Coleridge, conseiller principal.

À titre personnel :

Bonnie Pape.

Hospital for Sick Children:

Ross Hetherington, Director, About Kids Health.

Canadian Health Services Research Foundation:

Irving Gold, Director of Knowledge Transfer and Exchange.

National Network for Mental Health:

Constance McKnight, National Executive Director.

The Honourable Senator Kirby made a statement.

Peter Coleridge, Patrick Smith, Ian Manion, Karen Kidder, Dan Reist, Constance McKnight, Phil Upshall, Paula Goering, Irving Gold, Barbara Beckett, Alain Lesage, Bonnie Pape, Ray Block and Ross Hetherington each made a statement.

Together all the witnesses participated in a roundtable discussion with the members of the committee.

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

At 12:41 p.m., the committee resumed its sitting.

At 2:02 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, October 5, 2006

(7)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met in camera at 11:06 a.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Eggleton, P.C., Fairbairn, P.C., Gill, Keon, Kirby, Nancy Ruth and Trenholme Counsell (11).

Other senator present: The Honourable Senator Carstairs, P.C. (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos and Tim Riordan Raaflaub, Research Analysts, Political and Social Affairs Division.

In accordance with rule 92(2)(e), the committee met in camera to consider a draft agenda.

The Honourable Senator Kirby informed the committee that he is resigning from his position as Chair of the committee.

The Honourable Senator Keon, Deputy Chair, made a statement.

At 11:33 a.m., the committee proceeded in public.

The clerk of the committee presided over the election of the Chair.

It was moved by the Honourable Senator Kirby that the Honourable Senator Eggleton, P.C., be Chair of this committee.

Hospital for Sick Children :

Ross Hetherington, directeur, About Kids Health.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Irving Gold, directeur, Centre d'échange des connaissances.

Réseau national pour la santé mentale :

Constance McKnight, directrice exécutive nationale.

L'honorable sénateur Kirby fait une déclaration.

Peter Coleridge, Patrick Smith, Ian Manion, Karen Kidder, Dan Reist, Constance McKnight, Phil Upshall, Paula Goering, Irving Gold, Barbara Beckett, Alain Lesage, Bonnie Pape, Ray Block et Ross Hetherington font chacun une déclaration.

Ensemble, tous les témoins participent à une table ronde avec les membres du comité.

À 12 h 10, la séance est interrompue.

À 12 h 41, la séance reprend.

À 14 h 2, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 5 octobre 2006

(7)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 11 h 6, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Eggleton, C.P., Fairbairn, C.P., Gill, Keon, Kirby, Nancy Ruth et Trenholme Counsell (11).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Carstairs, C.P. (1).

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

Conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le comité siège à huis clos pour examiner un projet d'ordre du jour.

L'honorable sénateur Kirby annonce au comité qu'il démissionne de son poste de président.

L'honorable sénateur Keon, vice-président du comité, fait une déclaration.

À 11 h 33, le comité poursuit ses travaux en séance publique.

La greffière du comité préside à l'élection du président.

L'honorable sénateur Kirby propose que l'honorable sénateur Eggleton, C.P., assume la présidence du comité.

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

The Honourable Senator Eggleton, P.C., took the chair and made a statement.

At 11:44 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., prend place au fauteuil et fait une déclaration.

À 11 h 44, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Friday, September 22, 2006

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 10:10 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: Good morning and welcome. Before we begin, let me mention that the committee prepared a report on the hospital/doctor system, which came out four years ago next month. As senators are aware, the normal shelf life of a Senate committee report in terms of usefulness is about four weeks, let alone four years. It is interesting that although our information on wait times, et cetera, is still driving the national health care agenda, I could not resist pointing out to committee members that the federal-provincial-territorial deputy ministers released a report yesterday on catastrophic drugs and the plan is almost identical to this committee's plan.

We have talked many times in this committee about the importance in public policy of defining the terms of the debate. One of the unresolved issues in their report was how to quantify the term "undue financial hardship." Colleagues will get a chuckle out of that because this committee's report said that the whole purpose of a catastrophic drug plan should be to figure out how to avoid individuals suffering undue financial hardship as a result of having to pay drug costs. That is the last piece of the report that continues.

This meeting is an exercise in picking the collective brains of the people around the table. The committee's proposal for a Canadian mental health commission would have three specific areas of work, one of which was a national anti-stigma campaign. Mr. Phil Upshall is running a two-day conference in October in Ottawa on such a campaign. The second area proposed was a knowledge exchange centre. We thought it would be useful to have this discussion today so that we can prepare a background paper for the incoming commission, assuming it will be created, and we will prepare one for the stigma issues as well after Mr. Upshall's conference. We do not know whether the commission will be created but all the provinces and territories are still on side. It is an issue of the federal government making that decision as part of the budget process, and I am optimistic.

When the commission is formed, I thought it would be useful and effective for commission members to have at the outset a background report on what some thoughtful people would do in respect of an anti-stigma campaign and a knowledge exchange centre.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le vendredi 22 septembre 2006

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 10 pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président : Bonjour et bienvenue. Avant de commencer, permettez-moi de mentionner que le comité a préparé un rapport sur le système des hôpitaux et des médecins, dont la publication remonte à octobre 2002. Comme les sénateurs le savent, en temps normal, un rapport d'un comité sénatorial a une durée utile d'environ quatre semaines; alors quatre ans... Il est intéressant de noter que même si nos renseignements sur les délais d'attente et tout le reste demeurent un élément déterminant du dossier national de la santé, je ne pouvais m'empêcher de souligner aux membres du comité que les sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux ont publié hier un rapport sur les médicaments onéreux et que le plan qu'ils ont échafaudé est quasiment identique au plan conçu par notre comité.

Au cours de nos délibérations au comité, nous avons maintes fois parlé de l'importance des politiques gouvernementales définissant les termes du débat. Une des questions qui restent à régler dans le rapport qu'ils ont produit, c'est la quantification du terme « difficultés financières excessives ». Voilà qui fera rire les collègues, car selon le rapport de notre comité l'idée même du régime de médicaments onéreux devrait consister à déterminer la manière de s'y prendre pour éviter que les gens aient à supporter des difficultés financières excessives en raison du prix élevé des médicaments. C'est le dernier élément du rapport non réglé.

Notre audience a pour but de faire appel aux lumières des gens qui sont réunis ici autour de la table. Le projet de la commission canadienne de la santé mentale proposé par le comité comporterait trois aspects précis, dont un programme national anti-stigmatisation. En octobre, M. Phil Upshall organise une conférence de deux jours sur une campagne de cette nature à Ottawa. Le deuxième aspect proposé : un centre d'échange des connaissances. Nous avons cru bon de discuter de la question aujourd'hui, de manière à pouvoir préparer un document d'information à l'intention de la commission qui sera mise sur pied, en présumant qu'elle le sera, et nous préparerons également un document sur la question de la stigmatisation à la suite de la conférence de M. Upshall. Nous ne savons pas si la commission verra le jour, mais toutes les provinces et tous les territoires sont toujours d'accord. C'est le gouvernement fédéral qui doit prendre la décision dans le cadre du processus budgétaire; je demeure optimiste.

J'ai cru qu'il serait à la fois utile et efficace pour les membres de la commission, au moment où celle-ci sera créée, de disposer au départ d'un document d'information sur la manière dont certains esprits éclairés feraient pour établir une campagne anti-stigmatisation et un centre d'échange des connaissances.

Therefore, the purpose of this committee is to prepare a paper for the proposed commission on recommendations for the building of a national knowledge exchange centre that would cover the entire field of mental health. Today, the purpose is to glean as much information as possible for that purpose. I would ask everyone to introduce themselves, please.

Senator Keon: I am Senator Wilbert Keon, deputy chairman of the committee.

Ross Hetherington, Director, About Kids Health, Hospital for Sick Children: I am Ross Hetherington.

Bonnie Pape, as an individual: I am Bonnie Pape, formerly with the National Office of the Canadian Mental Health Association. I am still affiliated with them as a special adviser, but I am here today as an individual.

Ray Block, CEO, Alberta Mental Health Board: I am Ray Block.

Senator Cordy: I am Jane Cordy, a senator from Nova Scotia. I have been on this committee since we started studying health care.

Dr. Alain Lesage, Past President, The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology: I am Alain Lesage. I represent the Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology. I am also a professor in the Department of Psychiatry at the University of Montreal and am affiliated with the research centre at Fernand-Séguin in the east end of Montreal.

Barbara Beckett, Associate Director, Canadian Institutes of Health Research: I am Barbara Beckett, from the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, at the Canadian Institutes of Health Research.

Irving Gold, Director of Knowledge Transfer and Exchange, Canadian Health Services Research Foundation: I am Irving Gold.

Paula Goering, Director, Health Systems Research and Consulting Unit, Centre for Addiction and Mental Health: I am Paula Goering, director of a research unit at the Centre for Addiction and Mental Health. I also hold a chair, funded by CHSRF and CIHR, that focuses on knowledge translation.

Phil Upshall, National Executive Director, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health: I am Phil Upshall. The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health is the largest mental health coalition in Canada at the national level. We are proud to be here today. I am also Executive Director of the Mood Disorders Society of Canada, which is hosting the National Stigma Research Project in Ottawa from October 2 to 4, 2006, and I would invite everyone to take a look at the material on their website. It is very good.

Par conséquent, notre comité a pour but de préparer à l'intention de la commission proposée un rapport renfermant des recommandations sur l'établissement d'un centre national d'échange des connaissances englobant le champ global de la santé mentale. Notre tâche aujourd'hui consiste à glaner le plus d'information possible à cette fin. Je demanderais à chacun de se présenter.

Sénateur Keon : Je suis le sénateur Wilbert Keon, vice-président du comité.

Ross Hetherington, directeur, About Kids Health, Hospital for Sick Children : Je suis Ross Hetherington.

Mme Bonnie Pape, à titre personnel : Je m'appelle Bonnie Pape, et je travaillais anciennement au bureau national de l'Association canadienne pour la santé mentale. J'y suis encore attachée à titre de conseillère spéciale, mais je comparais aujourd'hui à titre personnel.

Ray Block, directeur général, Conseil de la santé mentale de l'Alberta : Je m'appelle Ray Block.

Le sénateur Cordy : Je m'appelle Jane Cordy, je suis sénateur et je suis originaire de la Nouvelle-Écosse. Je siège au comité depuis que nous avons commencé à y étudier les soins de santé.

Dr Alain Lesage, président sortant, Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique : Je suis Alain Lesage. Je représente l'Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique. Je suis aussi professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, et je suis affilié au centre de recherche Fernand-Séguin dans l'est de Montréal.

Barbara Beckett, directrice associée, Instituts de recherche en santé du Canada : Je suis Barbara Beckett, de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, aux Instituts de recherche en santé du Canada.

Irving Gold, directeur, Centre d'échange des connaissances, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Je m'appelle Irving Gold.

Paula Goering, directrice, Recherche des systèmes de santé et Unité de consultation, Centre de toxicomanie et de santé mentale : Je m'appelle Paula Goering, je suis directrice d'une unité de recherche au Centre de toxicomanie et de santé mentale. J'occupe également une chaire financée par la FCRRM et les IRSC, dont le centre de préoccupation est l'application des connaissances.

Phil Upshall, directeur exécutif national, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : Je m'appelle Phil Upshall. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale est la plus grande coalition qui soit au Canada, à l'échelle nationale, dans le domaine de la santé mentale. Nous sommes fiers d'être ici aujourd'hui. Je suis directeur général de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, qui est l'hôte du projet national de recherche sur la stigmatisation à Ottawa, du 2 au 4 octobre 2006. J'inviterais tout le monde à jeter un coup d'œil à la documentation qui se trouve sur le site Web. C'est très bien fait.

Constance McKnight, National Executive Director, National Network for Mental Health: I am Constance McKnight, I am also here today representing the Canadian Coalition of Alternative Mental Health Resources. We are all consumer driven.

Dan Reist, Expert in Knowledge Translation, BC Centre for Addiction Research, University of Victoria: I am Dan Reist. I direct the Communication and Resource Unit for knowledge exchange activities at the Centre for Addictions Research of B.C. at the University of Victoria.

Karren Kidder, Manager, Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO: I am Karren Kidder. I am the manager of knowledge exchange at the Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO.

Dr. Ian Manion, Psychologist, The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO: I am Ian Manion. I am the Executive Director of operations for the Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO. I am also a researcher at the University of Ottawa and at the research institute for the children's hospital.

Senator Di Nino: Good morning. My name is Consiglio Di Nino. I apologize for my throat problem this morning. I am not a member of this committee regularly. I am here out of interest and pinch hitting for a colleague, but I wanted to give my colleagues on this committee a little plug publicly.

This is a critical issue for our country, and this committee has probably one of the best reports that has been produced by the Senate in a long time. To the regular members of the committee, I would like to add my applause and congratulations.

Patrick Smith, Senior Advisor, B.C. Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange: I am Patrick Smith from the B.C. Mental Health and Addiction Services, Provincial Health Services Authority in British Columbia, and head of addictions psychiatry at UBC.

Peter Coleridge, Senior Advisor, B.C. Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange: I am Peter Coleridge and I work in the same place as Mr. Smith. I am also special adviser to the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health. Certainly, workplaces are a primary place for knowledge exchange. I am also a founding member of the Canadian Executive Council on Addictions.

The Chairman: I would like to go around the table in the reverse direction this time. I would like each person to tell us the advice you would give to a group of people at the Mental Health Commission who were charged with building a knowledge exchange centre. What are the three or four things that would be the most important for them to do? I asked some of you to

Constance McKnight, directrice exécutive nationale, Réseau national pour la santé mentale : Je m'appelle Constance McKnight; je suis ici aujourd'hui pour représenter la Coalition canadienne des ressources alternatives en santé mentale. Nous sommes tous centrés sur l'utilisateur.

Dan Reist, spécialiste de l'application des connaissances, BC Centre for Addiction Research, Université de Victoria : Je m'appelle Dan Reist. Je dirige le Communication and Resource Unit chargée des activités d'échange des connaissances au Centre for Addictions Research de la Colombie-Britannique, à l'Université de Victoria.

Karren Kidder, gestionnaire, Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados : Je m'appelle Karren Kidder. Je suis directrice de l'échange des connaissances au Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados.

Ian Manion, psychologue, Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados : Je m'appelle Ian Manion. Je suis directeur exécutif chargé des opérations au Centre provincial d'excellence au CHEO en santé mentale des enfants et des ados. Je suis également chercheur à l'Université d'Ottawa et à l'Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants.

Le sénateur Di Nino : Bonjour, je m'appelle Consiglio Di Nino. Je m'excuse du mal de gorge qui m'afflige ce matin. Je ne suis pas membre du comité. Je suis là parce que le sujet m'intéresse et parce que je remplace un collègue, je tenais à vanter un peu publiquement mes collègues qui font partie du comité.

Nous avons affaire à une question qui est d'une importance capitale pour notre pays et à ce qui constitue probablement l'un des meilleurs rapports produits depuis longtemps par le Sénat. Aux membres en règle du comité, j'adresserais mes félicitations. J'applaudis à leur travail.

Patrick Smith, conseiller principal, B.C. Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange : Je m'appelle Patrick Smith et je représente l'organisme B.C. Mental Health and Addiction Services, du Provincial Health Services Authority, en Colombie-Britannique, et je suis directeur du service de psychiatrie pour toxicomanes à UBC.

Peter Coleridge, conseiller principal, B.C. Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange : Je m'appelle Peter Coleridge et je travaille au même endroit que M. Smith. Je suis également conseiller spécial de la Table ronde de commerce international et d'économie sur les dépendances et la santé mentale — certes, les lieux de travail sont tout indiqués pour l'échange des connaissances. Je suis également membre fondateur du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies.

Le président : J'aimerais faire un tour de table en sens inverse cette fois-ci. J'aimerais que chaque personne nous fasse part des conseils qu'elle donnerait à un groupe qui serait chargé de mettre sur pied un centre d'échange des connaissances à la Commission de la santé mentale. Quelles sont les trois ou quatre tâches qui, à vos yeux, seraient les plus importantes? Je vous ai demandé de

bring written material to make it a little easier for us and if you have those notes, you can give them to our chief researcher or our clerk afterward.

Mr. Coleridge: This is something that both Mr. Smith and I worked on together, so I will touch on some of this and then turn it over to him.

Our advice would be that in thinking about knowledge exchange, we need to look at three categories of change: first, changing practice among professionals; second, influencing policy in terms of policy decision makers; and third, the public and all the many subpopulations and multicultural communities, as well as clients and families who want to access and go through services.

Those would be the three categories for knowledge exchange; and in each of those, it is important to look at a comprehensive strategy for how you would change practice, influence policy and attitudes and behaviours among the public.

There has been a tendency to do these one-shot deals of a campaign for the public or a conference for health professionals or a paper for policy-makers. We know that those things — one shot in isolation from a variety of other strategies — will not change practice, policy or attitudes and behaviour. We come at this from a comprehensive, longer term process. We also feel it is important to understand the context for change. I will stop there and turn it over to Mr. Smith.

Mr. Smith: In moving through our collective understanding of knowledge exchange and translation, we look at the history where researchers publish their information in journals. We hope that someone would have read it and changed their practice and attitudes accordingly. We have moved from that to a better practice of compiling the information in ways that can be more accessible to various populations.

Mostly what we see and hear is frustration that those best practice guidelines, all that information is uncoordinated but it also is not making a change. Even when it is available and people are aware of the information, it does not translate to meaningful change in attitudes or behaviours.

At the B.C. Centre for Research and Knowledge Exchange, this is our day job. As the Provincial Health Services Authority of B.C., we are charged with looking at ways to support the five regional health authorities and to support change in mental health practices, change in attitudes across the province and how to support those changes. We are taking a changed management perspective, looking at targeted attitudes or behaviours that need to be changed

noter par écrit vos observations et de nous les remettre pour que notre travail soit un peu plus facile; je vous prie de remettre les documents à notre principale attachée de recherche sinon à notre greffière après l'audience.

M. Coleridge : C'est un dossier auquel M. Smith et moi-même avons travaillé ensemble; je vais donc en parler un peu pour lui céder ensuite la parole.

Nos conseils à qui doit réfléchir à l'échange des connaissances? Il faut s'attacher à trois catégories de changement : premièrement, modifier la pratique chez les professionnels; deuxièmement, influencer sur le travail des auteurs des politiques officielles; et, troisièmement, prendre en considération le public et les nombreuses sous-populations et communautés multiculturelles, ainsi que les clients et les familles qui souhaitent avoir accès aux services ou s'en prévaloir.

Ce serait là les trois catégories de l'échange des connaissances. En rapport avec chacune d'entre elles, il importe d'envisager une stratégie globale qui fait voir comment vous allez modifier la pratique, influencer sur les politiques et influencer sur les attitudes et comportements du grand public.

Les campagnes de sensibilisation du public, les colloques pour les professionnels de la santé et les rapports à l'intention des décideurs ont eu tendance à revêtir un caractère ponctuel. Or, nous savons que cette façon de procéder — une mesure ponctuelle appliquée sans lien avec les diverses stratégies qui existent par ailleurs — n'aura pas pour effet de modifier la pratique, les politiques ou les attitudes et comportements. Nous en sommes arrivés à cette conclusion à la suite d'un processus global s'échelonnant sur une longue période. Nous croyons qu'il importe de comprendre le contexte où s'inscrit le changement. Je m'arrêterai là pour céder la parole à M. Smith.

M. Smith : En essayant de comprendre ensemble l'échange et l'application des connaissances, nous voyons que, par tradition, les chercheurs publient leurs résultats dans des revues. Ainsi, nous espérons que quelqu'un a lu notre article et qu'il modifie en conséquence sa pratique et ses attitudes. Nous avons fait mieux en recueillant des informations de telle façon qu'elles sont mieux accessibles à diverses populations.

Essentiellement, nous voyons qu'il y a une certaine frustration quant aux lignes directrices diffusées au sujet des pratiques exemplaires ainsi établies : toutes les informations restent morcelées et, de plus, elles n'entraînent pas de changement. Même là où les informations sont accessibles et que les gens en sont conscients, cela ne se traduit pas par une évolution significative des attitudes ou des comportements.

Au B.C. Centre for Research and Knowledge Exchange, c'est là notre tâche. À titre de responsables provinciaux des services de santé en Colombie-Britannique, nous avons pour responsabilité d'étudier les façons d'appuyer les cinq administrations régionales et de favoriser l'évolution des pratiques en santé mentale et des attitudes dans l'ensemble de la province, et de soutenir une telle évolution. Nous appliquons une perspective dite de gestion du changement, c'est-à-dire que nous étudions certaines attitudes ou

based on research findings, and looking at a comprehensive system change model. That is our recommendation for a national framework.

The other recommendation, which we have touched on in B.C. when Senator Kirby came to visit, is that it would make the most sense to have a community of practice, a network, so that the national knowledge exchange centre is a virtual centre that builds on regional nodes of expertise to maintain the standards and on-the-ground activity in each of the regions and provinces. In this way, we can really have active support for meaningful change in practice and attitudes in the three areas that were mentioned.

Dr. Manion: In our centre, we are involved in funding and undertaking research, educational training and forming partnerships and networks. We realized early on that knowledge exchange touched everything we do — not as an add-on but as a critical component of everything we do. When you are forming a partnership, you are establishing the readiness for change for that information to have a proper uptake. By forming relationships with others, you are also promoting knowledge exchange.

I will let Ms. Kidder talk about the details. Probably one-third of our personnel is engaged in knowledge exchange at our centre; it has been resourced to the hilt. The importance of having processes in place is ongoing and incorporated into everything we do. Assuming others already know how to do knowledge exchange is bit of a misleading idea. To assume that scientists who are creating knowledge know how to mobilize it is not necessarily right. To assume that service providers who need to use the knowledge know how to understand it, where the researchers are, again, is not something you can assume. We are throwing many of the assumptions out and talking to all the different kinds of stakeholders so they can have a proper appreciation of what their active role is in knowledge exchange — not just as a recipient but also as a producer of knowledge.

The other recommendation concerns the work we do with children and youth. We have to be careful not to assume that knowledge exchange with children and youth, and the stakeholders involved in child and youth mental health, will be identical across the age span. There are some similarities, but some of the issues are very different. One, for example, is looking at youth themselves as recipients of information and as agents for the exchange of information.

Ms. Kidder: It is difficult following Dr. Manion. He knows so much about knowledge exchange that he always steals some of my planned comments. I will try not to repeat anything he

certain comportements qu'il y a lieu de changer à partir des résultats des recherches et envisageons un modèle global de changement systémique. C'est ce que nous recommandons en rapport avec un cadre national.

L'autre recommandation, que nous avons abordée en Colombie-Britannique au moment où le sénateur Kirby nous a rendu visite, consiste — ce serait l'approche la plus sensée — à établir une communauté de pratique, un réseau, si bien que le centre national d'échange des connaissances est un centre virtuel qui repose sur des nœuds d'expertise régionaux chargés de maintenir les normes et le travail de terrain dans chacune des régions et des provinces. De cette façon, il y aurait des appuis actifs à l'égard de l'évolution significative de la pratique et des attitudes en rapport avec les trois aspects de la question que nous avons mentionnés.

M. Manion : À notre centre, notre travail touche le financement, la recherche, la formation et la mise sur pied de partenariats et de réseaux. Nous avons vite compris que l'échange des connaissances touche tout ce que nous faisons — ce n'est pas un élément qui vient simplement s'ajouter; c'est une composante capitale de tout ce que nous faisons. Lorsque vous créez un partenariat, vous créez des conditions propices au changement pour que l'information soit correctement assimilée. En nouant des liens avec les autres, vous favorisez également l'échange des connaissances.

Je laisserai à Mme Kidder le soin de vous donner les précisions voulues. C'est probablement le tiers de notre personnel qui s'adonne à l'échange des connaissances à notre centre; nous sommes pourvus d'un maximum de moyens à cet égard. Les procédés importent toujours; ils s'appliquent à tout ce que nous faisons. On se trompe en présumant que les autres savent déjà comment échanger des connaissances. Présumer que des scientifiques, créateurs de connaissances, savent comment mobiliser les connaissances n'est pas forcément une bonne idée. Présumer que les fournisseurs de services, qui ont besoin d'utiliser les connaissances, savent comment les assimiler, comment communiquer avec les chercheurs, encore une fois, n'est pas une bonne idée. Nous jetons par-dessus bord bon nombre des hypothèses nourries à ce sujet et nous nous entretenons avec toutes sortes d'intervenants, pour que ceux-ci puissent bien saisir quel est le rôle actif qu'ils doivent jouer dans l'échange des connaissances — non pas seulement en tant que destinataires, mais aussi en tant que producteurs de connaissances.

L'autre recommandation porte sur le travail que nous faisons auprès des enfants et des adolescents. Il faut se garder de présumer que l'échange des connaissances avec les enfants et les adolescents, et aussi avec les intervenants en santé mentale qui travaillent auprès d'eux, sera toujours pareil quel que soit l'âge de la personne. Il existe bien des similitudes, mais certaines des questions qui se présentent sont très différentes. Il s'agit, par exemple, d'envisager les jeunes eux-mêmes comme destinataires de l'information et comme agents d'échange d'information.

Mme Kidder : Il est difficile de suivre M. Manion. Il sait tant de choses sur l'échange des connaissances qu'il finit toujours par voler quelques-unes des observations que je souhaitais formuler.

has said. The comments of Mr. Smith and Mr. Coleridge are very much in line with what the centre is doing. I will not repeat their words either.

I would like to emphasize the important relationship between critically assessing the evidence and the knowledge exchange activities that you develop. One of the lessons that we learned when we started the centre was that you could not jump directly into mobilization. We wanted to; I was all geared up to get the information out there, but we had to pull back. We had to ask what do we know is the most credible information? What do we know for sure is at least credible information before we began that mobilization process?

Now we are balancing those two. One is the process for critical assessment where we do systematic reviews of the literature to identify the most credible interventions and information on conditions. The other is the study of critical practice guidelines where we decide, amongst all these diverse recommendations, which ones we can tell people to do, with confidence — all the challenges and all the costs in relation to change and practice — because we know these recommendations will make a difference for children.

At the same time, we are trying to take a scientific approach to knowledge exchange as well. What actually works in knowledge exchange? I want to applaud the idea of having a knowledge exchange centre as separate and discreet from other activities because this idea needs individual attention. We need to look at it with the same kind of scrutiny that we look at other kinds of research. Do we know, for example, that putting information on our website will lead to any kind of practice change? Let us apply that same rigor to the knowledge exchange activities we use.

We have that scrutiny going on and the assessment of the evidence, but at the same time, because the need is so great, we are saying that you cannot wait. You cannot wait for these two processes so you need preliminary steps to get started. We are moving on issues around stigma, for example, because we have confidence, based on a systematic review that we have completed, that we can make legitimate contributions around that; some ways to create change to be positive for children and youth. I suggest that you seriously look at balancing those three different things.

Mr. Reist: I want to echo what I have heard already; they are the kinds of things we recommend. I would add, and maybe emphasize, two pieces to the discussion. One is that we need to abandon the notion that knowledge is generated at one place and needs to be delivered to another. Knowledge is generated at many

Je vais essayer de ne pas répéter ce qu'il a dit. Les observations de MM. Smith et Coleridge évoquent très bien les activités du centre. Je ne répéterai pas ce qu'ils ont dit non plus.

J'insisterais sur le lien important qui existe entre le travail d'évaluation critique des données qui s'impose et les activités d'échange de connaissances que l'on met au point. Une des leçons que nous avons apprises au moment de mettre sur pied le centre, c'est qu'on ne saurait s'engager directement dans la mobilisation. C'est ce que nous voulions faire; je brûlais d'envie de diffuser les informations, mais j'ai dû battre en retraite. Il nous a fallu nous demander quelles sont les informations que nous savons le plus dignes de foi. Quelles sont les informations dont nous pourrions dire avec certitude qu'elles sont tout au moins dignes de foi, avant d'entamer le processus de mobilisation?

Maintenant, nous équilibrons ces deux éléments. Il y a d'abord le processus d'évaluation critique : nous recensons systématiquement la documentation scientifique pour y repérer les interventions et les informations les plus dignes de foi au sujet des troubles. L'autre consiste en une étude des lignes directrices sur les éléments critiques des pratiques. À ce moment-là, nous déterminons, entre toutes les recommandations variées dont il est question, lesquelles nous pouvons révéler aux gens avec confiance — tous les défis qui se présentent et tous les coûts à engager relativement au changement et à la pratique —, car nous savons que ces recommandations auront un effet sur la vie des enfants.

En même temps, nous essayons aussi d'aborder l'échange des connaissances de manière scientifique. Qu'est-ce qui fonctionne vraiment à cet égard? Je veux applaudir à l'idée de mettre sur pied un centre d'échange des connaissances en tant qu'élément séparé et distinct des autres centres d'activités, car c'est une idée qui mérite une attention particulière. Nous devons l'exposer aux mêmes regards rigoureux qui caractérisent les autres types de recherche. Par exemple, savons-nous que le fait d'afficher des informations sur notre site Web entraînera quelque modification que ce soit de la pratique? Appliquons cette même rigueur aux activités d'échange des connaissances que nous mettons en œuvre.

Nous portons ce regard rigoureux sur les choses et nous évaluons les données, mais, en même temps, comme le besoin éprouvé est si grand, on se dit qu'on ne peut pas attendre. On ne peut pas attendre que les deux processus arrivent à terme; il faut donc adopter des mesures préliminaires. Nous agissons déjà en rapport avec des questions comme la stigmatisation, par exemple, car nous croyons bien, grâce à la recension systématique que nous avons réalisée, que nous pouvons apporter une contribution légitime à cet égard; trouver des façons de stimuler une évolution positive chez les enfants et les adolescents. Je vous conseille de chercher sérieusement à trouver le juste équilibre entre ces trois aspects.

M. Reist : Je veux me faire l'écho de ce que j'ai déjà entendu; ce sont le genre de recommandations que nous formulons. J'ajouterais, en insistant peut-être, deux éléments devant faire l'objet de discussions. D'abord, il faut abandonner l'idée que les connaissances sont générées à un endroit et qu'elles doivent être

places and needs to be exchanged between those places. Knowledge does not flow in academic-based research to communities; it flows back and forth. We need a way to honour and capture that knowledge that is developed in the community, and exchange that knowledge with the other players within the system as well. We need to emphasize a multidimensional, multidirectional flow of information.

Second, there is a danger in trying to build huge infrastructures that are natural processes in community. Communities have mechanisms to move information around and we need to learn from that and how we can enhance those mechanisms relative to the issues we are trying to address, as opposed to creating something foreign. The whole theory around communities of practice is an interesting one and offers ways of moving forward in a sustainable way, but I think we need to look at what is pragmatic, what is sustainable and what are natural ways as opposed to something that is foreign.

Ms. McKnight: This is timely. Last week we had consumer leaders from across the country come together and talk specifically about this.

We have a number of recommendations. Instead thinking from institution to institution — of course we do not think that way because we are grassroots — we understood that the knowledge exchange centre would likely be housed in a institution; that is fine. We wholeheartedly support everything the Senate has recommended. We have always worked well with institutions, but institutions have not always worked well with consumer organizations. That issue needs to be addressed at some point.

We also feel that consumers need to be hired as part of the team to develop the knowledge exchange centre, so that we can — I do not know what a politically appropriate word is — put it into basic layman language for folks. We feel it would be great to have the consumers there but they should not be researchers who call themselves consumers; they should be consumers interested in research.

Also, the website should be visual and interactive and have the capacity to attract all learning styles. It should be easy to navigate, dynamic and user friendly by including questions and answers in plain language. It should be tested and compatible at the lowest common access because a lot of our folks are marginalized already and do not have access to the best technology. Links should be made available to consumer-survivor websites, and a site map needs to be developed and accessible for all disabilities, not just for us.

transmises à un autre endroit. Les connaissances sont générées à de nombreux endroits et doivent s'échanger entre les endroits en question. Les connaissances ne coulent pas du milieu de la recherche vers les collectivités; la circulation se fait dans les deux directions. Il nous faut une façon d'honorer et de prendre en main les connaissances conçues au sein de la collectivité, pour les échanger avec d'autres joueurs à l'intérieur du système. Il nous faut insister sur un flot d'informations multidimensionnelles et multidirectionnelles.

Ensuite, il est risqué d'essayer d'édifier d'énormes infrastructures qui, au sein de la collectivité, représentent des processus naturels. Les collectivités disposent de mécanismes pour faire circuler l'information, et nous devons en tirer des enseignements et trouver une manière d'améliorer ces mécanismes en rapport avec les questions que nous essayons d'aborder, plutôt que de créer quelque chose d'artificiel. Toute la théorie des communautés de pratique est intéressante sur ce plan et permet d'en arriver à des façons d'aller de l'avant de manière viable, mais je crois que nous devons essayer d'envisager ce qui est pratique, ce qui est viable, ce que sont les façons naturelles, plutôt que de songer à des trucs artificiels.

Mme McKnight : Voilà qui tombe à point nommé. La semaine dernière, des chefs de file parmi les usagers des services de santé mentale provenant de partout au pays se sont réunis pour parler justement de cette question.

Nous avons plusieurs recommandations. Au lieu de penser que ce serait d'un établissement à l'autre — bien entendu, nous ne pensons pas de cette façon, car notre mouvement plonge ses racines dans la base même —, nous avons compris que le centre d'échange des connaissances serait probablement abrité dans un établissement; c'est très bien comme ça. Nous appuyons sans réserve tout ce que le Sénat a recommandé. Nous avons toujours bien travaillé avec les établissements, mais les établissements n'ont pas toujours bien travaillé avec les regroupements d'usagers. C'est une question qu'il faudra aborder à un moment donné.

Nous croyons également qu'il faut recruter des usagers comme membres de l'équipe chargée de mettre sur pied le centre d'échange des connaissances; de cette manière, nous pouvons — je ne sais pas comment le dire dans le langage de la rectitude politique — traduire ça en mots simples que les gens vont comprendre. À notre avis, il serait merveilleux que des usagers puissent en faire partie, mais il faudrait que ce soit non pas des chercheurs qui se disent usagers; ce serait plutôt des usagers qui s'intéressent à la recherche.

De même, le site Web devrait avoir une présentation attrayante et être interactif, et être conçu pour attirer tous les styles d'apprentissage. Il faut qu'il soit simple d'y naviguer, qu'il soit dynamique, convivial au moyen de questions-réponses écrites en termes simples. Il devrait être testé et rendu compatible avec le plus petit dénominateur technique commun : souvent, nos gens sont déjà marginalisés et n'ont pas accès à la meilleure technologie. Il faudrait y mettre des liens vers des sites Web d'usagers/survivants, et concevoir une carte du site qui sera

It must be multilingual, must mirror the multicultural makeup of Canada and it must be marketed and publicized.

We already have a website that is user friendly and has a number of research pieces on it. To push that website into something bigger would be great because the more information we can get out there, the better. We need to look at the model of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, in the States. I do not know if anyone is familiar with that, but it would be something to think about.

The Chairman: Is that site run by the U.S. Department of Health and Social Services, HHS, the addiction and mental health branch?

Ms. McKnight: Yes: we feel that model would be something to look at as a guide.

Mr. Upshall: It is a treat to be here with this august group. Having heard everything that has been said so far, there is not much more to say, but I will anyway.

To get back to reality, you have to look at the vision for the knowledge exchange centre. It is nice to talk about the concepts, but what do you want? I assume you want a consumer centre, consumer-focused in the broadest sense, and an accessible and practically used website. There are myriad numbers of websites out there designed or oriented to consumers: consumers in research, consumers and family members. The websites are poorly developed, not well used and a waste of money. It would be useful to look at what works. Lots of people have wonderful websites and pat themselves on the back, but the reality is, there are not a whole lot of visits.

We had an activity called the Canadian Collaborative Mental Health Initiative, CCMHI, now over but the website is still active. There was tremendous activity, which we tracked in terms of downloads and visits. We also tracked satisfaction levels. That is something that you have to consider here. Are the users happy with the work? What is coming down? What kind of demands are they making? Then respond and satisfy that demand.

The Canadian Alliance of Mental Illness and Mental Health is concerned that the knowledge exchange centre reinvents the wheel. There are tons of databases out there and some are very good. Stats Canada, the Public Health Agency of Canada, PHAC, and others are valuable and need to be linked in an appropriate way. We talk about consumer friendliness: it has to be consumer friendly so it will satisfy the initial needs and continue to satisfy needs as it grows. You have to start somewhere and use the KISS principle; keep it simple at the start.

accessible, non seulement à nous, mais à tous, quelle que soit la déficience de la personne. Il doit être multilingue et refléter le caractère multiculturel du Canada; enfin, il faut faire une bonne mise en marché et de la publicité.

Nous avons déjà un site Web convivial où on trouve un certain nombre de documents utiles. Donner de l'expansion au site Web serait merveilleux, car plus nous diffusons de l'information, mieux la situation sera. Nous devons envisager le modèle de l'agence américaine chargée de la question — la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, ou SAMHSA. Je ne sais pas si quelqu'un ici connaît cette organisation, mais c'est une mesure à laquelle il faudrait réfléchir.

Le président : Est-ce que ce site est administré par les autorités américaines des services sociaux et de santé — le Department of Health and Social Services : la direction des toxicomanies et de la santé mentale?

Mme McKnight : Oui : nous croyons qu'il pourrait s'agir là d'un modèle utile.

M. Upshall : C'est un plaisir de se retrouver en si auguste compagnie. Ayant entendu tout ce qui s'est dit jusqu'à maintenant, je dirais qu'il ne reste plus grand-chose à dire, mais je vais quand même parler.

Pour revenir à la réalité, disons que vous devez vous faire une idée de ce que sera le centre d'échange des connaissances. Il est très bien de manier les concepts, mais que voulez-vous au juste? Je présume que vous voulez un centre pour les usagers, qui est centré sur l'utilisateur au sens le plus large du terme et un site Web accessible et pratique. Il existe une myriade de sites Web qui sont conçus en fonction des usagers : les usagers du monde de la recherche, les usagers et les parents proches. Les sites Web sont mal conçus, mal utilisés. C'est de l'argent gaspillé. Il serait utile de voir ce qui fonctionne. Il existe bien des gens qui ont un site Web merveilleux et qui s'autofélicitent à ce sujet, mais, en vérité, le nombre de visiteurs est faible.

Nous avons organisé une activité baptisée Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, qui est maintenant terminée, mais le site Web existe toujours. L'activité s'est révélée bourdonnante; nous avons établi le nombre de téléchargements et de visites. Nous avons également mesuré le degré de satisfaction des gens. Voilà un facteur que vous devez prendre en considération. Les utilisateurs se satisfont-ils du travail fait? Qu'est-ce qui se trame? Quelles exigences formulent-ils? À ce moment-là, prenez les mesures qui s'imposent et répondez aux exigences.

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale s'inquiète de la possibilité que le centre d'échange des connaissances ne fasse que réinventer la roue. Il existe déjà des tonnes de bases de données, dont certaines sont très bonnes. Statistique Canada, l'Agence de santé publique du Canada, ou ASPC, et d'autres encore ont des sites précieux qui doivent être reliés correctement. Nous parlons de convivialité : il faut que ce soit convivial, pour répondre aux besoins initiaux et continuer de le faire avec l'expansion du site. Il faut bien commencer quelque part. Pourquoi se compliquer la vie quand on peut faire les choses simplement? Restez donc simple d's le début.

In terms of a gap analysis, it might be useful to determine what is not available at the moment and what should be done as of the first instance in terms of structuring it. A number of dialogues are going on now, as I am sure you know. Five dialogues are underway in the mental illness and surveillance activities of the Public Health Agency of Canada and private industry to access private databases. I think you should determine what is going on in the community and how to link in with those activities, particularly with the activities of the public health agencies and surveillance activities. Our sense again is that the KEC will only be effective if it has an effective voice at the management level of the commission.

The person who operates it should be a knowledgeable, senior person. There should be an advisory committee of some sort, made up not just of experts but also of consumer family people who understand and who can develop links with the community.

Our final point is that KEC should only develop information that fills gaps that are identified as the development of the database linkages continues. One of our initial points, if KEC is to be particularly useful in the new realities, is that it should cover all mental illnesses, brain and neurological disorders, and generally any subject having to do with the brain and its malfunction. In other words, the breadth of the data collected within that database is very important as we start to look at the brain as not just a collection of illnesses or functions.

The Chairman: Follow the CIHR model, which is an institute for mental illness and neurological sciences; in other words, cover both.

Mr. Upshall: You want to pick up the cancer, heart and stroke issues that relate to co-morbidity and concurrent disorders. Please, whatever you do, do not follow the CIHR model of website building. It is, without a doubt, the worst website; it does absolutely nothing for millions of dollars. Take a look at that. The other site you might want to look at is the Canadian Health Network. Millions of dollars have been spent on CHN. More people visit the mood disorders website than they do CHN, and that is not very good.

Ms. Goering: I am glad to be here and I am very excited about the idea of a national knowledge exchange network. I am worried, however, about the emphasis on the website. Knowledge is a lot more than information and it really requires the exchange component. We have to be careful not to set up another place where one can get information, another library function. If we do a mapping exercise and find out what is out there in terms of information, we will find that is not what is missing. What is missing is the opportunity to bring knowledge to action, and that could be what the exchange is about.

Pour ce qui est de l'analyse des écarts, il pourrait être utile de déterminer ce qui demeure inaccessible au moment donné et ce qui devrait se faire dès la première possibilité, du point de vue de la restructuration. Un certain nombre de dialogues sont déjà en cours, comme vous le savez sûrement déjà. Cinq dialogues sont en cours à propos des activités de surveillance et de la santé mentale à l'Agence de santé publique du Canada et dans le secteur privé relativement à l'accès aux bases de données privées. À mon avis, vous devriez déterminer ce qui se fait au sein de la collectivité et essayer de prévoir un lien vers les activités en question, particulièrement celles des agences de santé publique et la surveillance. Encore une fois, nous avons l'impression que le CEC ne sera efficace que s'il représente une tribune efficace au palier de la direction de la commission.

Le responsable devrait être une personne chevronnée qui possède toutes les connaissances voulues. Ce devrait être une sorte de comité consultatif, en fait, composé non seulement d'experts, mais aussi de parents d'utilisateurs qui comprennent la situation et qui peuvent nouer des liens avec la collectivité.

En dernier lieu, disons que le CEC devrait générer seulement des informations qui comblent les vides laissés ailleurs dans les bases de données qui seront reliées. Une des premières idées que nous avons fait valoir, c'est que, pour être vraiment utile aujourd'hui, le CEC devrait traiter de l'ensemble des maladies mentales, des troubles du cerveau et du système nerveux, et, de manière générale, de tout sujet ayant un lien quelconque avec le cerveau et ses dysfonctionnements. Autrement dit, l'envergure des données recueillies dans la base en question est très importante, car nous commençons à voir le cerveau comme un ensemble et non pas seulement le lieu de maladies ou de troubles.

Le président : Il faut prendre pour modèle les IRSC, avec l'institut de la santé mentale et des neurosciences; autrement dit, prévoir les deux.

M. Upshall : Vous voulez parler aussi des questions touchant le cancer, le cœur et les ACV dans la mesure où elles se rapportent à la comorbidité et aux troubles concomitants. Quoi qu'il en soit, je vous en prie : ne prenez pas pour modèle le site Web des IRSC. Cela ne fait aucun doute, c'est le pire des sites Web; ce sont des millions de dollars dépensés en pure perte. Jetez-y un coup d'œil. L'autre site que vous allez peut-être vouloir regarder, c'est celui du Réseau canadien de la santé. Des millions de dollars y ont été consacrés. Les visiteurs sont plus nombreux au site Web des troubles de l'humeur qu'à celui du Réseau canadien de la santé, ce qui n'est pas très bon.

Mme Goering, directrice : Je suis heureuse d'être ici et très stimulée à l'idée d'un centre national d'échange des connaissances. Je m'inquiète toutefois de l'accent qui est mis sur le site Web. Les connaissances représentent bien plus que des informations; et l'élément d'échange s'impose. Il faut prendre soin de ne pas simplement établir un autre endroit où aller chercher des informations, une autre bibliothèque. Si nous analysons les informations existantes, nous allons découvrir qu'il ne manque pas d'informations. Ce qui fait défaut, c'est la possibilité de mettre les connaissances au service de l'action, et ce pourrait être la raison d'être de l'échange.

There is a lot of action that the commission has recommended. I think that whatever the knowledge exchange centre is doing should be very closely tied to what the commission wants to accomplish because it is a vehicle for addressing particular issues, and the content, the mechanisms and the audiences should be tied to whatever it is the commission wants to focus on.

To me, it is not a separate entity. It is very much an extension of knowledge and a way of achieving action. Knowledge oftentimes is in the people and in the exchanges. One can use websites for that. There are webinars, podcasts, chat rooms, and so on, but the emphasis is not on the information but on which communities are connected and for what purposes. It is a different way of thinking about what it is. Again, it makes me nervous to think that we might invest a lot in setting up something that will not necessarily help us bridge the gap between what we know and what we do, which you have heard so much about.

The Chairman: I agree with the notion that this would be an integral part of the commission. That is why the committee put it the way it is. That is fine. We in this committee know of many neat things that are happening with regard to helping people living with mental illness around this country. We are the only people who know it, because we are the only people who have travelled from one end of the country to the other, talking to various groups. We know there is a neat thing in St. John's Newfoundland and in Northern Manitoba. One of the things that we had hoped would come out of a knowledge exchange centre, however it is structured — and I agree with you that it is not and should not be just a website — is enabling policy-makers and service deliverers in other parts of the country to know what is working. A lesser example is how to get that information out to people. It is silly for someone to try to reinvent the wheel if there is good example going on in some part of the country.

Ms. Goering: You should start a conversation and an interaction; you do not just tell them that it is there.

The Chairman: That is correct.

Mr. Gold: You asked for three or four questions; I came up with six. I will be as brief as I can. My reflections are based on the dubious honour I have of having been involved in many failed attempts such as this. I come bearing some scars and my recommendations come from worst practice as opposed to best practice. However, I do believe that we do not spend enough time on worst practices, because replicating someone's error is more expensive and problematic than not necessarily coming up with the best practice.

First, I would echo Ms. Goering; knowledge mobilization is not the same as knowledge transfer and exchange. We need to be clear about what it is we are trying to achieve with

Il y a beaucoup d'action dans ce que la commission a recommandé. À mon avis, quoi que fasse le centre d'échange des connaissances, ce doit être lié de très près à ce que la commission souhaite accomplir, car c'est un moyen qui est adopté pour régler des questions particulières, et le contenu, les mécanismes et l'auditoire devraient être liés à ce sur quoi la commission veut se concentrer.

Pour moi, ce n'est pas une entité distincte. C'est tout à fait un prolongement des connaissances et un moyen d'exécuter une action. Souvent, les connaissances se trouvent dans les gens et dans les échanges. On peut recourir à des sites Web pour cela. Il y a les webinaires, la baladodiffusion, les forums et ainsi de suite, mais l'accent est mis non pas sur l'information, mais plutôt sur les collectivités qui sont branchées et sur les fins visées. C'est une façon différente d'envisager la chose. Encore une fois, je suis nerveuse à l'idée que nous pourrions investir beaucoup dans quelque chose qui ne servira pas forcément à combler l'écart qui existe entre ce que nous savons et ce que nous faisons, ce dont j'ai tant entendu parler.

Le président : Je suis d'accord avec l'idée selon laquelle cela ferait partie intégrante de la commission. C'est pourquoi le comité a adopté cette voie. C'est très bien. Au comité, nous sommes au courant de bien des trucs fascinants qui aident les gens à vivre avec une maladie mentale partout au Canada. Nous sommes les seuls à le savoir, car nous sommes les seuls à avoir parcouru le pays d'un bout à l'autre, à nous entretenir avec divers groupes. Nous savons qu'il y a un truc intéressant à St. John (Terre-Neuve) et un autre dans le nord du Manitoba. Un des résultats que nous espérons atteindre avec un centre d'échange des connaissances, quelle qu'en soit la structure — et je suis d'accord avec vous pour dire qu'il ne doit pas s'agir simplement d'un site Web — c'est de donner aux décideurs et aux fournisseurs de services ailleurs au pays les moyens de savoir ce qui fonctionne dans le domaine. Informer les gens est une bonne idée aussi, mais de moindre importance. Il est ridicule d'essayer de réinventer la roue s'il y a déjà ailleurs au pays un bon exemple auquel les gens ont accès.

Mme Goering : Il faut entamer une conversation et une interaction; vous ne pouvez pas juste leur dire que c'est là.

Le président : Tout à fait.

M. Gold : Vous avez posé trois ou quatre questions; j'en ai trouvé six moi-même. J'essaierai d'être aussi bref que possible. J'ai l'honneur douteux d'avoir participé à de nombreuses tentatives infructueuses dans le domaine; c'est ce qui nourrit mes réflexions. J'arrive donc avec les cicatrices dues à mon parcours, et mes recommandations tiennent aux « pires pratiques » mises en œuvre, par opposition aux pratiques exemplaires. Cependant, je crois que nous n'étudions pas assez les mauvaises pratiques : reproduire l'erreur d'un autre est une chose coûteuse qui pose des difficultés, par rapport à une démarche qui n'aboutira pas forcément à une pratique exemplaire.

Premièrement, je veux me faire l'écho des propos de Mme Goering : qui dit mobilisation des connaissances ne dit pas transfert et échange des connaissances. Nous devons établir

this initiative. These words are all sexy right now, but we need to be clear about what we are trying to encourage and what we are trying to do. A lot of what I read about and hear about sounds like a platform for disseminating information. That is not the same as knowledge exchange. Dissemination can be one way, and there is nothing wrong with that and we ought not to apologize for doing that. However, if it is knowledge exchange that we want to accomplish, we need mechanisms built in at the outset that encourage exchange. That is complicated, particularly in this community. We are talking about a wide range of stakeholders with a wide range of scientific, experiential knowledge and understanding. There is a whole range of issues. That is different than creating the world's best dissemination platform for the topic, which is also a laudable goal, but we need to be clear. It is not just semantics, because those of us working in the community get confused by what people want to do when they use these labels differently. It sounds like it is splitting hairs, but it is not.

Second, there needs to be some discussion around what counts as evidence and what you would include in this, whatever it is. Those criteria need to be fairly explicit. I have been on so many of these steering committees for platforms like this, and credibility is the key. If communities do not see this as a credible entity, or thing, they will not use it, but they will only find it credible if they understand how decisions are made about what gets on this thing. That is a complicated issue that I have only seen addressed after a lot of money is spent, so I would urge you to have some of those discussions now. Will there be expert panels created in various areas to adjudicate? Who will make the decision? At CHSRF we have discussions about what links get put on our website, and it is a much smaller scope than what you are talking about. Make it not an afterthought.

Third, make it evidence-based. People in the knowledge community often say that we have no evidence about what works. It is actually not true. There are a lot of people doing research on knowledge exchange and transfer. There is evidence out there. People who say we do not have evidence are usually just not interested in finding it. I would urge you to make this an evidence-based endeavour.

Fourth, think about evaluation at the outset. We do too much in this country in the area of knowledge transfer and exchange without thinking about evaluation at the beginning. Sooner or later, this will catch up to us in a huge way and people will no longer be willing to spend money on this important activity. Let us think at the beginning about

clairement ce qu'au juste nous essayons d'accomplir grâce à cette initiative. Les termes évoqués présentent un certain attrait en ce moment, mais il nous faut savoir clairement ce que nous essayons d'encourager et ce que nous essayons de faire. Pour une grande part, ce que je lis et ce que j'entends dire à ce sujet ressemble à une plate-forme de diffusion de l'information. Or, ce n'est pas là de l'échange de connaissances. La diffusion peut être unidirectionnelle, ce qui n'a rien de mal en soi; nous n'avons pas à nous en excuser. Cependant, si nous voulons pratiquer l'échange des connaissances, il nous faut dès le départ des mécanismes qui encouragent l'échange. C'est compliqué, particulièrement au sein de la collectivité dont il est question. Nous avons affaire à toutes sortes d'intervenants ayant toutes sortes de connaissances et de modes d'appréhension scientifiques et expérimentiels. Il y a tout un éventail de questions qui entrent en jeu. Ce n'est pas comme décider de créer la meilleure plate-forme de diffusion qui soit, objectif louable, mais nous devons être clairs. Ce n'est pas qu'une question de sémantique : ceux parmi nous qui œuvrent au sein de la communauté ne savent plus très bien ce que les gens veulent faire quand ils utilisent différemment les termes en question. Vous me direz peut-être que je coupe les cheveux en quatre, mais ce n'est pas le cas.

Deuxièmement, il faut discuter de ce qui peut être qualifié de données probantes et de ce qu'il faudrait inclure dans le projet, quel qu'il soit. Les critères doivent être assez précis. J'ai siégé à un si grand nombre de comités directeurs chargés de plates-formes comme celle qui est envisagée ici... L'élément clé, c'est la crédibilité. Si les collectivités n'y prêtent pas foi, elles ne s'en serviront pas, mais elles y prêteront seulement foi si elles comprennent comment les décisions étaient prises relativement au contenu. C'est une question compliquée qui, selon mon expérience, ne se règle qu'après d'importantes dépenses; je vous incite donc vivement à discuter de ces questions dès maintenant. Allez-vous mettre sur pied des groupes d'experts chargés de trancher dans divers domaines? Qui prendra la décision? À la FCRSS, nous discutons des liens qui devraient être affichés sur notre site Web, qui n'a pas du tout l'envergure du projet dont vous parlez. Soyez prévenants.

Troisièmement, fondez votre projet sur des données probantes. Souvent, dans le milieu, nous affirmons qu'il n'y a pas de données pour confirmer que telle ou telle démarche fonctionne vraiment. De fait, ce n'est pas vrai. Nombreux sont les chercheurs qui se penchent sur l'échange et le transfert des connaissances. Il existe des données probantes. Les gens qui affirment que nous ne disposons pas de données probantes, habituellement, ne tiennent tout simplement pas à en trouver. Je vous invite vivement à créer un projet fondé sur des données probantes.

Quatrièmement, songez dès le départ à l'évaluation. Dans ce pays, nous œuvrons trop dans le domaine du transfert et de l'échange des connaissances sans avoir réfléchi d'abord à l'évaluation. Tôt ou tard, cela finira par nous rattraper, puis les gens ne voudront plus consacrer de l'argent à cette activité importante. Réfléchissons dès le départ à ce que nous souhaitons

what we want to accomplish, about the baseline measures we will use and how will we prove, after a given amount of time, that this has made a difference in the community. I think it will make a difference, but if we do not think about it in advance, we miss the opportunity to come up with a solid evaluation framework.

Fifth, governance is critical. I will not belabour this point, but coming up with a governance structure for something of this nature is absolutely critical to the credibility and to the decision-making process.

The last point is sustainability. We often underestimate the cost of maintaining these things. Building them we cost out fairly well; however, we do not think about the fact that use actually becomes more expensive. The more successful we are, the more we need to continue to invest. I have seen the plug pulled on a lot of these just before they reach their full potential, so sustainability is critical.

Ms. Beckett: I am not an expert on knowledge translation, mobilization, exchange or dissemination, whatever label you choose to put to it. I want to bring to you some information about what the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction is doing in this area and some general advice I received from our knowledge translation branch. Unfortunately, we were unable to have a direct representation here this morning.

Everything that people have said here today about knowledge exchange was echoed by our knowledge translation branch. In particular, careful thought needs to go into defining the purpose and the target audiences for the knowledge exchange centre. Our branch wants to ensure that the overall quality of the web content and design focused on key messages, focusing on push and user poll activities, which are very different. Special attention should go to assessing the barriers to access and use of the knowledge exchange centre information. The issue of evaluation, which Mr. Gold just mentioned, came up also, to ensure that evaluation is done at the beginning and that it is done on an ongoing and regular basis. Also, there are sustainability issues, as Mr. Gold just mentioned.

In terms of what the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction has done and the approaches we have taken, our initiatives all involve an initial consultation phase. In this phase, we talk to stakeholders from wide varieties of backgrounds to determine what the questions should be and to try to assess the knowledge base on all fronts before we proceed with framing of questions that then go out for calls for research proposals.

accomplir, aux mesures de base que nous souhaitons employer et à la manière dont nous allons prouver, après un certain temps, que le projet a permis d'accomplir quelque chose au sein de la collectivité. Je crois que ce sera le cas, mais si nous n'y réfléchissons pas d'avance, nous allons rater l'occasion d'établir un solide cadre d'évaluation.

Cinquièmement, la question de la gouvernance revêt une importance capitale. Je ne vais pas m'attarder sur ce point, mais la conception d'une structure de gouvernance en rapport avec un projet de cette nature devient absolument capitale. Il en va de la crédibilité et du processus décisionnel.

En dernier lieu, il faut parler de la viabilité à long terme. Souvent, nous sous-estimons le coût d'entretien des projets de cette nature. La mise sur pied elle-même sera assez coûteuse aussi; toutefois, nous ne songeons pas au fait que, avec l'usage, les coûts augmentent. Plus nous avons de succès, plus il nous faut continuer à investir. J'ai vu des projets qu'on a débranchés tout juste avant qu'ils commencent à fonctionner à plein régime; la viabilité à long terme est donc capitale.

Mme Beckett : Je ne suis pas spécialiste de l'application, de la mobilisation, de l'échange ou de la diffusion des connaissances, choisissez le terme que vous voulez. Je veux vous renseigner sur les activités de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies dans le domaine et faire part de certains conseils d'ordre général qui proviennent de notre direction de l'application des connaissances. Malheureusement, celle-ci n'est pas directement représentée ici ce matin.

Notre direction de l'application des connaissances s'est faite l'écho de tout ce que les gens ont pu dire ici aujourd'hui à propos de l'échange des connaissances. En particulier, il faut mettre un grand soin à définir le but et les destinataires du centre d'échange des connaissances. Notre direction souhaite s'assurer que, dans l'ensemble, l'information véhiculée sur le Web est de bonne qualité et que la présentation fait ressortir les messages clés, que ce sont des activités « pousser » « tirer » qui sont privilégiées; ce sont des choses très différentes. Il faut essayer particulièrement de repérer les obstacles à l'accès et au recours aux informations que véhicule le centre d'échange des connaissances. La question de l'évaluation, dont M. Gold vient de parler, est aussi entrée en jeu, car il faut s'assurer qu'il y a une évaluation dès le départ et veiller à ce qu'elle soit appliquée périodiquement. Il faut tenir compte aussi de questions relatives à la viabilité à long terme du projet, comme M. Gold vient de le mentionner.

Quant aux activités réalisées et aux approches adoptées par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, nos projets comportent tous une étape initiale de consultation. À cette étape, nous nous entretenons avec des intervenants de toutes sortes de milieux, pour déterminer quelles sont les questions qu'il faut prendre en considération et essayer de jauger la base des connaissances sur tous les fronts avant de concevoir les questions qui feront partie de l'appel de propositions pour les projets de recherche.

Some of the areas that we have identified that relate to mental health involve stigma, and we are working closely with Mr. Upshall and the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health in developing the workshop. We have every intention of following up at a later stage when the information has been consolidated and putting out a call for applications for research in this area.

Another area that we have identified is mental health in the workplace. We had a call that went out last year. We went through a letter of intent phase and received 15 full applications, which have just been evaluated, and we are going through the process of finalizing the outcome of that evaluation.

Another area that we put forward this spring was intervention-type research on knowledge translation in mental health. We do not have the applications for that yet but I believe we will have at least a handful of high quality applications. We look forward to the outcome of that research.

In all these initiatives, we have focused on partnership involvement from the very earliest stages of the research. We have a consultation phase, and a development of the RFA. We have a requirement that researchers work with partner organizations in order to ensure that the questions that are answered are relevant to the real world and that there will be a willingness to do something with the research once the information is available. There is also the credibility issue. We want to ensure that whatever research is put out there is not perceived just as ivory tower information, but that it has credibility within the user community as something of real value.

Dr. Lesage: It may be useful to bring to you some of our work in developing a proposal for a Canadian mental health services knowledge translation network.

You have the handout that I prepared before you. It is the proposal for a Canada mental health services knowledge translation network. With our colleagues, we were commissioned by the Institute of Neuroscience, Mental Health and Addiction and the Institute of Health Services and Policy Research of the Canadian Institutes of Health Research to develop this proposal to submit to the Senate committee. In doing so, we first looked at the challenge, that is, what we would like to achieve in terms of mental health and addictions services research. We indicated that we need a dedicated national resource to facilitate dissemination and foster utilization of knowledge. We need to synthesize objective, evidence-based information available across Canada and other jurisdictions and enhance access, sharing and utilization of a comprehensive knowledge base regarding mental health system improvements. We need to establish active working relationships, because networks are built on relations, between mental health services knowledge

Certains des cas que nous avons évoqués comportent l'élément de la stigmatisation qui est associée à la maladie mentale, et nous collaborons étroitement avec M. Upshall et l'Alliance canadienne pour la santé mentale et la maladie mentale à établir l'atelier. Nous allons certainement assurer le suivi nécessaire, à une étape ultérieure, au moment où l'information aura été regroupée et que l'appel de propositions pour les recherches à cet égard sera lancé.

Nous avons aussi évoqué la question de la santé mentale en milieu de travail. Nous avons lancé un appel à ce sujet l'an dernier. D'abord, nous avons conçu une lettre d'intention, puis nous avons reçu 15 demandes en bonne et due forme, que nous venons tout juste d'évaluer — et nous sommes en train de mettre la dernière main à cette évaluation.

Nous avons proposé un autre projet au printemps : des essais sur le terrain pour jauger l'application des connaissances en santé mentale. Nous n'avons pas encore reçu les demandes, mais je crois qu'il y aura au moins une poignée de chercheurs de première qualité qui offriront leurs services. Nous attendons avec impatience le résultat de ces recherches.

Dans tous les cas en question, nous avons insisté sur l'établissement d'un partenariat dès les premiers stades de la recherche. Nous appliquons une étape de consultation, puis nous concevons l'appel de demandes. Nous exigeons que les chercheurs collaborent avec des organismes-partenaires afin de nous assurer que les questions posées s'appliquent dans le « monde réel » et qu'il existe une volonté d'appliquer les résultats des recherches une fois l'information établie. Il y a aussi la question de la crédibilité. Nous voulons nous assurer que les recherches effectuées ne sont pas simplement assimilées à d'inutiles abstractions; il faut plutôt que les utilisateurs y prêtent foi, qu'ils y accordent une valeur.

Dr Lesage : Il serait peut-être utile de vous faire part de certains des travaux que nous avons effectués pour élaborer une proposition de réseaux d'application des connaissances en matière de services de santé mentale au Canada.

Vous avez devant les yeux le document que j'ai préparé. Il s'agit d'un projet de réseau d'application des connaissances en matière de services de santé mentale au Canada. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies et l'Institut des services et des politiques de la santé des Instituts de recherche en santé du Canada nous ont donné pour mandat, à nous et à nos collègues, de mettre au point cette proposition pour qu'elle puisse être présentée au comité sénatorial. Nous avons d'abord analysé le défi qui se présentait, c'est-à-dire que nous avons établi ce à quoi devraient servir les recherches sur la santé mentale et les services aux toxicomanes. Nous avons indiqué qu'il faut une ressource nationale dont le but consiste à faciliter la diffusion des connaissances et à en favoriser l'utilisation. Il nous faut faire la synthèse d'informations objectives fondées sur des données probantes, accessibles partout au Canada et ailleurs, et améliorer l'accessibilité, la circulation et l'utilisation des informations que renferme une base de connaissances sur les améliorations touchant le système de santé mentale. Nous devons

producers and users. Finally, we need expertise at facilitating on-the-ground translation of mental health services research into policy, practices, planning and management by providers, policy-makers and other decision-makers.

This network of mental health services research would be one aspect of a multi-pronged approach that is needed to ensure that knowledge is transferred and acted upon. There are three pillars to that. First is a national advocacy group — and we almost wrote that maybe the commission would be that national advocacy group, but it needs to be there as sort of a national intelligence. The second pillar is increasing internal capacity of governments at the federal, territorial, provincial and regional levels to be evidence-informed. The third pillar is a mental health services knowledge transfer and translation network for federal, territorial, provincial and regional planners, managers, decision-makers, service providers and consumer organizations.

The network we propose would be what we already heard here, the classic push research, how to use it, but with some activities like the translation of high-quality, relevant mental health services research or new best practices reports on mental health services. The proposed functions of the network include facilitating user pull to provide, for example, a database of existing knowledge syntheses, as well as mental health services knowledge needs assessment, and capacity development through training and education of knowledge users. Again, you need to think about who you target because, according to the resources that you have, that may be difficult because the country is large.

Further proposed functions of the network include facilitating exchange between pushers and pullers; that is, to provide, for example, the rapid response to policy-makers and decision-makers on priority areas based on the best available knowledge. Again, that can be achieved but it depends on the resources and your target public. You have two or three researchers who answer to each local planner. Quebec has 100 local authorities, for whom they develop a mental health plan, they want to have evidence, they call, and by the end of the day, it is impossible for your two researchers to function. You must think of who you will reach and how.

What was excluded is not because it should not be done but is something that the network could not do. Again, that will bring you to think about what we will and will not do. For example, the

établir des relations de travail actives, car les réseaux reposent sur les relations, entre les utilisateurs et les producteurs de connaissances en matière de services de santé mentale dans le cas qui nous occupe. Enfin, il nous faut l'expertise nécessaire pour faciliter l'application sur le terrain des connaissances en matière de services de santé mentale, de façon à déboucher sur des politiques, des pratiques, une planification et une gestion appropriées. Il s'agit du travail de fournisseurs, d'artisans des politiques gouvernementales et d'autres décideurs.

Le réseau de recherche sur les services de santé mentale s'inscrirait dans l'approche pluridimensionnelle qui s'impose pour que nous puissions nous assurer que les connaissances sont bel et bien transférées et appliquées. Il y aurait à cet égard trois piliers. D'abord, un groupe national de consultation — et nous sommes venus près d'affirmer que c'est la commission elle-même qui jouerait ce rôle, mais il faut qu'il y ait une sorte de services de renseignement national. Le deuxième pilier se rapporte à l'accroissement de la capacité interne des gouvernements — fédéral, territoriaux, provinciaux et régionaux — d'accéder aux données probantes dans le domaine. Le troisième pilier prend la forme d'un réseau d'application et de transfert des connaissances en matière de services de santé mentale à l'intention des regroupements d'utilisateurs et des fournisseurs de services, des décideurs, des gestionnaires et des planificateurs de l'administration fédérale, des territoires, des provinces et des régions.

Le réseau que nous proposons correspondrait à ce qui a déjà été évoqué ici, avec la recherche classique de type « pousser »... comment l'utiliser, mais aussi avec des activités comme l'application des résultats de recherche de première qualité sur la santé mentale ou la production de rapports sur les pratiques exemplaires en la matière. Parmi les fonctions associées au réseau proposé, citons la tâche qui consiste à faciliter l'approche « tirer » de la part de l'utilisateur, par exemple, par une base de données réunissant les synthèses établies des connaissances, et une évaluation des besoins en connaissances sur les services de santé mentale, et le renforcement de la capacité par la voie de la formation et de l'éducation des utilisateurs des connaissances. Encore une fois, vous devez réfléchir au destinataire du projet, car, suivant les ressources dont vous disposez, il sera peut-être difficile de parvenir à vos fins, car le pays est grand.

Par ailleurs, il pourrait s'agir de faciliter l'échange entre ceux qui poussent et ceux qui tirent; autrement dit, par exemple, prévoir une réaction rapide aux décideurs gouvernementaux et autres concernant les secteurs prioritaires, à partir des meilleures connaissances accessibles. Encore une fois, on peut y arriver, mais cela dépend des ressources et du destinataire. Vous avez deux ou trois chercheurs qui s'occupent de chaque planificateur local. Le Québec compte 100 autorités locales, pour qui on conçoit un plan de santé mentale; les gens veulent des données probantes, ils téléphonent et, au bout du compte, les deux chercheurs ne peuvent y arriver. Il faut songer au destinataire et à la manière de communiquer avec lui.

Si un élément est exclu, ce n'est pas parce qu'il ne faudrait pas s'en occuper; c'est que le réseau n'a pas la capacité. Encore une fois, cela vous amènera à réfléchir à ce que nous allons ou

organization will not fund and undertake specific research projects. It will not recreate existing knowledge, data and information that is available with CIHI, Statistics Canada or through the Public Health Agency of Canada, for example. It will not recreate existing knowledge translation tools and resources, or a 1-800 service for consumers to access mental health services. That is needed in the everywhere in the country, but who will do it and how will it be done? Finally, to implement knowledge is also not the aim of the research knowledge exchange network.

I will close with some of the lessons we learned. The slide shows you different sectors of the public that must be reached with the services. There is the general public, nongovernmental organizations, clinicians, health professionals, planners, decision-makers, elected governments, industry, the researchers from the four pillars of biomedical, clinical services and health and population dimensions, and the media. We do not have media experts around the table. Maybe with their expertise they will help with a knowledge exchange centre.

The next slide is about what I call the “geography of services” decision-making. Again, think of increasing the number of people nationally, provincially, regionally and locally that would benefit from being informed by mental health and addiction services research, not only from dissemination but also from having the sort of relationship we are talking about that is essential to obtain knowledge. When there is a resource at the national level, maybe you can reach the provincial level. Can you reach the regional or local level? With respect to reaching regional or local levels, there is the researcher who, for example, has to cover the 100 local authorities in Quebec.

This slide is about types of information. I have talked a lot about services, but, obviously, people want to know about the dimensions of mental health and addiction. They want to know about the nature and amplitude of mental health, and interventions that are different from these services. The interventions include promotion, prevention, treatment, rehabilitation and recovery. Services include providers, service settings, programs and policies.

Since I have been on the advisory board of the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, we are proud of one of the websites called “The brain, Le cerveau en tête.” When you go to Google and type in “le cerveau,” it is the first hit. It is a remarkable thing, and it may help in thinking about a website. It has three levels of complexity: beginner, intermediate and advanced. Researchers or their students may learn something there. You can go for the beginner level and learn about the brain. There are also different levels of organization. It is not only about the

n'allons pas faire. Par exemple, l'organisation ne prendra pas en charge le financement et la réalisation de projets de recherche particuliers. Elle ne va pas recréer des connaissances, des données et des informations qui existent déjà à l'ICIS, à Statistique Canada ou à l'Agence de santé publique du Canada, par exemple. Elle ne va pas recréer les ressources ou outils d'application des connaissances qui existent déjà, ou un service téléphonique 1 800 pour l'accès à des services de santé mentale. C'est un besoin partout au pays, mais qui s'en chargera et comment procédera-t-il? Enfin, l'implantation des connaissances n'est pas le but du réseau d'échange des connaissances sur la recherche.

Pour terminer, je ferai part de certaines des leçons que nous avons tirées d'expériences. La diapositive fait voir les différents secteurs du public qui doivent pouvoir accéder aux services. Il y a le grand public, les organisations non gouvernementales, les cliniciens, les professionnels de la santé, les planificateurs, les décideurs, les gouvernements, l'industrie, les chercheurs des quatre piliers que constituent le domaine biomédical, les services cliniques, les services de santé et la santé des populations, et puis les médias. Il n'y a pas ici de spécialistes des médias. L'expertise des gens en question vous permettra peut-être de mieux mettre en place un centre d'échange des connaissances.

La diapositive suivante traite de ce que j'appelle la « géographie des services » en ce qui concerne le processus décisionnel. Encore une fois, pour obtenir des connaissances, je crois qu'il est essentiel d'accroître le nombre de personnes qui — à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale — profiteraient du fait d'être renseignées sur les recherches en matière de services de santé mentale et de toxicomanie, non seulement du point de vue de la diffusion, mais aussi du fait de vivre le genre de relations dont nous parlons. Quand il existe une ressource à l'échelle nationale, il est possible de rejoindre la sphère provinciale. Pouvez-vous rejoindre la sphère régionale ou locale? Pour ce qui est de rejoindre la sphère régionale ou locale, il y a le chercheur qui, par exemple, doit s'occuper des 100 autorités locales de la santé au Québec.

La diapositive que vous voyez en ce moment porte sur les types d'information. J'ai beaucoup parlé des services, mais, évidemment, les gens veulent savoir quelles sont les dimensions de la santé mentale et des toxicomanies. Ils veulent connaître la nature et la portée des problèmes de santé mentale et des interventions qui se distinguent des services en question. Parmi les interventions dont il s'agit, citons la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et le rétablissement. Parmi les services, il y a les fournisseurs, les contextes de services, les programmes et les politiques.

Depuis que je siège au conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, nous sommes fiers de l'un des sites Web produits, intitulé « The Brain/ Le cerveau à tous les niveaux ». Si vous tapez l'expression « le cerveau » dans le moteur de recherche Google, c'est le premier site qui apparaît. C'est une chose remarquable qui vous aidera peut-être à réfléchir au site Web. On y trouve trois niveaux de complexité : débutant, intermédiaire et avancé. Les chercheurs et leurs étudiants peuvent y tirer des enseignements. Vous pouvez choisir le mode débutant et apprendre des choses sur le cerveau.

neurological aspects but also about the social determinants, consequences and manifestations and the psychological aspects. It goes from cellular to molecular. It might help in organizing whatever websites are already available.

Mr. Block: When we develop the website, all of us can look at it through a different lens. I have chosen this morning to look through the communications lens in terms of developing a website. When we look through that lens, I have outlined some critical areas if we want a strong, strategic website. Others have said this in different ways, and perhaps the labels I am giving are somewhat different.

The first step is clear goal setting. We need to know why we are creating a website and how it will fit in with the mental health commission's overall goals and the opportunities it will provide for the organization. If we try to please everybody, we may end up pleasing no one.

The second area to look at is the website strategy itself. The specific target audiences need to be identified to allow the commission to target communications. "The public" or "all Canadians" are not specific enough to define a website target audience. Once audiences have been identified clearly, the subjects and the databases required for the website will become apparent.

The target audiences have been identified when the type of content, the degree of user friendliness required of the website and how much infrastructure content the knowledge exchange centre must build itself will become apparent through different audience research methodology, focus groups, online discussions and so on.

The entire focus of the website development is to target the expectations and the needs of its audience. An industry review or survey of other similar organizations and their websites will help identify good and bad trends in meeting audience needs and expectations. Benchmarks provide an ongoing analysis of how the website is doing, relative to competitors' websites.

The third area is website purpose. Once the target audience is identified, the next step is to determine what the website will do for those audiences. Will it give them information? Will it offer them unique services? How will the website be a valuable resource tool to the target audiences? What makes the website a more valuable resource than, or just as valuable resource as, the website of similar organizations?

A fourth area is differentiating the website. What will differentiate the KEC website from websites of similar organizations? Why will users go to that site instead of

Il y a également différents niveaux d'organisation. Ce sont non seulement les aspects neurologiques qui sont expliqués, mais aussi les déterminants sociaux, les conséquences et manifestations, les aspects psychologiques du phénomène. On passe du niveau cellulaire au niveau moléculaire. Cela vous aidera peut-être à organiser les sites Web déjà faits.

M. Block : Au moment de concevoir le site Web, nous pouvons tous adopter un regard différent. J'ai choisi ce matin le regard du communicateur. Si nous adoptons ce regard, nous voyons qu'il existe certains aspects capitaux, que j'ai soulignés ici, dans la mesure où nous voulons un site Web qui soit solide et stratégique. D'autres personnes ont pu exprimer la chose de différentes façons, et ce sont peut-être les termes que j'emploie qui ne sont pas tout à fait les mêmes.

La première étape consiste à se donner des objectifs clairs. Il nous faut savoir pourquoi nous créons un site Web, comment celui-ci s'inscrira dans les objectifs généraux de la commission de la santé mentale et quelles seront les occasions qu'il fournira à l'organisation. Si nous essayons de plaire à tout le monde, nous finirons peut-être par ne plaire à personne.

La deuxième question qu'il faut étudier, c'est celle de la stratégie Web elle-même. Pour que la commission puisse cibler les communications, il faut déterminer qui en sont les destinataires. « Le grand public » ou encore « tous les Canadiens » — voilà qui n'est pas assez précis pour définir l'auditoire cible d'un site Web. Une fois établi clairement de qui il s'agit, les sujets et les bases de données requis dans le site Web deviendront apparents.

Les auditoires cibles sont connus lorsque le type de contenu, le degré de convivialité requis que doit présenter le site Web et la part de l'infrastructure que doit édifier lui-même le centre d'échange des connaissances deviendront apparents à la suite de discussions en ligne, de l'organisation de discussions de groupe et de l'application des méthodes de recherche sur les auditoires et ainsi de suite.

La conception du site Web est un exercice qui s'articule entièrement autour de l'idée de cibler les attentes et les besoins de l'auditoire. Un examen des éléments de l'industrie ou une enquête sur les organisations semblables et leur site Web permettra de déterminer les tendances, bonnes et mauvaises quand il s'agit de répondre aux besoins et aux attentes de l'auditoire. Les analyses comparatives permettent de déterminer dans quelle mesure un site Web fonctionne, par rapport au site Web des concurrents.

Le troisième point concerne le but du site Web. Une fois l'auditoire cible établie, l'étape suivante consiste à déterminer ce que le site Web fera pour l'auditoire en question. Est-ce qu'il donnera de l'information? Est-ce qu'il offrira des services uniques? En quoi le site Web sera-t-il une ressource précieuse pour l'auditoire cible? Qu'est-ce qui fera du site Web une ressource plus précieuse ou tout aussi précieuse que le site Web d'organisations semblables?

Un quatrième point consiste à distinguer le site Web des autres. En quoi le site Web du CEC se distinguera-t-il du site Web d'organisations semblables? Pourquoi les utilisateurs

others? Why will target audiences return to that site? What is lacking with websites of similar organizations that the site can address?

Techniques to encourage visitor loyalty include offering subscription services to news feeds or e-newsletters, updating site content on a regular basis and providing real-time inquiry response mechanisms.

The final and most important area is the power of partnerships. We have seen this power in the development of this report by the Senate as bringing the power of the partnerships together. As we come together as partners, we will develop a more responsive website that will meet the needs and expectations of the users.

Ms. Pape: I came at this thinking about knowledge. What is knowledge? Where does knowledge reside? A lot of my thinking was based on a model that the Canadian Mental Health Association developed many years ago as part of our framework-for-support model, which some of you may have heard of. We have a model about knowledge called the “Knowledge Resource Base.” It explores where knowledge resides and identifies four key areas in the area of mental health knowledge. One is medical clinical knowledge; we talked about that around the table, the brain. Other areas of knowledge about mental health include social science. Dr. Lesage mentioned determinants of health. That knowledge will fit into social science knowledge. There is experiential knowledge, as Ms. McKnight and others brought up: the knowledge of living with the mental illness as a consumer or family member. Finally, there is what we call “customary” and “traditional” that Ms. McKnight also mentioned: that is, different cultures and different traditions of their own knowledge of mental and mental illness. My comments are based on that, but they are consistent with what many of you have said.

If you look at knowledge as residing in many different areas, then when you look at a knowledge exchange, it will not be a thing: It will not be a website or a product but a process, as many of you talked about. Of course, it would not be a one-way process. Dr. Manion said it will not be from here to there. It will not be bilateral but multilateral because the users of knowledge are also the producers of knowledge, and the producers are also the users. It is complex. We need to think about these things when we think about how we exchange knowledge.

consulteraient-ils ce site plutôt qu'un autre? Pourquoi l'auditoire cible y reviendra-t-il? Quelles sont les lacunes que présentent les sites Web d'organisations semblables, mais que le site du CEC peut éviter?

Parmi les techniques de fidélisation, il y a la possibilité d'offrir des services d'abonnement à des sites d'alimentation en nouvelles ou à des bulletins électroniques, de mettre à jour périodiquement le contenu du site et d'aménager des mécanismes pour répondre en temps réel aux demandes de renseignements.

Le dernier point, et c'est le plus important, concerne la puissance des partenariats. Nous en avons été témoins avec l'élaboration du rapport par le Sénat. En nous rassemblant comme partenaires, nous allons concevoir un site Web mieux adapté qui répond aux besoins et aux attentes des utilisateurs.

Mme Pape : Je suis venue ici en ayant réfléchi à la connaissance. Qu'est-ce que la connaissance? Où réside la connaissance? Pour une bonne part, ma réflexion reposait sur un modèle que l'Association canadienne pour la santé mentale a conçu il y a de nombreuses années, dans le contexte de notre modèle « un cadre pour le soutien », dont certains d'entre vous avez peut-être entendu parler. Au sujet de la connaissance, nous avons un modèle baptisé « Ressources de connaissances disponibles ». Ce modèle tente de faire voir où réside la connaissance et établit quatre secteurs clés pour ce qui touche les connaissances relatives à la santé mentale. Il y a d'abord les connaissances d'ordre médical et clinique; nous en avons parlé — le cerveau. Les sciences sociales figurent également parmi les domaines de connaissance se rapportant à la santé mentale. Le Dr Lesage a mentionné les déterminants de la santé. Cet élément s'inscrit dans les connaissances dues aux sciences sociales. Il y a les connaissances expérientielles, comme Mme McKnight et d'autres l'ont fait valoir : connaître ce que cela représente que de vivre avec la maladie mentale, que l'on soit malade soi-même ou que ce soit un proche qui en souffre. Enfin, il y a les connaissances « traditionnelles » dont Mme McKnight a également parlé : les cultures et les traditions ont leur propre connaissance du monde mental et de la maladie mentale. Mes observations sont fondées sur tout cela, mais elles concordent avec ce que bon nombre d'entre vous avez dit.

Dans la mesure où nous envisageons la connaissance comme résidant en de nombreux lieux, il faut voir que l'échange des connaissances n'est pas une seule et unique chose : ce n'est pas qu'un site Web ou un produit; c'est plutôt un processus, dont bon nombre de vous avez parlé. Bien entendu, ce ne serait pas un processus unidirectionnel. M. Manion a dit que ce ne sera pas de ce point-ci à ce point-là. Ce sera non pas bilatéral, mais multilatéral, car les utilisateurs des connaissances sont également des producteurs de connaissances, et les producteurs sont aussi des utilisateurs. C'est complexe. Nous devons réfléchir à ces choses quand nous réfléchissons à la manière d'échanger des connaissances.

We also need to define “research” broadly. Research is not just be medical clinical research but also the community-based, consumer-driven and qualitative research that looks at issues not just of illness but also of self-help and determinants of health, et cetera.

What outcomes are we looking for if we look at knowledge this way? We would look for lots of opportunities for robust dialogue amongst all the providers, users or recipients of knowledge. This exchange centre, whatever it is, would provide a forum and legitimacy for the voices of stakeholder groups that we often do not hear, not just those ones that we are used to hearing.

There would be more increased sharing of knowledge and information across these various perspectives. As a result, there would be enhanced understanding amongst all of us, the providers and users of knowledge, about what mental illness and mental health are, and practical applications — as Ms. Goering mentioned, the “action piece” — of this knowledge in research planning and practice.

Mr. Hetherington: A few months ago, I had the privilege of preparing a document for Senator Kirby, thinking about how to build a website or knowledge exchange centre. Senator Kirby asked me to do that because of my experience at the Hospital for Sick Children with our About Kids health group, which is essentially a consumer health informatics group.

Over the last three or four years we have been building a rather ambitious website with a goal of trying to influence child and youth health outcomes, not only in the area of complex conditions but also for typically developing families. We felt that we had as a differentiator to raise language to a strong brand. We recognize that people from third party research require credibility. The way we approached it was by going out into the field to try to understand what we could do to offer value to our potential users.

First was the audience analysis, and that has come up around this table a number of times. Who are they? What are their needs? Then you can use hypotheses in the field and rigorously test things with qualitative research, performing proof of concept and also growing an understanding of what they need so you are able to best serve them with the information in a form that is accessible and usable to them. This does not only involve information, but also the use of tools and the interactive techniques they use. That is only the beginning.

When you are out there working in the field, you will recruit a national core group of users with whom you can work from the different constituencies identified. They will work with you through prototype development, wire framing and the structure. Whether that structure is conceived as an online or offline structure of continuing education and other techniques of

De même, il nous faut définir largement le terme « recherche ». La recherche, ce n'est pas seulement la recherche médico-clinique; c'est aussi la recherche communautaire et qualitative née sous l'impulsion de l'utilisateur, qui porte non seulement sur la maladie, mais aussi sur l'autonomie, les déterminants de la santé et ainsi de suite.

Quels sont les résultats que nous souhaitons atteindre dans la mesure où nous portons ce regard sur les connaissances? Nous recherchons bon nombre d'occasions d'instaurer un dialogue nourri entre les fournisseurs, les utilisateurs et les destinataires des connaissances. Le centre d'échange dont il est question, quelle que soit la forme qu'il prend, servirait de tribune aux groupes d'intervenants que nous n'entendons pas souvent, et non seulement ceux que nous sommes habitués d'entendre, et en légitimerait l'apport.

Il y aurait accroissement de l'échange d'informations et de connaissances s'appuyant sur les diverses perspectives en jeu. De ce fait, tous — les fournisseurs et les utilisateurs de connaissances — comprendraient mieux ce que sont la maladie mentale et la santé mentale, et les applications pratiques — c'est Mme Goering qui a parlé d'action — de ces connaissances et de la pratique et de la planification de la recherche.

M. Hetherington : Il y a quelques mois, j'ai eu le privilège de préparer un document à l'intention du sénateur Kirby, à propos de la façon de monter un site Web ou un centre d'échange des connaissances. Le sénateur Kirby m'a demandé de le faire du fait que j'ai de l'expérience à l'hôpital pour enfants avec notre groupe About Kids Health, qui est essentiellement un groupe d'informatique axé sur la santé des usagers.

Depuis trois ou quatre ans, nous montons un site Web plutôt ambitieux dont le but consiste à influencer sur la santé des enfants et des adolescents, non seulement pour ce qui est des affections complexes, mais aussi pour ce qui est du développement type d'une famille. Pour nous distinguer, nous avons cru bon d'opter pour un langage qui soit fort. Nous reconnaissons que les gens, dans le cas des recherches de tierces parties, ont besoin de crédibilité. Pour aborder la question, nous avons été sur le terrain pour essayer de comprendre ce que nous pourrions offrir en tant que valeur à nos utilisateurs éventuels.

D'abord, il y a eu l'analyse de l'auditoire, question qui a été soulevée plusieurs fois autour de la table. Qui est-ce? Quels sont ses besoins? Alors, on peut utiliser les hypothèses sur le terrain et tester rigoureusement les recherches qualitatives, en procédant à la validation de principe et aussi en concevant ce dont ont besoin les utilisateurs de votre part, de manière à les servir le mieux possible avec une information qui soit accessible et utilisable de leurs points de vue. Il est question non seulement d'information, mais aussi de l'utilisation d'outils et de techniques interactives pour eux. Ce n'est que le début.

Au moment de travailler sur le terrain, vous allez recruter un noyau national d'utilisateurs avec lesquels vous pouvez travailler dans les différents milieux. Ils collaboreront avec vous à l'établissement d'un prototype, à la création du squelette, à la création de la structure. Qu'il s'agisse d'une structure en ligne ou non qui repose sur le principe de l'éducation permanente ou

networking that can be developed over the course of this initial stage that culminates in a strategic plan for building of the KEC. That plan would include a competitive or gap analysis where you look at what is out there. You try to understand how what you are offering differs, adds to, does not cannibalize and utilizes what is out there. For example, if one wants to find out about depression, there is a plethora of information out there on the Internet, much of it Canadian. Some of the sites are active, some are moribund and all of them have something from the DSM-IV.

What could a group like this do? It could be the single credible source to standardizing a lot of information and to take valuable information from CAMH and other organizations, work together to standardize this in an information architecture and design accessible across a number of domains.

The issue of comprehensiveness arose as well. This project should be comprehensive to deal with the mental health issues that arise with chronic health conditions. It can be a single source.

I focused on consumers, meaning both the public and the users. At this stage it is encouraging when we think about providing service to those individuals that online health information with interactive components makes a difference. We had a Cochrane review published last year that demonstrated that for a number of ages, youth to adults, if you provide accessible information along with either peer support or an ask the expert feature, you can influence not only quality of life but, in some cases, disease end points. That research needs to continue.

This idea of evaluation is an important idea. Evaluation of the main project should absolutely be built in from the very beginning. However, you can also have evaluation going on in parallel of small projects that could merge into the main projects. For example, in our experience we have three CIHR RCTs, randomized control trials, occurring now, which is looking at things that will eventually be folded into our site. We have just closed one, and that data are online and available for community-based professionals and teachers.

The idea of evaluation and having evidence-based critical ideas needs to be thought out to have a multifaceted plan of attack. That also builds collaboration with scientists across the country in order to develop these kinds of things. It helps one understand regional needs. This idea that came out of a national with regional is also very important.

There are ways you can cross-cut, whether through research or through understanding different audiences or through simply going out into the field and finding out what it is they need and ensuring what is built is what is wanted and

d'autres techniques de réseautage, c'est une chose qui peut être mise au point au stade initial et qui aboutit à un plan stratégique pour l'édification du CEC. Le plan en question comporterait une analyse concurrentielle ou une analyse des écarts, pour que l'on puisse voir ce qui existe. Il s'agit d'essayer de comprendre en quoi votre offre se distingue des autres, ce qu'elle ajoute. Voir si elle ne cannibalise pas les autres. Par exemple, si vous voulez vous renseigner sur la dépression, il y a sur Internet une pléthore d'information, dont une bonne part provient du Canada. Certains sites sont actifs, d'autres sont moribonds, tous ont quelque chose qui est tiré du DSM-IV.

Que pourrait faire un groupe comme celui-là? Il pourrait s'agir de la source crédible par excellence quand il s'agit d'uniformiser une bonne part des informations et de prendre les renseignements précieux de l'ACSM et d'autres organisations, de collaborer à l'uniformisation au moyen d'une architecture et d'une conception accessible dans plusieurs domaines.

La question de la globalité des informations a également été soulevée. Le projet devait être global, c'est-à-dire qu'il devrait traiter des questions relatives à la santé mentale qui accompagnent les états chroniques. Il peut s'agir d'une source complète.

J'ai insisté sur les consommateurs, c'est-à-dire le public et les utilisateurs. Au point où on en est, il est encourageant de savoir que le fait de fournir en ligne des informations sur la santé avec des composantes interactives sera une bonne chose. L'an dernier, un examen Cochrane a montré que, pour plusieurs groupes d'âge, chez les jeunes comme chez les adultes, dans la mesure où vous donnez des informations accessibles accompagnées de possibilités d'entraide ou assorties de la possibilité de poser une question à un spécialiste, vous pouvez avoir une influence non seulement sur la qualité de vie, mais dans certains cas, sur l'évolution de la maladie. C'est une recherche qui doit se poursuivre.

L'idée de l'évaluation est une idée importante. L'évaluation du projet principal doit absolument être conçue au tout début. Tout de même, il peut également y avoir une évaluation parallèle de petits projets susceptibles d'être fusionnés aux projets principaux. Par exemple, nous sommes en train de réaliser trois ECR aux IRSC, trois essais contrôlés randomisés, dont les résultats vont finir par se retrouver dans notre site. Nous venons d'en terminer un, et les données sont en ligne et accessibles aux enseignants et professionnels dans les collectivités.

L'idée de l'évaluation et l'idée d'avoir des réflexions critiques fondées sur des données probantes doivent être pondérées dans le contexte d'un plan d'attaque multidimensionnel. Qui fait également appel à la collaboration de scientifiques partout au pays pour que nous puissions établir ce genre de chose. Cela aide à comprendre les besoins régionaux. Cette idée du national venu du régional est également très importante.

Il existe des façons d'arriver à l'objectif transversal, que ce soit par la recherche ou par une compréhension des divers auditoires, ou encore en allant simplement sur le terrain pour savoir ce dont les gens ont besoin et s'assurer d'aménager un truc qui est voulu et

works. Just building it and knowing it works is not enough. There must be uptake. There was a point made about traffic.

You want Canadians who are concerned about depression to type the word into Google and have this website come up high in the rankings. That requires an understanding of how search engine optimization operates. We know from third party research that when people are concerned about a condition, they punch words in, look at five different websites and look for consensus. We want to capture these individuals because we want to believe we have a differentiated offering that has the depth, breadth, tools and information that will make a difference to our constituents. We have to get them there and give them what they need once they are there.

The other issue concerns professionals. We could build a sophisticated tool that would allow, for example, remote administration of a standardized protocol for assessment of something or other. Here it is. It is elegant, we have the usability testing, it is fabulous, everything is great but no one is using it.

You must have people on the ground with the organizations, wherever it will be utilized, helping them understand how to use it and if there is something wrong, provide feedback and change it. At that level, the changes will be precipitated through development and provision of these kinds of mechanisms. That must be built into the budget at the beginning. That is not an inexpensive component. That is a whole other division.

Presumably, there will be interactive mechanisms to reach the various audiences of employers and of users. There will be mechanisms for feedback and interaction. We might be able to learn that way, but we must also build in mechanisms for interacting with them directly. Is this working? What is not working? What do you need? How do we provide you with more?

Someone talked about the CIHR website as being the worst. User experience is the key. This website targeting the public must be as sophisticated as anything else out there in terms of interactivity, design, layout and values, yet this goes deep and is not cheap to actualize. You need high-level talent to understand information architecture and good design principles to build this website and if it is not very slick, it will not be used. Interestingly enough, there is data to show it does not matter if the website looks good; it is more credible to a large body of consumers than if it said Government of Canada across the top. We must consider those things. It is not just a name; it is how we present it and how we communicate to users the credibility in visible language and that sort of thing.

qui fonctionne. Le simple fait de l'aménager et de savoir que ça fonctionne ne suffit pas. Il doit être accepté. Il faut penser à l'achalandage.

Quand les Canadiens qui se soucient de la dépression tapent le mot dans le moteur de recherche Google, vous voulez que le site Web que vous avez conçu arrive dans les premiers. Pour cela, il faut comprendre comment fonctionne l'optimisation des moteurs de recherche. Les recherches de tierces parties nous disent que, quand les gens se soucient d'un état, ils tapent le terme voulu, regardent cinq sites Web différents et cherchent à dégager un consensus. Nous voulons attirer les gens en question parce que nous croyons avoir une offre qui se distingue par la profondeur, l'envergure, les outils et les informations. Nous devons les attirer là et, une fois qu'ils y sont, leur donner ce qu'il faut.

L'autre question touche les professionnels. Nous pouvons mettre au point un outil perfectionné qui permet, par exemple, l'administration à distance d'un protocole uniformisé d'évaluation de quelques questions. Voilà. C'est élégant, nous avons fait des tests pour voir si cela s'utilise bien, c'est merveilleux, tout est extraordinaire, mais personne ne s'en sert.

Vous devez avoir des gens sur le terrain auprès des organisations, là où on utilisera la chose, pour les aider à comprendre comment l'utiliser et, là où il y a un problème, fournir une rétroaction et modifier les choses. À ce niveau-là, les modifications seront apportées de manière accélérée grâce à l'élaboration et à l'aménagement d'un mécanisme de ce genre. Il faut le prévoir dans le budget au début. Ce n'est pas bon marché. Et c'est une tout autre division.

Il faut présumer qu'il y aurait des mécanismes interactifs permettant de communiquer avec divers auditoires — employeurs et utilisateurs. Il y aura des mécanismes de rétroaction et d'interaction. Nous allons peut-être être en mesure d'apprendre de cette façon, mais nous devons intégrer aussi les mécanismes pour une interaction directe. Est-ce que ça fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? Qu'est-ce qu'il vous faut? Comment vous en donner plus?

Quelqu'un a dit que le site des IRSC était le pire. La clé réside dans l'expérience de l'utilisateur. Le site Web à l'intention du public doit être aussi raffiné que tout autre en ce qui concerne l'interactivité, la conception, la présentation et les valeurs; c'est une question profonde dont l'actualisation ne serait pas bon marché. Il faut un talent de premier ordre pour comprendre l'architecture informationnelle et les bons principes de conception nécessaires à l'aménagement du site Web en question. S'il n'est pas très attrayant, il ne sera pas consulté. Fait intéressant, certaines données font voir que l'apparence du site n'est pas importante; c'est plus crédible pour un grand nombre de consommateurs que ce serait le cas si c'était écrit « gouvernement du Canada » sur la bande supérieure. Nous devons envisager ces choses. Ce n'est pas juste un nom; c'est la manière de présenter les choses, la manière de communiquer aux utilisateurs la crédibilité, dans un langage visuellement intéressant, ce genre de choses.

I think this is a fantastically exciting project. The potential is dramatic on both the public and professional side for building collaboration and making a difference. I wish it every success.

The Chairman: Thank you. This first hour has been extraordinarily useful in terms of producing the document I want to produce. You have done a couple of things. You utilize a number of consistent items, and we will come back to those. Most importantly, you have told us what does not work. Reinventing a wheel that does not work is difficult and something we would like to avoid.

Senator Keon: Thank you very much, everybody. Those were tremendously useful comments. It was our intention from the beginning to have an exchange centre, not a dissemination centre.

All the speakers have put a great deal of information forward. Some interesting concepts have been mentioned. My own feeling about mental health, and about any health discipline for that matter, is we have to get beyond the fix-the-problem stage and move to health promotion and the prevent-the-problem stage. How do we get there? This is not just about mental health but about everything.

We will only get there when we have an adequate system for the ongoing measurement and evaluation of population health. This system has to link into global resources. I will have a very busy fall in this area. Just this morning, I accepted the first invitation to one of these think-tanks — which is really quite intimidating for me. I will be rubbing shoulders with real experts, Nobel laureates and so forth, and I will have to grope for something intelligent to say.

As we revisit this around the table, I should like you to think about the following. If the knowledge exchange centre is to make a real contribution to the evolution of a mental health system that will promote good mental health in Canada, then it has to move out away from the concept of health care delivery systems.

Can you enlighten us as to how we can design a system that must be plugged into population health? I do not think you can get the feedback loops if it is not. If I am wrong about that, then please tell me.

How can we come up with a structural framework, as Mr. Gold and others have mentioned, that will not lose sight of the fact that the reason for its existence is the promotion of good mental health and not just garbage in and garbage out, which is a huge problem in most of our databases now?

I will stop there. On the next round, I should like to hear where you can go with this.

Mr. Upshall: A couple of things Mr. Hetherington said caught me off guard. Thus, I apologize for this interjection.

Je crois que c'est un projet tout à fait exaltant. Du côté du public et du côté des professionnels, le potentiel de collaboration et d'utilité est énorme. J'espère que vous aurez tout le succès voulu.

Le président : Merci. Cette première heure s'est révélée extraordinairement utile pour ce qui est de produire le document que je souhaite produire. Vous avez accompli deux ou trois choses. Il faut une certaine uniformité, et nous y reviendrons. Ce qui est encore plus important, vous nous avez dit ce qui ne fonctionne pas. Réinventer une roue qui ne fonctionne pas, c'est difficile, c'est une chose que nous devrions éviter.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup à tous les témoins. Vous avez fait des observations extraordinairement utiles. Depuis le début, notre intention est de mettre sur pied un centre d'échange et non pas un centre de diffusion.

Tous les témoins ont présenté beaucoup d'informations. Des concepts intéressants ont été soulevés. Ce que je crois moi-même au sujet de la santé mentale, au sujet de toute discipline du domaine de la santé, de toute façon, c'est qu'il faut aller au-delà de la seule idée de réparer ce qui est brisé, pour passer à la promotion de la santé et à la prévention. Comment faire? Ce n'est pas juste la santé mentale, c'est tout.

Nous allons seulement y arriver au moment d'avoir un système permanent adéquat pour mesurer et évaluer la santé de la population. Le système en question doit être lié à des ressources mondiales. Nous serons très occupés cet automne. Ce matin même, j'ai accepté la première invitation à un de ces groupes de réflexion — ce qui me paraît assez intimidant. Je serai là à côtoyer de véritables experts. Des prix Nobel et ainsi de suite, et il faudra que je me creuse les méninges pour trouver quelque chose d'intelligent à dire.

Pendant que nous refaisons un tour de table, je vous demanderais de réfléchir à ce qui suit. Pour que le centre d'échange des connaissances contribue vraiment à l'évolution d'un système de santé mentale qui favorisera une bonne santé mentale au Canada, il devra s'éloigner du concept de système de prestation de soins de santé.

Pouvez-vous m'éclairer sur la manière de s'y prendre pour concevoir un système qui est branché sur la santé de la population? Je ne crois pas qu'on puisse bénéficier des boucles de rétroaction, si on ne fait pas ça. Si je me trompe, je vous prie de me le dire.

Comment en arriver à un cadre structurel, comme M. Gold et d'autres l'ont mentionné, qui ne perdra pas de vue le fait que la raison d'être du centre est la promotion de la santé mentale et pas seulement d'accumuler des données douteuses, qui fourniront des résultats erronés, ce qui représente un problème énorme en ce moment pour la plupart de nos bases de données?

Je m'arrêterai là. Au prochain tour, j'aimerais vous entendre dire qu'est-ce que vous pourriez en faire.

M. Upshall : M. Hetherington a mentionné une ou deux choses qui m'ont pris de court. Je m'excuse donc de l'interruption.

I disagree entirely with the idea of identifying other good websites as competitors. If we start saying, "Your website is competitive to ours," we will lose the willingness of the NGOs and other communities to develop something that is above the fray. Competitiveness is not a word we should be using. If you type the phrase "mood disorders" into the Google search engine, Mood Disorders Society of Canada comes up. I want it to stay that way. I need that to fund the society. I need that recognition. The people we work with need that recognition. If people do not come to the site, that is fine, we will go.

To have the Government of Canada say, "We will compete with you," loses me right off the bat. I will be gone. If you want to get chat lines going, then I am sure the national network will be gone.

Whatever comes up has to be filling a gap, not taking over the world. I am very uncomfortable with that theory, Mr. Hetherington.

Mr. Hetherington: Competitive analysis is a business term.

Mr. Upshall: I am fully aware of that.

Mr. Hetherington: It was in no way meant to look at other sites such as yours and ask, "How can we put him out of business?" which might be the case if you were Exxon, say. Equally useful terms would be survey or gap analysis. What you want to know is what is out there. If you have something that is terrific, what would come out of that analysis is that we would know you did, for example, or the project would know that you did. We would be able to figure out how to work with you.

Mr. Upshall: A simple link would work fine.

The point you made was that when you Google "depression," our knowledge exchange centre comes up. That is not my idea of what this knowledge exchange centre needs to be.

Mr. Hetherington: Why is that?

Mr. Upshall: There is much information already on the web that deals with depression. We do not want to reinvent that wheel. We may want to link with it. We want to come above that fray. We need to be able to work together and share information and links.

If the knowledge exchange centre becomes a pivotal point in the public use and acquisition of general information, then by virtue of where the public will start to go you will lose the support of significant people in the community, significant NGOs.

Concerning links to depression, KEC says, type the word "depression" into the KEC website and what follows are websites you can link to about depression. To me, that is knowledge exchange.

Je suis tout à fait contre l'idée de présenter d'autres bons sites Web comme étant des concurrents. Si nous commençons à dire : « Votre site Web fait concurrence au nôtre », nous allons éliminer la volonté qu'ont les ONG et d'autres milieux de créer quelque chose de supérieur. La compétitivité n'est pas une notion que nous devrions employer. Si vous tapez l'expression « mood disorders » dans le moteur de recherche Google, c'est le site Mood Disorders Society of Canada qui apparaît. Je ne veux pas que ça change. J'ai besoin de cela pour financer la société. J'ai besoin de cette reconnaissance. Les gens avec qui nous travaillons ont besoin de reconnaissance. Si personne ne fréquente le site, c'est très bien, nous nous en irons.

Que le gouvernement du Canada dise : « Nous allons vous faire concurrence », et déjà je ne veux plus jouer. Je ne suis plus là. Si vous voulez établir des forums, je suis sûr que le réseau national n'y sera plus.

En créant la chose, nous voulons combler un vide et non pas conquérir le monde. Cette théorie me met très mal à l'aise, monsieur Hetherington.

M. Hetherington : « Analyse concurrentielle » est un terme du monde des affaires.

M. Upshall : J'en suis tout à fait conscient.

M. Hetherington : Il ne s'agit d'aucune façon de regarder d'autres sites, par exemple le vôtre, et de se demander comment éliminer la concurrence, ce qui serait le cas si votre site était celui d'Exxon, par exemple. Les termes « analyse des écarts » ou « enquête » s'appliqueraient tout autant. Vous voulez simplement savoir ce qui existe. Si vous avez trouvé une formule qui est merveilleuse, l'analyse ferait ressortir que nous sommes au courant, par exemple, ou que les responsables du projet sont au courant. Nous pourrions trouver une façon de travailler avec vous.

M. Upshall : Un simple lien suffirait.

Vous avez dit que lorsque les gens tapent « dépression » dans Google, c'est notre centre d'échange des connaissances qui apparaît. Ce n'est pas l'idée que je me fais de ce que doit représenter ce centre d'échange des connaissances.

M. Hetherington : Pourquoi pas?

M. Upshall : Le Web propose déjà beaucoup d'informations sur la dépression. Nous ne voulons pas réinventer cette roue-là. Nous allons peut-être vouloir créer un lien vers les sites en question. Nous voulons nous situer au-dessus de la mêlée. Il nous faut pouvoir travailler ensemble et mettre en commun les informations et les liens.

Si le centre d'échange des connaissances devient un pivot pour l'utilisation et l'acquisition par le grand public d'information d'ordre général, de ce fait, vous allez perdre l'appui de gens importants au sein de la collectivité, d'ONG importantes.

Pour ce qui est des liens concernant la dépression, le CEC dit : tapez le mot « dépression » dans le site Web du CEC et vous trouverez des sites Web sur le sujet. À mes yeux, il y a là échange de connaissances.

Mr. Hetherington: You mentioned the Canadian Health Network. I understand that is the strategy the Canadian Health Network uses; in other words, they provide the links. Nevertheless, the traffic to that site has dropped precipitously over the last year. Perhaps that is not such an effective strategy.

Mr. Upshall: It is an effective strategy, if the website works. The point is that that website does not work. That is something we have talked about before. It is important that the website work properly; if it becomes a bureaucratic nightmare, it will not work.

Mr. Hetherington: Links are fine. We must recognize all the work that has been done. However, linking holus-bolus out of the middle of a page might not be the best user experience. Certainly, having resources with all credible links that are annotated is a good idea. However, one site might attack depression in a grade-7 language while another website might organize it completely differently. One site might detail the history of the disease.

As well, we know that there are individuals who are concerned with co-morbidity. In child and youth, there are many of these issues. A person may want to learn about ADHD because he or she may have been their child is co-morbid with anxiety and has learning disabilities. If a person clicks over to the LDAO, which is an excellent resource for learning disabilities, he or she can perhaps learn something there. If the child is learning disabled, the parent might be, too. There is a strong genetic component in that. A person may then go to an ADHD resource that is organized completely differently. Thus, they are not able to get the information they need to synthesize.

I advocate standardizing this information in a somewhat templated format, so that, yes, this site could have information about depression, even though good depression information exists. However, it would be put forward in such a way that it would satisfy the overall architecture of the site. A user can say, "I need to know this about the treatment for depression. How does that map on to treatment for anxiety? Let's see. It goes over here to 'treatment to anxiety'." Rather than going off to a site from New Brunswick or B.C., both of which have excellent material but which are not organized in the same way, we have to think about our users. We have to think about giving them the information they need in a way that is accessible, understanding that they likely have complex needs.

Mr. Upshall: Perhaps we could have a dialogue after this session, because I disagree.

Senator Cordy: This morning has been amazing. Every time I think I have a handle on the issue of mental health and mental illness I attend something like this and realize how little I actually know.

M. Hetherington : Vous avez mentionné le Réseau canadien de la santé. Je comprends la stratégie du Réseau canadien de la santé; celui-ci donne des liens. Néanmoins, le nombre de visiteurs a chuté de manière importante depuis un an. C'est une stratégie qui n'est peut-être pas si efficace.

M. Upshall : C'est une stratégie efficace, si le site Web fonctionne. C'est que ce site Web en particulier ne fonctionne pas. Nous avons déjà traité de cette question. Il importe que le site Web fonctionne bien; si c'est un cauchemar bureaucratique, ça ne fonctionnera pas.

M. Hetherington : Les liens fonctionnent bien. Nous devons reconnaître tout le travail qui a été fait jusqu'à maintenant. Tout de même, proposer des liens un peu partout, au beau milieu de la page, ne crée peut-être pas l'expérience idéale du point de vue de l'utilisateur. Certes, avoir des ressources qui recensent tous les liens dignes de foi dûment annotés est une bonne idée. Par contre, un site particulier peut traiter de la dépression comme si on s'adressait à des élèves de l'école primaire, alors qu'un autre peut organiser l'information de façon tout à fait différente. Un autre site peut situer la maladie dans son contexte historique.

De même, nous savons qu'il y a des gens qui s'intéressent à la comorbidité. Chez les enfants et les adolescents, ce sont des questions qui se posent souvent. Quelqu'un peut vouloir se renseigner sur le TDAH parce qu'il croit que son enfant souffre d'anxiété et de troubles d'apprentissage en même temps. Si la personne clique sur le site de la LDAO, excellente ressource concernant les troubles d'apprentissage, elle peut apprendre une chose ou deux. Si l'enfant a un trouble d'apprentissage, le parent en a peut-être un aussi. L'élément héréditaire est fort. La personne peut ensuite consulter une ressource sur le TDAH qui est organisée de façon tout à fait différente. Cela ne donne pas toutes les informations nécessaires pour établir une synthèse.

Je préconise l'uniformisation de l'information suivant une grille plus ou moins fixe pour que, oui, le site puisse donner des renseignements sur la dépression, même s'il existe de bonnes informations à ce sujet ailleurs. Cependant, l'information serait présentée de telle sorte qu'elle s'inscrirait bien dans l'architecture globale du site. Un utilisateur pourrait dire : « J'ai besoin de renseignements sur un traitement particulier en cas de dépression. Comment retrouver un traitement en cas d'anxiété? Voyons voir : voici que ça mène à "traitement de l'anxiété". » Plutôt que d'envoyer les gens consulter un site du Nouveau-Brunswick ou de la Colombie-Britannique — les deux pouvant présenter d'excellentes informations, mais n'étant pas organisés de la même façon —, nous devons penser à nos utilisateurs. Nous devons penser à la façon de s'y prendre pour donner des informations d'une façon qui leur est accessible, en sachant qu'ils ont probablement des besoins complexes.

M. Upshall : Nous pourrions peut-être en discuter après l'audience, car je ne suis pas d'accord.

Le sénateur Cordy : Quelle matinée incroyable. Chaque fois que je crois savoir ce qu'est la santé mentale et ce qu'est la maladie mentale, j'assiste à une audience comme celle-ci et je prends conscience du fait que j'en sais très peu.

The teacher in me loved hearing things such as the need for clear goal setting, gap analysis, looking at what works, continuous evaluation and how important it is to communicate to the users, because if we do not do the groundwork before setting something up, it will not work.

Whatever we do must be user friendly. We heard that repeatedly this morning. I believe it was Ms. Goering who said that dissemination is not the same as knowledge exchange. Interaction is so important. If we do not have interaction, if we go only to the site for information, that is not exchange.

As Senator Kirby mentioned earlier, as we traveled across the country we saw some wonderful things happening. In St. John's, Newfoundland, they are doing wonderful things with housing and work programs. In Collingwood, Ontario they have broken down silos, and provincial departments of community services and education are working together. Good things are happening, but whatever we set up has to be easy to access and easy to exchange so that you can get information as well as give information.

In any non-government agencies, grassroots agencies in particular, there is always a shortage of money and personnel. In Newfoundland they talked to us about accessing government money for housing. They said that sometimes what comes through from the government is so complicated that they do not have the time to access the funding. It is not worth it. They can get funding for care workers and social workers, but not for a finance person or for a person to fill out the documents.

Non-governmental and non-profit agencies are dealing with those realities. If it is not easy to access and takes a lot of time to exchange information, it will not happen.

I was on the board of Phoenix House in Nova Scotia, which provides housing for homeless young people. It was a wonderful organization. We constantly received requests from other provinces and even other countries that wanted to visit or to have our executive director speak to them. However, every time our executive director travelled or prepared a speech, that was time away from what she was paid to do. You are all familiar with that.

The bottom line is finding a way to ensure that your great plans do not become mired in bureaucracy.

Senator Di Nino: If Senator Cordy feels inadequate, just imagine how I feel here this morning.

I agree that incredible ideas have come out this morning. Sustainability is a key area. It is no use working on something for three years and then trying to find the money to implement it.

L'enseignante que je suis a adoré entendre dire qu'il faut fixer des objectifs clairs, faire une analyse des écarts, regarder ce qui fonctionne, faire des évaluations périodiques, qu'il est important de communiquer avec les utilisateurs aussi, car si nous n'effectuons pas le travail de terrain nécessaire avant d'aménager le centre, cela ne fonctionnera pas.

Quoi qu'on fasse, il faut que ce soit convivial. Cela a été répété plus d'une fois ce matin. Je crois que c'est Mme Goering qui a dit que la diffusion n'est pas l'échange de connaissances. L'interaction est si importante. S'il n'y a pas d'interaction, si la seule fonction du site est d'informer, il n'y a pas échange.

Comme le sénateur Kirby l'a mentionné plus tôt, en sillonnant le pays, nous avons vu des choses extraordinaires. À St. John's (Terre-Neuve), les gens accomplissent des choses merveilleuses avec les programmes de logement et de travail. À Collingwood, en Ontario, ils ont fait tomber les silos — les ministères provinciaux des Services communautaires et de l'Éducation travaillent ensemble. Il y a de bonnes choses qui se font, mais, quoi que nous fassions nous-mêmes, il faut qu'il soit simple d'y accéder et qu'il soit simple d'échanger, de façon à pouvoir obtenir des informations et aussi à en donner.

Au sein des agences non gouvernementales, et les agences populaires en particulier, on manque toujours d'argent et de personnel. À Terre-Neuve, ils nous ont parlé de la possibilité de bénéficier de fonds gouvernementaux dans le dossier du logement. Ils ont affirmé que, parfois, pour passer par l'État, c'est si compliqué qu'ils n'ont pas le temps de demander des fonds. Cela ne vaut pas la peine. Ils peuvent obtenir des fonds pour des travailleurs sociaux et des soignants, mais pas pour un responsable des finances ni pour quelqu'un qui aurait à remplir des documents.

Les agences non gouvernementales et sans but lucratif doivent affronter cela. Si le centre n'est pas facile d'accès et qu'il faut beaucoup de temps pour échanger des informations, les choses ne se feront pas.

Je siégeais au conseil d'administration du Phoenix House, en Nouvelle-Écosse, qui loge des sans-abri. Merveilleuse organisation. Nous recevions tout le temps des demandes de gens provenant d'autres provinces, et même d'autres pays, de gens qui souhaitaient nous rendre visite ou s'entretenir avec notre directrice générale. Chaque fois que notre directrice générale partait en voyage ou préparait un discours, elle faisait autre chose que ce pourquoi elle était payée. Vous connaissez tous cette situation.

En dernière analyse, il s'agit de trouver une façon de s'assurer que les beaux projets ne s'engluent pas dans la bureaucratie.

Le sénateur Di Nino : Si le sénateur Cordy n'a pas l'impression d'être à la hauteur, imaginez-vous donc comment je me sens, moi, ce matin.

Je suis d'accord pour dire que nous avons entendu des idées incroyables ce matin. La viabilité à long terme est une question clé. Rien ne sert de travailler à un projet pendant trois ans, pour essayer ensuite de trouver les fonds nécessaires pour le mettre à exécution.

Another thing I heard that I thought was wise is that knowledge is not exclusive to some. We must understand that many people contribute to this knowledge.

I want to challenge you folks on one issue. The reality of Canada today is that we have many languages and many cultures. If this initiative is not able to reach those many cultures with many languages, of which there will probably be even more in the future, I do not think it will succeed. It may not fail, but I do not think it will succeed.

In addition to the need to address that issue, we must address the senior population of our country. We often forget that area. Without being critical, and in an attempt to be constructive, no one mentioned that area this morning. Seniors are not wired. A website may not be useful to them.

When talking about a knowledge exchange centre, those two issues must be at the top of mind: otherwise it will not succeed.

Mr. Coleridge: I want to respond to some of the comments and to pick up on a number of the themes expressed around the table this morning.

There is a concept of multiple knowledge generators, and that information and knowledge needs to be exchanged in many places. Many people spoke to that. I heard loudly and clearly that knowledge exchange is a process and much beyond a website. A website may be an important component, but only one component of a much broader comprehensive strategy. I worry when we focus our discussions about information on a website, because we must think much more broadly than that.

There are multiple audiences, and some of us touched on that. One point for discussion today should be around focus. Do we want this knowledge exchange centre to deal with a number of those audiences or do we want it to focus on the public, consumers, clients and families, or should it deal with health professionals and change of practice?

Discussion about focus and scope of the knowledge exchange centre might help you in developing your paper. As part of that, we need to focus on the objective of the centre. For example, if we focus on information on a website, what is the objective of that information? If it is to change public attitudes and behaviours, and support clients and families, reams of research show that information in isolation of other strategies has no impact. It does not lead to sustained attitude and behaviour change, so let us not go down that path again. There are many websites, many campaigns and many posters. In isolation they do not have a sustained impact.

Une autre chose que j'ai entendue et qui m'a paru sage : la connaissance n'est pas l'apanage de quelques-uns. Il nous faut comprendre que les gens sont nombreux à contribuer aux connaissances en question.

Je veux contester un point que vous avez fait valoir. La réalité du Canada, aujourd'hui, c'est que nous y trouvons de nombreuses langues et de nombreuses cultures. Si le projet ne parvient pas à rejoindre les nombreuses cultures en question avec les nombreuses langues où elles s'expriment, et il y en aura probablement encore plus à l'avenir, je ne crois pas que le projet sera un succès. Ce ne sera peut-être pas un échec, mais je ne crois pas que ce sera un succès.

Outre la nécessité de régler cette question, il nous faut nous pencher sur la situation des personnes âgées au pays. Nous oublions souvent ce point. Sans vouloir critiquer, seulement pour essayer d'être constructif, je dirais que personne n'en a parlé ce matin. Les aînés ne sont pas branchés. Un site Web ne sera peut-être pas utile dans leur cas.

Quand on parle d'un centre d'échange des connaissances, il faut savoir que ces deux questions doivent nous demeurer à l'esprit : sinon, ce ne sera pas un succès.

M. Coleridge : Je veux réagir à certaines des observations qui ont été faites et reprendre le fil de certains des thèmes qui ont été évoqués autour de la table ce matin.

Il y a le concept des multiples producteurs de connaissances et l'idée selon laquelle les informations et les connaissances doivent s'échanger à de nombreux endroits. Les gens ont été nombreux à en parler. J'ai entendu dire très, très clairement, que l'échange des connaissances est un processus, et bien plus qu'un site Web. Le site Web peut être un élément important, mais ce n'est qu'un élément d'une stratégie beaucoup plus vaste. Je m'en soucie quand nos discussions sont centrées sur l'information que propose un site Web, car je crois que notre réflexion doit être beaucoup plus large.

Il y a de multiples auditoires, certains en ont parlé. La question de l'objectif central devrait être débattue aujourd'hui. Souhaitons-nous que ce centre d'échange des connaissances s'adresse aux auditoires en question ou voulons-nous plutôt qu'il se concentre sur un public en particulier, sur les usagers, sur les clients et les familles, ou encore faudrait-il que ce soit les professionnels de la santé dans l'idée de changer leur façon de faire?

Les discussions sur l'objectif central du centre d'échange des connaissances et sur la portée de ses activités vous aideraient peut-être à préparer votre document. Dans le contexte, nous devons réfléchir à cet objectif. Par exemple, si nous privilégions l'information véhiculée par un site Web, quel en est l'objectif? S'il s'agit de modifier les attitudes et les comportements du public et d'appuyer les clients et les familles, quantité de recherches montrent que l'information, dans la mesure où elle est isolée d'autres stratégies, n'a aucun impact. Elle ne débouche pas sur une modification durable des attitudes et des comportements; évitons donc de reprendre ce chemin. Il existe bon nombre de sites Web, bon nombre de campagnes et bon nombre d'affiches. Isolément, ils n'ont aucun impact durable.

I want to touch on Senator Keon's point on population health and health promotion, which is a topic near and dear to my heart, even though I am not as expert on it as other people in Canada are. One challenge has been, as Senator Keon mentioned, that we tend to focus on addressing health care — sickness care versus a health system. The problem with population health and health promotion is that they have not been adequately resourced, and therefore not evaluated adequately, and that they tend to be one-shot deals that focus on campaigns. Health promotion and population health is a broad integrated strategy sustained over a period of time, and that is what has an impact on population health. We need to begin thinking about it that way, and resourcing and evaluating it.

Senator Cochrane: I am so pleased that you are here because I know that you have encountered many of these situations.

Mr. Gold began by apologizing for being unsuccessful in many of his projects. The important thing about unsuccessful projects is the learning, which is as important as anything else. I hope the ideas that were not successful are made known. Please, let us not try to reinvent the wheel. We have to know the unsuccessful projects, in setting up an organization.

Someone said that institutions have not always worked well, and I know that is true. We have heard that a lot of people with mental health disorders are put in prisons, for the sake of finding a place for them.

In setting up this knowledge centre, it is important not to overlook the prisons; it is important to try to find a way to insert your knowledge and abilities there, to make sure that everybody is looked after. Those institutions are a concern of mine. You are probably talking about institutions like the mental health institutions, but do not forget that there is a sector of the population that is in prison centres as well, and quite a few of them are probably only there for want of a better place to put them.

Another thing many of you have talked about is not reinventing the wheel, and I totally agree with that.

As well, do not settle for bureaucracy. Ensure that what is done will result in solutions that the public will gain many advantages from, and help those who are ill.

Dr. Manion: Near the beginning, Ms. Goering was talking about how she was worried about the talk of a website. I was not too worried until the conversation kept continuing. There is a concern about creating a clearing house and not a knowledge-exchange centre. All of the questions that are being asked we have struggled with in our centre.

Je veux aborder le point formulé par le sénateur Keon à propos de la santé de la population et de la promotion de la santé, soit un sujet que j'ai vraiment à cœur, même si je ne suis pas spécialiste comme d'autres peuvent l'être au Canada. Un des problèmes, comme le sénateur Keon a pu le mentionner, c'est que nous avons tendance à nous soucier des soins de santé — de la maladie, plutôt que d'un système de santé. Le problème, pour ce qui est de la santé des populations et de la promotion de la santé, c'est que ce sont des dossiers auxquels nous n'avons pas attribué de ressources adéquates; par conséquent, ils ne sont pas évalués adéquatement, si bien que la tendance est aux mesures ponctuelles articulées autour d'une campagne. La promotion de la santé et la santé des populations s'inscrivent dans une stratégie d'ensemble intégrée valable pour une longue période, et c'est pourquoi il y a un impact sur la santé de la population. Nous devons commencer à réfléchir aux choses de cette façon, et songer aux ressources à établir et à l'évaluation à réaliser.

Le sénateur Cochrane : Je me réjouis énormément de votre présence, car je sais que vous avez déjà fait face à bon nombre de ces situations.

M. Gold a commencé par s'excuser d'avoir été mêlé à tant de projets infructueux. Les projets infructueux ont ceci d'important qu'ils nous permettent d'apprendre, ce qui a autant de valeur que le reste. J'espère que les idées infructueuses seront mises au jour. Je vous en prie, n'essayons pas de réinventer la roue. Nous devons savoir quels sont les projets qui se sont révélés infructueux, au moment d'établir une organisation.

Quelqu'un a affirmé que les établissements n'ont pas toujours fait un bon travail, et cela est vrai. Nous l'avons entendu, bon nombre des gens souffrant d'un trouble mental se retrouvent en prison, pour la simple raison qu'on essaie de leur trouver une place.

En établissant ce centre des connaissances, il importe de ne pas oublier les prisons; il importe de trouver une façon d'y appliquer vos connaissances et vos habiletés, pour vous assurer que personne n'est oublié. Ces établissements sont pour moi une préoccupation. Vous parlez probablement d'établissements comme les établissements de santé mentale, mais n'oubliez pas qu'il y a un secteur de la population qui se trouve dans les prisons et que bon nombre de personnes s'y trouvent probablement parce qu'on n'a pas d'autres places où les mettre.

De même, vous êtes nombreux à avoir affirmé qu'il ne faut pas réinventer la roue, et je suis tout à fait d'accord avec cela.

Dans la même veine, ne vous contentez pas d'un truc bureaucratique. Assurez-vous que le résultat débouche sur des solutions dont le grand public pourra tirer de nombreux avantages et qui profiteront aux gens malades.

M. Manion : Au début, Mme Goering a dit qu'elle s'inquiétait du fait qu'on parlait d'un site Web. Je n'étais pas trop inquiet, tout au moins pour un certain temps. Il y a la possibilité inquiétante que nous finissions par créer un centre d'information et non pas un centre d'échange des connaissances. Toutes les questions que nous posons ici, nous les avons posées au centre.

At the end of it, we are not trying to do things for people; we are trying to do things with people. It is about relationships and building those relationships. That is key to how this is organized. At the beginning, understanding the dynamic process that is involved and investing the dynamic process, which may have some tools and technology attached to it, is important; however, unless that is very much to facilitate those relationships we will not have the long-term change we are looking for. That is one point.

The other point is in response to the comment from Senator Keon around prevention. I agree that we have insufficient evidence. There is evidence, but it is insufficient. Any time we can share that information, obviously, we try to do what is evidence-based. There is some evidence-based information there. It also speaks to the scope of the knowledge exchange centre but, more specifically, of the commission. I do not think it will be the leadership from the knowledge exchange centre that will push the prevention-promotion agenda; it will be the commission's agenda to do that.

In relation to Ms. Goering's comments earlier, if the activities of the knowledge exchange centre are not completely linked to the commission and what it is trying to accomplish, then you have missed the boat. It should be an arm of the commission in that respect. They must go hand in hand. That will help to identify what some of the focus will be for the knowledge exchange centre once the commission determines some of its focus. Otherwise, there is a danger of two things spinning off in different directions, with one not being as useful to the other as it should be in both directions.

The Chairman: Thank you for that.

Let me make a couple of comments. First, Senator Keon's comments on population health are dead on. Personally, I had always seen that as being built into the anti-stigma program. If you look at some of the successful things that have been done in Australia, New Zealand, Scotland, and so on, at the same time as you try to remove the stigma, part of the same communications program also promotes good mental health because that helps to make people realize that the stigma does not need to be there or that you can get rid of the stigma.

In terms of the focus issue that Mr. Diakopoulos raised, there is no sense doing this if it will not be useful. That is why you must evaluate it. Therefore, giving people information, if they do not follow up on it, does not help very much.

I want to give you two examples, because I find it easier to start with an illustrative example. An Ontario school district, the Bluewater School District, has done a great job of identifying, at the school level, students with a mental illness. They have a testing tool, among other things. Bluewater School District has said that it would be happy to have other school boards from across the country visit them, and we have recommended to other school boards that they visit the Bluewater School District. There are a

En dernière analyse, nous n'essayons pas d'agir pour les gens; nous essayons d'agir avec les gens. Ce sont des relations, des relations qu'il faut cultiver. C'est l'élément clé de la tâche. Au début, il importe de comprendre la dynamique dont il est question et de s'y investir, ce qui pourrait supposer le recours à certains outils et à certains éléments de la technologie; cependant, à moins que cela ne vise vraiment à faciliter les relations en question, nous ne verrons pas se produire le changement à long terme que nous souhaitons. Voilà un point.

Par ailleurs, je souhaite réagir à un commentaire du sénateur Keon concernant la prévention. Je suis d'accord pour dire que les données sont insuffisantes. Les données existent, mais elles sont insuffisantes. Chaque fois que nous pouvons diffuser de l'information, évidemment, nous essayons de trouver des données probantes. Cela existe. Il en va de la portée du projet de centre d'échange des connaissances lui-même, mais, plus particulièrement, de la commission. À mon avis, ce ne sera pas le centre d'échange des connaissances qui donnera l'impulsion au mouvement en faveur de la prévention et de la promotion; ce sera l'affaire de la commission.

Au sujet de ce que Mme Goering a dit plus tôt, si les activités du centre d'échange des connaissances ne sont pas liées indissociablement à la commission et à ce que celle-ci essaie d'accomplir, vous êtes dans l'erreur. Le centre devrait être rattaché à la commission. Les deux doivent collaborer. Cela aidera à déterminer quel sera l'objectif central, du moins en partie, du centre d'échange des connaissances : l'établissement de l'objectif de la commission elle-même. Sinon, les deux risquent de prendre des tangentes très différentes — l'un des deux n'étant pas aussi utile à l'autre qu'on le voudrait.

Le président : Merci.

Permettez-moi de formuler quelques observations. Premièrement, les observations du sénateur Keon au sujet de la santé de la population sont parfaitement justes. Personnellement, j'ai toujours cru que cela serait intégré au programme anti-stigmatisation. Si vous jetez un coup d'œil aux projets fructueux qui ont été réalisés en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Écosse et ainsi de suite, en essayant d'éliminer la stigmatisation, le programme de communication peut en même temps servir à promouvoir une bonne santé mentale, car les gens en déduisent que la stigmatisation n'a pas sa raison d'être, ou encore que l'on peut s'en débarrasser.

Quant à la question de l'objectif que M. Diakopoulos a soulevée, rien ne sert de mener ce projet s'il n'est pas utile. C'est pourquoi vous devez l'évaluer. Par conséquent, donner de l'information aux gens s'ils n'y donnent pas de suite, ce n'est pas très utile.

Je veux vous donner deux exemples intéressants, car je trouve cela plus facile de commencer par un cas qui illustre la chose. Il y a en Ontario un conseil scolaire, celui de Bluewater, qui a fait un excellent travail, à l'échelle scolaire, quand il s'agit de repérer les élèves ayant une maladie mentale. Entre autres, ils utilisent un outil de diagnostic. Les responsables du conseil scolaire de Bluewater ont affirmé qu'ils seraient heureux d'accueillir les représentants de conseils scolaires provenant d'ailleurs au

couple of things happening at the Vancouver School Board that no one outside of Vancouver knows about. Hence, it is important not only to tell people that these things exist, but to tell people how they work.

You can begin to have an impact on what this is all about, which is making life better for people who are living with a mental illness, if you can find a way of taking very practical things and telling service-providers, policy-makers and others how to do that. All of you have said that there must be a dialogue, not just a one-way exchange. You can tell someone to check out the Bluewater School District, but that is an extended discussion before some other school board decides to take that up.

As you make your comments, think about the following: How do you facilitate an ongoing exchange? It is not just a passive website. I do not know where that goes.

Ms. Goering: That exchange of best-practice information has been already very valuable in terms of what you have done in your reporting and in your discussions. We want to continue that dialogue, but I agree that we must focus it.

Instead of focusing on an audience, I would focus on actions and proceed from there. There are 114 recommendations, all of which require some action. The commission must determine its focus. When we know the focus — and perhaps the focus will be prevention, and we know quite a bit about preventing conduct disorder in kids. When we do our needs assessment, which we must do, we must look at the resources that already exist that might help with that. We must talk to policy people, to providers and to consumers about what they need in order to act on that issue.

The website is designed with that in mind, but so is the technical assistance and the dialogue, et cetera. You may want a website to help you decide what are you interested in acting on. If you are interested in acting on this and you are a consumer, here is where you go. Here is the tool kit, here is the knowledge from research and here are some examples that have gone across Canada, and so on. I get very nervous about comprehensive, all diseases, all audiences and all purposes.

The Chairman: Your focus on action is exactly my focus when I say that if it is not useful and it does not make life better for people living with a mental illness we should not do it.

Senator Keon: I wanted to focus my question again, if I could.

Canada; nous avons d'ailleurs recommandé aux autres conseils scolaires de visiter le conseil scolaire de Bluewater. Il y a aussi deux ou trois mesures adoptées à la Vancouver School Board, mais que personne ne connaît en dehors de Vancouver. Il importe donc de dire aux gens non seulement que ces choses existent, mais aussi comment elles fonctionnent.

Vous pouvez commencer à avoir une influence sur tout cela, c'est-à-dire améliorer le sort des gens qui vivent avec une maladie mentale, si vous arrivez à trouver des façons très concrètes de procéder et à dire aux fournisseurs de services, aux artisans des politiques gouvernementales et à d'autres décideurs comment procéder. Vous avez tous affirmé qu'il doit y avoir un dialogue; ce ne serait pas seulement des consignes données par un et reçues par l'autre. Vous pouvez dire à quelqu'un d'aller voir ce qui se passe au conseil scolaire de Bluewater, mais il faut une discussion approfondie avant que le représentant d'un autre conseil scolaire décide de le faire.

Au moment de former vos observations, songez à ce qui suit : comment fait-on pour faciliter un échange? Ce n'est pas qu'un site Web passif. Je ne sais pas où on s'en va avec ça.

Mme Goering : L'échange d'information sur les pratiques exemplaires a déjà débouché sur des résultats très valables. Vos rapports et vos discussions en font foi. Nous allons poursuivre le dialogue, mais je suis d'accord pour dire qu'il faut être plus précis.

Plutôt que de privilégier l'auditoire, je privilégierais les mesures à prendre comme point de départ. Il y a 114 recommandations, toutes supposant des mesures à prendre. La commission doit choisir son champ d'action. Lorsque nous connaissons le champ d'action — et ce sera peut-être la prévention... et nous en savons déjà beaucoup sur la façon de prévenir les troubles de comportement chez les enfants. Au moment de l'évaluation des besoins, tâche que nous devons accomplir, il nous faut déterminer quelles sont les ressources utiles qui existent déjà. Il faut parler aux artisans des politiques, aux fournisseurs de services et aux usagers à propos de ce qui leur faut pour donner suite à la question.

Les concepteurs du site Web ont cela à l'esprit, mais également l'assistance technique et le dialogue et ainsi de suite. Vous allez peut-être vouloir établir un site Web pour mieux décider des mesures que vous souhaitez mettre en œuvre. Si vous souhaitez donner suite à cela et que vous êtes un usager, voici où il faut aller... voici le coffre à outils, voici les connaissances tirées des recherches faites et voici quelques exemples pris ici et là au Canada et ainsi de suite. L'idée d'un truc qui englobe tout me rend très nerveuse — toutes les maladies, tous les auditoires, toutes les fins.

Le président : Comme vous, j'accorde la priorité à l'action quand je dis : si ce n'est pas utile et si ça ne sert pas à améliorer le sort des gens qui vivent avec une maladie mentale, alors nous ne devrions pas faire cela.

Le sénateur Keon : J'aimerais reformuler ma question, si vous le permettez.

One of the problems with talking about prevention is that when you make a strong statement about it, as I just did, people think that this is the only thing you are thinking about. Of course, that is not true. We must fix the problems of the day along the road also.

In mentioning population health, I am not suggesting that we design a population health system but, hopefully, with what time I have left in the Senate, I will force the government to design one. I will participate in forcing the government to design one that is at least as good ones in Third World countries, if we cannot be in line with the developed countries. Once that is designed, it is simply a matter of our being plugged into it. It is not up to us to design it.

Nevertheless, we should never lose sight of the fact that 90 per cent of the disease treated in the health care system in Canada is of environmental origin; only 10 per cent is of genetic origin. Until we start looking at diseases from the agri-industry, from the construction industry, et cetera, and look at what city planners are doing, we will be wasting our time. The problem just grows and grows and grows.

Mr. Gold: I will come back to the first thing I said. Much of what I know about knowledge transfer, translation and exchange came from my mother, who had absolutely no formal education. Before I would do anything, I would call my mother and her whether it made sense to her. If she said, yes, I get it, I would know that I had brought it to a level that an intelligent person could understand, that it did not need an expert to understand. I talked to her about the difference between knowledge transfer and knowledge exchange. After a long conversation, she said it sounded to her like knowledge exchange presumes that all of the players have something to contribute. I thought, absolutely, that is exactly the defining difference. Knowledge transfer is about experts communicating out what they know to those who need it, but knowledge exchange is much more about bringing people together. It is that "marketplace of ideas," a cliché but true. Essentially, it is to create a space where all kinds of people with bits of answers come together to create a much better picture of what the collective solution could be and what the problems are. We do not even know all the problems, let alone all the solutions.

There are two risks: The first is creating nothing more than a website that provides a hyperlink to everything ever written about anything to do with mental health disorders. The second is doing nothing because we think that the scope is so big that we cannot do anything. I say that now because there will be a small sense from some here today that we cannot do it because we are not looking at it the right way, but something has to happen.

La prévention a ceci de problématique que lorsque vous faites un plaidoyer en sa faveur, comme je viens de le faire, les gens croient que c'est la seule chose à laquelle vous pensez. Bien entendu, cela n'est pas vrai. Nous devons aussi régler les problèmes qui se présentent en cours de route, au jour le jour.

À propos de la santé de la population, je ne propose pas que nous concevions un système de santé de la population, mais, avec le temps qu'il nous reste au Sénat, je saurai contraindre le gouvernement à le faire. Je participerai à l'exercice qui consiste à contraindre le gouvernement à en concevoir un qui sera au moins aussi bon que ce qui se trouve dans les pays du tiers monde, si nous n'arrivons pas à faire comme les pays industrialisés. Une fois que le système conçu, il reste simplement à nous y brancher. Ce n'est pas à nous de le concevoir.

Néanmoins, nous ne devrions jamais oublier que 90 p. 100 des maladies traitées dans le système de santé au Canada ont une origine environnementale; 10 p. 100 seulement sont d'origine génétique. Tant et aussi longtemps que nous n'allons pas étudier les maladies attribuables à l'industrie agroalimentaire, à l'industrie de la construction et ainsi de suite, tant que nous n'allons pas regarder ce que font les urbanistes, nous allons perdre notre temps. Le problème prend encore et toujours de l'ampleur.

M. Gold : Je vais revenir à la première chose que j'ai dite. Une bonne part de ce que je sais au sujet du transfert, de l'application et de l'échange des connaissances me vient de ma mère, qui n'a pas fait d'études. Avant de faire quoi que ce soit, j'appelais ma mère pour lui demander si cela avait du sens. Si elle disait : « Oui, je comprends », je savais que j'avais amené le problème à un niveau qu'une personne intelligente peut saisir, qu'il ne fallait pas un expert pour comprendre. Je lui ai parlé de la différence entre le transfert des connaissances et l'échange des connaissances. Après une longue conversation, elle a dit que, d'après sa façon de le voir, l'échange des connaissances repose sur l'idée que tous les joueurs ont quelque chose à apporter. Je me suis dit, c'est tout à fait cela, c'est tout à fait le trait distinctif qui définit la notion. Le transfert des connaissances concerne des experts qui révèlent ce qu'ils savent à ceux qui ont besoin de savoir, mais l'échange des connaissances évoque davantage un rassemblement. C'est le « marché des idées ». C'est peut-être un lieu commun, mais c'est vrai. Essentiellement, il s'agit de créer un espace où toutes sortes de personnes ayant des fragments de réponses peuvent se réunir pour broser un tableau plus net de ce que pourrait être la solution collective et les problèmes. Nous ne connaissons même pas tous les problèmes, encore moins les solutions.

Il y a deux risques : le premier consiste à créer rien de plus qu'un site Web qui propose un hyperlien vers tout ce qui est écrit sur des sujets ayant un lien quelconque avec les troubles de santé mentale. Le deuxième consisterait à ne rien faire : le problème nous paraîtrait si énorme que la conclusion serait qu'il n'y a rien à faire. Je dis cela maintenant, car après la séance d'aujourd'hui, nous aurons un peu l'impression de ne pas être capables de le faire du fait que nous ne portons pas le bon regard sur la question, mais il faut faire quelque chose.

The Bluewater example was fantastic for me. At CHSRF, we put best practices, which we call “promising practices” — on our website. We believe that some of the important stuff to share has not been evaluated. It could be that the regional health authority is doing something fun and CHSRF might make that information available on our website to other organizations struggling with similar problems. However, that is not where the impact is. Rather, the impact comes from the phone call I might receive from the regional health authority in Moose Jaw, for example, who tells me that he just read the promising practice information happening in Newfoundland. He might ask, because there is no money from the ministries of health across the country for travel outside the provinces or even the regions, whether the CHSRF would cover his costs to travel for a face-to-face meeting with the folks in Moose Jaw so that his group might apply that solution to their own context. The foundation agrees to that because no one else funds that kind of activity. You cannot go to the CIHR and ask for a ticket. The CHSRF tries to do what no one else is doing.

This initiative should try to do what no one else is doing. We need to identify the audiences and what no one else is doing — and let us just do it. Perhaps it is risky but it has the potential for the best impact. Everyone has said, “Information overload — let us not contribute yet another link on everyone’s bookmark page that we do not go to.” What the public often needs is digested information. Who can I trust? Type in any number of disorders and 7,000 websites will pop up, including websites on MySpace.com. That is not the same as something coming from the Centre for Addiction and Mental Health, CAMH. People need help to understand how to navigate all the information available, and the needs are different for clinicians, managers and policy-makers in the area. Let us determine what no one else is doing and the needs of the community groups and then take a shot at doing something.

Senator Cochrane: Perhaps you could do something more than that, Mr. Gold, by having regional people, from Newfoundland, say, travel to you for a face-to-face sharing of information with even greater volume.

Mr. Gold: We have an initiative that does such a thing. There are so many opportunities and models that show what could be done. They are about knowledge exchange, not only about dissemination or transfer, that could have a huge impact, I believe.

Ms. Kidder: Mr. Gold led beautifully to my comment. I want to revisit the idea of promising practices and sharing promising practices. Certainly, we have heard from our stakeholders that people are extraordinarily interested in. They want to learn from each other. In trying to determine how the Centre for Excellence at CHEO can participate in the process, it is becoming apparent to us that it is important to find a way to support the people who

L'exemple de Bluewater m'a paru merveilleux. À la FCRSS, nous affichons sur notre site Web les meilleures pratiques, ce que nous appelons les « pratiques prometteuses ». Nous sommes d'avis que certains des procédés importants dont on peut faire part n'ont pas encore été évalués. Peut-être que l'administration régionale de la santé fait quelque chose d'amusant et que la FCRSS peut afficher l'information à ce sujet sur notre site Web au profit d'autres organisations qui font face à des problèmes semblables. Cependant, ce n'est pas là que l'impact se fait sentir. L'impact se fait plutôt sentir quand je reçois un appel téléphonique de l'administration régionale de la santé, à Moose Jaw, par exemple, et que l'interlocuteur me dit qu'il vient de lire les renseignements sur les pratiques prometteuses à Terre-Neuve. Comme les ministères de la Santé des différentes provinces ne prévoient peut-être pas d'argent pour les voyages à l'extérieur de la province ou même de la région, il demandera peut-être si la FCRSS pourrait assumer les frais de déplacement en vue d'une rencontre avec les gens de Moose Jaw, pour que son groupe puisse appliquer la solution à son propre contexte. La fondation accepte parce qu'il n'y a personne d'autre qui finance ce genre d'activité. Vous ne pouvez aller demander un billet d'avion aux IRSC. La FCRSS essaie de faire ce que personne d'autre ne fait.

Le projet devrait permettre de faire ce que personne d'autre ne fait. Il faut identifier les auditoires et déterminer ce que personne d'autre ne fait — puis, faisons-le, tout simplement. C'est peut-être risqué, mais c'est là que le plus grand impact est possible. Tout le monde a dit : nous sommes submergés d'informations — ne créons pas un autre lien qui se retrouvera dans les signets des gens, mais qu'ils n'utiliseront pas. Le public a besoin d'informations prédigérées. À qui puis-je faire confiance? Tapez n'importe quel nom de trouble de santé mentale, et vous allez vous retrouver avec 7 000 sites Web qui apparaissent, y compris ceux de monspace.com. Ce n'est pas comme des informations qui proviendraient du Centre de toxicomanie et de santé mentale, le CTSM. Les gens ont besoin d'aide pour se retrouver dans toutes ces informations, et leurs besoins ne sont pas les mêmes que ceux des cliniciens, des gestionnaires et des décideurs du domaine. Déterminons ce que personne d'autre ne fait et établissons les besoins des groupes communautaires, puis faisons un essai.

Le sénateur Cochrane : Vous pourriez faire plus que cela, monsieur Gold, en demandant à des gens des régions, par exemple de Terre-Neuve, d'aller vous rencontrer pour échanger des informations encore plus abondantes.

M. Gold : Nous avons une initiative pour cela. Il y a un si grand nombre d'occasions et de modèles qui montrent ce que l'on pourrait faire. Ils s'articulent autour de la notion d'échange des connaissances, non seulement la diffusion ou le transfert, et ils pourraient avoir un impact énorme, à mon avis.

Mme Kidder : M. Gold a fait un commentaire qui est une belle transition vers le mien. Je veux revenir à l'idée des pratiques prometteuses et de l'échange des pratiques prometteuses. Certes, nos intervenants nous ont dit que les gens sont extraordinairement intéressés. Ils veulent apprendre les uns des autres. En essayant de déterminer comment le Centre d'excellence au CHEO peut participer au processus, il devient évident à nos

use these practices in the community to participate in our evidence framework. We need to know where they fit into that evidence framework.

I will go back to something Mr. Gold said about having criteria for the evidence that fits in our knowledge exchange centre. We need to ensure that the community organizations active in innovative ideas can understand how their work fits into an evidence framework and how it can move up to the levels of credibility, as well.

That brings me to another point — that is, funding for program evaluation and research in the communities. The Centre of Excellence takes that seriously and provides funding to support organizations to bring their programs up to a level of evidence that can be acted upon and bear credibility. The purpose is to help people see where they fit. People often question where their work fits in to evidence dissemination that happens. Hence, ensure that there is a fit, that you are not changing your standards for what constitutes good evidence and that you are creating a framework for people to take their work and increase its credibility. Forging links between organizations is taken seriously by the Centre of Excellence.

Mr. Gold, you mentioned Bluewater. The Centre of Excellence helped to create that experience by bringing the right people together in the room.

On a much smaller note, the people at the knowledge exchange centre of the Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO have created a knowledge exchange framework that is divided into two concepts: One is passive and one is active. It is not the kind of framework that catches us in gridlock but rather it forces us to think. When we look at the activities designed for specific topics, we ask ourselves whether we are relying on passive exchange models for some and what the opportunities are for active models for others. Certainly, “bringing people together” is an excellent example of an active strategy, and it is not expensive. Other activities include bringing together, having town hall meetings, establishing programs in schools and in boys and girls clubs, utilizing the YMCA facilities, perhaps, or other organizations to create an active exchange of information. You do not need to reinvent the wheel to accomplish that.

I will go back to Mr. Reist who said “use the natural networks.” There are many existing natural networks that we can utilize and support. We can offer some great evidence for them to activate in their groups. We can ask what they have been doing in their groups and whether they will share it with other groups.

Ms. Pape: I will take us back to mental health promotion and Senator Keon’s comments. Ms. Goering, you sparked an idea when you suggested a site where we could ask people what they want to take action on. What if a community group wanted to

veux qu’il importe de trouver une façon d’aider les gens qui recourent à ces pratiques au sein de la collectivité à prendre part à notre cadre d’établissement des données. Il nous faut savoir comment intégrer cela au cadre de données.

Je reviendrai à un commentaire de M. Gold à propos des critères employés pour les données versées dans notre centre d’échange des connaissances. Nous devons nous assurer que les organismes communautaires qui appliquent des idées originales puissent comprendre comment leur travail s’inscrit dans un cadre de données et comment il peut gravir les échelons du point de vue de la crédibilité.

Cela m’amène à une autre question — soit le financement des recherches et des évaluations en rapport avec les programmes au sein des collectivités. Le centre d’excellence prend cette question au sérieux et verse des fonds aux organismes pour que ceux-ci puissent rajuster les données relatives à leur programme au point où il est possible d’y donner suite et d’y prêter foi. Il s’agit de faire voir aux gens où cela peut s’inscrire. Souvent, les gens se demandent si leur travail peut se prêter à la diffusion des données qui circulent. Il faut donc s’assurer que cela concorde, que vous ne modifiez pas les normes quant à ce qui constitue de bonnes données et que vous créez un cadre où les gens peuvent inscrire leurs travaux et en accroître la crédibilité. Le centre d’excellence prend au sérieux les liens qui se nouent entre les organismes.

Monsieur Gold, vous avez parlé de Bluewater. Le centre d’excellence a aidé à créer l’expérience vécue là-bas, en rassemblant les bonnes personnes.

Élément nettement plus mineur, les gens du centre d’échange des connaissances du Centre d’excellence provincial aux CHEO en santé mentale des enfants et des ados ont créé un centre d’échange des connaissances qui se divise en deux concepts : un concept passif et un concept actif. Ce n’est pas le genre de cadre qui nous emprisonne; c’est plutôt un cadre qui nous fait réfléchir. Quand nous étudions les activités conçues en fonction de sujets précis, nous nous demandons si nous nous fions à des modèles d’échange passifs, dans certains cas, et quelles sont les occasions à saisir en rapport avec des modèles actifs, pour d’autres. Certes « rassembler les gens » est un excellent exemple d’une stratégie active, qui n’est pas coûteuse. Autres activités : rassembler, tenir des assemblées municipales, établir des programmes dans les écoles et dans les clubs de garçons et de filles, recourir aux installations du YMCA, peut-être, ou d’autres organismes en vue de créer un échange actif d’informations. On n’a pas à réinventer la roue pour y arriver.

Je reviendrai au commentaire de M. Reist : il faut recourir aux réseaux naturels. Il existe bon nombre de réseaux naturels que nous pouvons utiliser et appuyer. Nous pouvons leur offrir de merveilleuses données, qu’ils peuvent mettre en application au sein de leurs groupes. Nous pouvons leur demander ce qu’ils font à l’intérieur de leurs groupes et les inviter à en faire part à d’autres groupes.

Mme Pape : Je vais nous ramener à la question de la promotion de la santé mentale et aux observations du sénateur Keon. Madame Goering, vous nous avez donné une idée intéressante en proposant un site où on demanderait aux gens

take action, having identified a community issue that they wanted to do something about? That is mental health promotion. Through a knowledge exchange process, we could promote mental health in ways that go beyond stopping or trying to stop stigma. I do think stigma campaigns, as Peter Coleridge said, can risk becoming one way. As you said yourself, Senator Keon, you can have the knowledge but do not necessarily act on it. There are many more active ways to deal with this.

What Dr. Manion said made me think of another thing, that the commission does have to take control of this and take responsibility for it. As well, if they can continue the linkages that Health Canada has started with other departments whose policies impact people's mental health — Justice, Housing, Employment — if they can keep those linkages vibrant, that is another way we can take the population health approach in promoting mental health.

Mr. Block: In your report, you quoted Roy Romanow's report, where you said that the mental health system was the orphan of the health system. You went on to say that the children were the orphans of the orphans. When you look at the statistics of those children, their mental illness will emerge for 50 per cent of the kids by age 14; by age 24, it will have emerged for 75 per cent of those kids.

We know by the statistics and the literature that early detection and treatment will greatly enhance their mental wellness. We also know that kids are very technically literate. I would make the appeal that one of the audiences and targets we would look at is the children. I think they are neglected and I would encourage us to look at that as one target audience.

The Chairman: Absolutely. I wish to pursue that and link it in with what Senator Keon said. Given those data, from a population health standpoint, at the very least the commission ought to focus on educating parents and kids about what they can do to prevent them becoming mentally ill.

In various experiments that have been done with high school and middle school-age kids, there is evidence to show that you can have a significant impact. I should like to know from those around the table the following: If we were to support the idea that the first target audience from the whole population would be the under-20s, going all the way down to the young kids, how do we do that? How do we give the commission — whether it is through the knowledge exchange centre or whatever — some hard-nosed, practical advice on how to attack the problem? In the long run, that will have a much larger impact. I leave that with you as a question.

Mr. Upshall: As I have been listening around the table, we talk about websites and trying to avoid focusing too much on that. In terms of consumer friendliness, one of the great things for knowledge exchange is a call centre. I know it is simple — it uses

quels seraient les secteurs où ils veulent agir. Si un groupe communautaire voulait agir, s'il avait choisi un dossier où il souhaite agir? C'est de la promotion de la santé mentale. Par un processus d'échange des connaissances, nous pourrions promouvoir la santé mentale au-delà du seul fait d'essayer de faire cesser la stigmatisation. Je suis d'avis, comme Peter Coleridge, que les campagnes anti-stigmatisation peuvent finir par prendre un caractère unidirectionnel. Comme vous l'avez dit vous-même, sénateur Keon, on peut posséder les connaissances, sans nécessairement agir. Il existe des façons plus actives de traiter avec cette question.

Ce que M. Manion a dit m'a fait penser à autre chose, soit que la commission doit prendre la question en charge et en assumer la responsabilité. De même, si elle peut continuer à appliquer les liens que Santé Canada a noués avec d'autres ministères dont les politiques ont une incidence sur la santé mentale des gens — Justice, Logement, Emploi —, si elle peut continuer à faire vivre ces liens, voilà une autre façon d'adopter l'approche de santé des populations en ce qui concerne la promotion de la santé mentale.

M. Block : Dans votre rapport, vous citez le rapport de Roy Romanow, en affirmant que le système de santé mentale est l'orphelin du système de santé. Vous poursuivez en disant que les enfants sont les orphelins des orphelins. Si vous étudiez les statistiques établies au sujet de ces enfants, vous constatez que la maladie mentale se manifesterait chez 50 p. 100 d'entre eux avant l'âge de 14 ans; rendu à 24 ans, ce sera 75 p. 100.

Les statistiques et la documentation nous le disent : un dépistage et un traitement précoces améliorent grandement le mieux-être mental des jeunes en question. Nous savons aussi que les enfants sont très évolués sur le plan technique. Je vous lancerais cet appel : un des auditoires, une des cibles que nous devons viser, ce sont les enfants. Je crois qu'ils sont négligés et je vous encouragerais à en faire un public cible.

Le président : Certainement. Je veux exploiter ce filon et faire un lien avec ce que le sénateur Keon a dit. Vu les données en question, du point de vue de la santé de la population, la commission devrait tout au moins s'attacher à renseigner les parents et les enfants sur ce qu'ils peuvent faire pour prévenir les problèmes de santé mentale.

Diverses expériences ont fait appel à des adolescents. Il y a lieu de croire qu'on peut avoir une incidence énorme sur la situation. Je demanderais ce qui suit aux gens qui se trouvent autour de la table : si nous nous mettions d'accord pour que le principal public cible soit composé de jeunes de moins de 20 ans, jusqu'aux tout petits enfants, comment procéder? Comment donner à la commission — que ce soit par un centre d'échange des connaissances ou autrement — des conseils pragmatiques, terre à terre, sur la manière de s'attaquer au problème? À long terme, cela aura un impact nettement plus important. Je vous pose la question.

M. Upshall : J'écoute les gens parler autour de la table, et nous parlons de sites Web et de l'importance d'essayer de ne pas trop s'attacher à cela. Pour ce qui est de bien servir le consommateur, un outil fantastique à l'égard de l'échange des connaissances est le

the telephone and people — but quite frequently, it is one of the best ways to exchange knowledge and effect change, certainly at the grassroots level.

The Chairman: By a “call centre,” do you mean what is typically called a 1-800 number?

Mr. Upshall: Yes, something like that. You access it however we choose to make it accessible. It is the same as the website. It may be a 1-800 number or whatever. It requires warm bodies. It requires people who are well trained, with the kind of manuals that call centres have. It would facilitate making information available to places that are remote and do not have computer access, or to people who do not use computers, whose language skills are not English or French and who need someone to talk to — not in a medical or therapy way but just to say, “Help me out. I am here.” It may be a guidance counsellor in Iron Bridge who needs information about something. I am just throwing out the concept of a call centre as something that would be an adjunct to the website.

If a national call centre worked as a knowledge exchange site — if you evaluated that process and brought people together and knew that change occurred — then maybe you could do regional centres and get the provinces involved. I think we need to get provinces involved in knowledge exchange. They demand their pound of flesh when it comes to engagement in health care.

Mr. Reist: I find these kinds of discussions stimulating but I always struggle with focus. I hear lots of good ideas, and I think this or that is a great idea, but what is the purpose of this thing?

I thought a couple of things were really interesting. We have talked about focus several times and have looked at different ways of focusing it. I like Ms. Goering’s idea of focusing on actions as opposed to populations, largely because when we focus on populations, it is often easy to lose perspective.

For example, in British Columbia, when we reorganized government around a population concern for children, we created a ministry that was to draw all of the pieces together and focus it on children, and developed a “child-centred” war cry. I do not disagree with that notion, but we lost perspective that one of the key ways to address the needs of children was to address the needs of their mothers, in particular, and their parents more generally.

It is easy to lose that kind of perspective when you focus on a population; whereas when you focus on an action — What is it we are trying to achieve? — it sometimes helps us to be more holistic

centre d’appels. Je sais que c’est simple — on utilise le téléphone et des gens — mais bien souvent, c’est l’un des meilleurs moyens d’échanger des connaissances et d’apporter des changements; c’est certainement le cas à l’échelon communautaire.

Le président : Par « centre d’appels », faites-vous allusion à ce qu’on appelle généralement un numéro 1-800?

M. Upshall : Oui, quelque chose comme ça. Les gens peuvent y accéder de la façon que nous déterminerons. C’est la même chose qu’un site Web. Il peut s’agir d’un numéro 1-800 ou d’autre chose. Cela exige une intervention humaine. Il faut des gens qui sont bien formés, qui sont dotés du genre de manuels dont disposent les centres d’appels. Cela faciliterait la fourniture de l’information à des personnes qui sont en régions éloignées et qui n’ont pas accès à un ordinateur, ou à des gens qui ne connaissent pas l’informatique, qui ne maîtrisent pas bien l’anglais ou le français et qui ont besoin de quelqu’un à qui parler — non pas pour parler d’aspects médicaux ou thérapeutiques, mais bien seulement pour dire « j’existe, aidez-moi ». Il peut s’agir d’un conseiller en orientation à Iron Bridge qui a besoin d’information. Tout ce que je dis, c’est qu’un centre d’appels pourrait servir de complément à un site Web.

Si un centre d’appels national se révélait efficace à titre de carrefour d’échange des connaissances — si on évaluait ce processus, si on rassemblait des gens et on savait que cela change des choses —, alors on pourrait peut-être établir des centres régionaux et faire appel à la participation des provinces. Je crois que nous devons faire participer les provinces à l’échange des connaissances. Elles exigent leur juste contrepartie lorsqu’il est question d’engagement en matière de soins de santé.

M. Reist : Je trouve les discussions de ce genre stimulantes, mais j’ai toujours du mal à garder le cap. J’entends beaucoup de bonnes idées, et je crois que cette idée ou celle-là est très bonne, mais quel est le but de cette chose?

J’ai cru que deux choses étaient vraiment intéressantes. Nous avons parlé à plusieurs reprises des aspects sur lesquels nous devons nous concentrer, et nous avons envisagé diverses façons d’orienter cette attention. J’aime l’idée de Mme Goering selon laquelle on devrait s’attacher non pas aux populations, mais bien aux actions, en grande partie parce qu’il est souvent facile de perdre de vue ce qui importe lorsqu’on s’attache aux populations.

Par exemple, en Colombie-Britannique, quand nous avons restructuré le gouvernement en fonction de préoccupations à l’égard de la population des enfants, nous avons créé un ministère ayant pour mandat de rassembler tous les éléments et de se concentrer sur les enfants, et ce ministère s’est doté d’une mission « axée sur l’enfant ». Je ne suis pas contre cette notion, mais nous avons perdu de vue le fait que l’un des principaux moyens de répondre aux besoins des enfants consiste à répondre aux besoins de leur mère, en particulier, et de leurs parents, de façon plus générale.

Il est facile de perdre ce point de vue d’ensemble lorsqu’on met l’accent sur une population; lorsqu’on s’attache à une action — que tentons-nous d’accomplir? —, cela peut parfois

in our response relative to a population of interest. That is one thing I would like to put back on the table again as being a key thing.

The other thing, which we have not picked up again, was Dr. Lesage's comment relative to the network. It was to ask the geographical question, what are we trying to do here? If we go micro, we might be able to do a couple of interesting micro things — that is, mechanisms that reach the wide, universal population in some way, whether that universal population be a population of the public, consumer users of the system, service providers or whoever.

However, is that the job of a national group? Rather, is it to go back to the systems level and ask the following: How do we create a system that will nurture networks that operate effectively at the micro level? I think we need to go back to that higher systems level of what we can do that would nurture that kind of network of knowledge exchange that will achieve those micro things that need to happen at the local, regional and provincial levels.

Ms. McKnight: I have a couple of comments. One is that promotion is very important — it is important for today, but it is most important for our kids. We try to promote good mental health with everything that we do.

However, the reality is that I am tired of getting handwritten letters from mothers whose children have killed themselves and I am tired of hearing about suicide — three in the last week and a half. That is one letter and two people that are very close to the people that I work with. This happens all the time.

It is very disheartening to me to think just about knowledge transfer. We need to have a place, be it on the Internet or through a toll-free number, where people can feel less isolated. Providing hope through the transfer of knowledge is important to folks, but having access to a reduced isolation is very big.

I agree with what everyone is saying, but there must be a way in which to not only create a mechanism to harness the intelligence and enthusiasm in all of the programs and promising practices around the country and translate it so that everyone understands what is going on and to disseminate the information to the general public — be it family members, consumers or just folks that are interested — to promote good mental health for our children, but also to save lives today. That is what is important to me.

Dr. Manion: Just picking up on what Senator Kirby said in terms of focus on youth and also hearing what you just said, if you really want to target children and youth, and you want to decrease isolation, part of the outcome is actually going to be the process. If you dedicate part of what you are doing to youth engagement, for example, engage youth in generating knowledge

nous aider à réagir de façon plus globale aux besoins d'une population donnée. C'est un aspect sur lequel je tiens à revenir, car c'est un aspect clé.

L'autre chose, dont nous n'avons pas reparlé par la suite, est le commentaire du Dr Lesage concernant le réseau. Cela renvoie à la question géographique : que tentons-nous d'accomplir ici? Si nous nous penchons sur des aspects purement opérationnels, nous arriverons peut-être à faire des choses intéressantes sur le plan opérationnel — c'est-à-dire, des mécanismes qui touchent l'ensemble de la population, d'une façon ou d'une autre, qu'il s'agisse du grand public, de consommateurs utilisateurs du système, de fournisseurs de services, ou d'un autre groupe.

Mais est-ce là le travail d'un groupe national? Ne faut-il pas plutôt examiner les systèmes et se poser la question suivante : comment pouvons-nous créer un système qui favorisera le fonctionnement efficace des réseaux à l'échelon opérationnel? Je crois que nous devons retourner à cet échelon supérieur des systèmes et nous demander ce que nous pourrions faire pour favoriser la création du genre de réseaux d'échange de connaissances qui permettraient de veiller à ce que soient prises aux échelons local, régional et provincial les mesures opérationnelles qui s'imposent.

Mme McKnight : J'ai deux commentaires. Le premier, c'est que la promotion est très importante — elle est importante pour aujourd'hui, mais elle l'est surtout pour nos enfants. Nous tentons de promouvoir une bonne santé mentale dans tout ce que nous faisons.

Mais la réalité, c'est que je suis fatiguée de recevoir des lettres manuscrites de mères dont les enfants se sont enlevé la vie, et je suis fatiguée d'entendre parler de suicide — il y en a eu trois au cours de la dernière semaine et demie. Ça, c'est une lettre et deux personnes très proches de gens avec qui je travaille. Ça arrive tout le temps.

C'est très démoralisant pour moi de devoir réfléchir uniquement à l'échange des connaissances. Nous devons offrir aux gens un moyen de se sentir moins isolés, que ce soit par Internet ou au moyen d'un numéro sans frais. Il est important de donner de l'espoir aux gens grâce à l'échange des connaissances, mais l'accès à un isolement réduit est un aspect très important.

Je suis d'accord avec ce que tout le monde dit, mais il y a sûrement moyen de créer un mécanisme qui permet de mobiliser l'intelligence et l'enthousiasme à l'égard de tous les programmes et pratiques prometteuses de partout au pays et de traduire tout cela afin que tout le monde puisse comprendre ce qui se passe et diffuser l'information au grand public — que ce soit des membres de la famille, des consommateurs ou juste des gens qui sont intéressés — pour promouvoir la bonne santé mentale chez nos enfants, mais aussi pour sauver des vies aujourd'hui. C'est à cela que j'attache de l'importance.

M. Manion : Juste pour revenir sur ce que disait le sénateur Kirby au sujet de l'accent mis sur les jeunes, et pour donner suite à ce que vous venez de dire, si vous voulez vraiment cibler les enfants et les jeunes et briser l'isolement, une partie du résultat découlera effectivement du processus. Si vous consacrez une partie de vos activités à la mobilisation des jeunes, par exemple, si

and sharing knowledge, you actually engage youth in how to ask and answer the questions so they have skills and can be in the field.

Not only do you create different kinds of knowledge and facilitate grassroots uptake of information, but through that process you are actually doing something that is health-promoting. When youth are engaged, they are healthier physically and mentally and the risk of suicide decreases. By engaging in a process, you actually have provoked an outcome.

Ms. Beckett: I should like to comment on the user side of the equation. I am not a professional in this area, but my impression is that that is the area where there is a lack of organizations with a mandate and lack of funding. There are a lot of organizations that would like to improve their practices but are not willing to commit the manpower and the money to educate themselves to be able to be proper receptors for the information and to take it up properly. To me, this is a huge gap. I see knowledge translation — that is the wrong term, though, I apologize. CIHR is not able to do anything to help in that equation. I am not sure that anyone really is able to and perhaps that is a niche the commission, if it comes to pass, could fill to some extent.

CIHR does have a large pool of highly qualified personnel trained in academia with a tremendous amount of knowledge and in many cases no where to go. It is very difficult to get jobs in universities and not all of these people find themselves in academic-type positions in industry. It has always struck me that we should have another track of career path that we are encouraging and that is the knowledge broker path. Why not involve some of these people during their training, promote this as a legitimate career option, and when they graduate, if someone is willing to put time and money into this kind of thing, involve them in the push activities and try to encourage the uptake, the action part of the equation.

Mr. Smith: That is a nice segue to what I was going to say. This experience comes from an activity that we were not as successful as we would have liked, the Concurrent Disorders Best Practice Guidelines for Health Canada. We compiled the information of the best and promising practices in the area of concurrent disorders. It came together and was disseminated widely. We did some presentations across the country and then we started to get requests for concurrent disorders training for addictions and mental health practitioners. This was exciting. There was an information deficit and skills development deficit and we could fill that gap.

vous faites participer les jeunes à la production et à l'échange des connaissances, vous les encouragez à poser des questions et à y répondre afin qu'ils puissent acquérir des compétences et travailler sur le terrain.

Grâce à ce processus, vous allez non seulement créer diverses catégories de connaissances et faciliter l'assimilation de l'information à l'échelon communautaire, mais aussi faire quelque chose qui favorise la santé. Lorsque les jeunes participent, ils sont en meilleure santé physique et mentale, et le risque de suicide baisse. En les faisant participer à un processus, on favorise l'obtention d'un résultat.

Mme Beckett : J'aimerais formuler un commentaire à titre de représentante des utilisateurs. Je ne suis pas une professionnelle du domaine, mais j'ai l'impression qu'il y a trop peu de financement et trop peu d'organismes investis d'un mandat. De nombreux organismes aimeraient bien améliorer leurs pratiques, mais ne sont pas disposés à consacrer la main-d'œuvre et les fonds nécessaires pour s'instruire et se placer dans une position plus enviable pour ce qui est de bien recevoir et assimiler l'information. À mon avis, c'est une lacune énorme. Je vois que l'application des connaissances — mais ce n'est pas le bon terme, je m'excuse. Les IRSC ne sont pas en mesure de fournir quelque aide que ce soit à cet égard. Je ne suis pas certaine que quiconque soit en mesure de le faire, et c'est peut-être un créneau que la commission pourrait occuper, dans une certaine mesure, si on décide de l'établir.

Les IRSC disposent effectivement d'un imposant effectif de chercheurs hautement qualifiés qui possèdent énormément de connaissances et qui, dans un grand nombre de cas, n'ont nulle part où aller. Il est très difficile de décrocher un emploi dans une université, et ces personnes n'arrivent pas toujours à trouver un poste de chercheur dans l'industrie. J'ai toujours été frappée par le fait que nous devrions avoir et promouvoir un autre parcours professionnel, celui de courtier de connaissances. Pourquoi ne pas mobiliser certaines de ces personnes pendant leur formation, et promouvoir ce travail à titre de débouché professionnel intéressant, et lorsqu'ils obtiennent leur diplôme, si quelqu'un est disposé à consacrer temps et argent à ce genre de chose, on pourrait les faire participer aux activités axées sur le pousser et tenter d'encourager la participation, la partie active de l'équation.

M. Smith : C'est une belle transition vers ce que j'allais dire. Cette expérience découle d'une activité à l'égard de laquelle nous n'avons pas aussi bien réussi que prévu, c'est-à-dire les lignes directrices sur les meilleures pratiques relatives aux troubles concomitants que nous avons mises au point pour Santé Canada. Nous avons compilé l'information sur les pratiques exemplaires et prometteuses dans le domaine des troubles concomitants. L'information a été regroupée et diffusée à grande échelle. Nous avons présenté des exposés partout au pays, et ensuite nous avons commencé à recevoir des demandes de formation relatives aux troubles concomitants pour des professionnels de la toxicomanie et de la santé mentale. C'était stimulant. Il y avait des lacunes au chapitre de l'information et du perfectionnement des compétences, et nous pouvions combler ces lacunes.

I was more enlightened and a little bit perplexed that most of the people and the audiences that I went to had the information. There was some frustration in that they had the information and most of the skill and they still did not change practice. That is when we started to focus on the user push and to look at what the barriers were.

When we started to do basic screening for addictions and mental health basic treatment, they spent most of their time focusing on having the information, having interest in getting more skill development, but being perplexed by the attitudinal barriers in their organizations. Here, I am specifically talking about knowledge exchange and change of practice for practitioners for formal and informal care providers — I am focusing on that knowledge exchange arm. I was amazed that it was not a skill development deficit or information deficit; it was mostly attitudinal and interventions that were needed to deal with the barriers.

Then we looked to corporate Canada and to what they do when they want to make a sustained change or want to put in some kind of action. They certainly do focus on ensuring they have the right, accurate, available information so that everyone understands it, but they do not just put it out and hope people do something with it. They have a clear strategy, a strategic vision, and they articulate the action or the change that needs to occur. They focus on that change, and then they have a comprehensive strategy, which include policies that support and sustain the change and the infrastructure, the user push. They do not leave it to chance.

There is a lot of research in the knowledge translation area that suggests that, when you actually focus in this comprehensive way, it works; however, it is not done and it is not resourced. That is the exciting thing that this action-focused knowledge exchange national centre can do. It is not a new website or a super journal; it is actioning and focusing on resourcing the change.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

The Deputy Chairman: In my previous life with medicine, health care and administration research, when we talked about systems, I used to frequently interrupt and say that the greatest information system ever built was the human brain, that we cannot even come close. It has an efferent loop and afferent loop — the afferent loop is the action — but the beauty of the repository is that it gets updated every minute so it is always current.

J'ai été surpris et un peu embarrassé de constater que la plupart des gens et des groupes que je rencontrais possédaient déjà l'information. C'était assez frustrant, car ils possédaient l'information et la plupart des compétences, et ils ne changeaient toujours pas leurs pratiques. C'est à ce moment-là que nous avons commencé à mettre l'accent sur l'approche du pousser auprès des usagers et à tenter de déterminer quels sont les obstacles.

Quand nous avons commencé à parler du dépistage préliminaire aux fins des traitements de base liés à la toxicomanie et à la santé mentale, ils passaient la plupart de leur temps à s'attacher au fait de posséder l'information, à s'intéresser à bénéficier d'un perfectionnement des compétences plus poussé, mais ils demeuraient perplexes devant les obstacles comportementaux qui existaient au sein de leur organisme respectif. Ici, je parle spécifiquement d'échange des connaissances et de changement des pratiques des fournisseurs de soins officiels et officieux — je me concentre sur cet aspect-là de l'échange des connaissances. J'étais stupéfait de voir qu'il ne s'agissait pas de lacunes au chapitre de l'information ou du perfectionnement des compétences; pour surmonter les obstacles, il fallait surtout apporter des changements aux attitudes et lancer des interventions.

Ensuite, nous nous sommes demandé ce que fait le monde des affaires du Canada lorsqu'il veut apporter un changement soutenu ou mettre en œuvre une action quelconque. Il veille certainement à ce que de l'information exacte soit disponible afin que tout le monde la comprenne, mais il ne se contente pas de la diffuser et d'espérer que les gens l'utilisent. Les gens d'affaires ont une stratégie claire, une vision stratégique, et ils définissent l'action ou le changement qui doit avoir lieu. Ils se concentrent sur ce changement, et ensuite ils établissent une stratégie complète, assortie de politiques qui appuient et soutiennent le changement et l'infrastructure, l'approche du pousser auprès de l'utilisateur. Ils ne laissent rien au hasard.

De nombreuses recherches dans le domaine de l'application des connaissances portent à croire que ce genre d'initiatives à planification large fonctionnent; cependant, de telles initiatives ne sont ni lancées ni dotées de ressources. C'est ce que ce centre national d'échange des connaissances axées sur l'action peut nous offrir d'enthousiasmant. Il s'agit non pas de lancer un nouveau site Web ou un superjournal, mais bien d'amorcer le changement et de s'attacher à y affecter les ressources nécessaires.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

Le vice-président : Dans ma vie antérieure dans le domaine de la médecine, des soins de santé et de la recherche en administration, quand nous parlions de systèmes, j'avais souvent tendance à interrompre les gens et à dire que le meilleur système d'information jamais conçu est le cerveau humain, que nous ne pouvons même pas nous approcher d'une telle perfection. Il est doté d'une boucle efférente et d'une boucle afférente — la boucle afférente correspond à l'action — mais la beauté de l'entrepôt de données, c'est qu'il est mis à jour à tout instant et est toujours à jour.

My previous remarks this morning were in an effort to get more emphasis on the afferent loop because this system has to be a dynamic system or it will not be useful.

The young people in my institution would come in all gung-ho saying they had to have money to do this right now. I would ask them whether they had enough information, whether they really knew what they were doing, whether this system work next year? They used to get kind of annoyed, but I found it made them think.

This is a terribly important thing that we are talking about today. I think the commission will fly and I think this knowledge exchange centre will fly. It cannot be all things to all people, but it can build on the ideas that come out from all of you; there is no question about that. It is very important that we maximize its chances of success and see what we can do about it over the rest of the day.

For the next session, perhaps we could talk about the structure and function of the knowledge exchange centre. That will focus the discussion a bit. Perhaps you would like to discuss that in reverse order, namely, the function first and then the structure. That is another way of looking at it.

Mr. Upshall: We have spoken this morning about the kind of function that we would like to see, and I am not sure how much more discussion about function, as opposed to functionality, we need to engage in.

In terms of structure, there must be some dialogue about this being the essence of the commission's engagement. This will overlap with the issues of anti-stigma activities and the development of a national action plan, which is the third leg that we have not yet talked about but need to do so eventually in term of the commission's mandate.

In terms of the structure, we must recognize that, if this is to be a user-friendly, consumer-friendly, people-friendly activity, whether it is web-based or web and call-centre based, however it is structured, it must have its guidance and direction from the highest level of the commission. Immediately below the executive director there needs to be an assistant director in charge of the knowledge exchange activity. The principal activity would be the KEC, but there may be other knowledge exchange activities that need to be controlled, managed and synchronized. The knowledge exchange centre would be a major aspect, but not the only aspect, of knowledge exchange for the commission.

I foresee an assistant executive director and an advisory committee that would be comprised of a significant number of consumer and family folks. I also foresee a staff person who would be a researcher, someone familiar with the structure of knowledge exchange and what knowledge exchange is, who could facilitate the initial engagement, which I think is a gap analysis. Prior to that time, there might need to be a discussion about the focus and the mandate of the KEC. It must be managed at the

Mes commentaires précédents ce matin visaient à mettre l'accent sur la boucle afférente, car ce système doit être dynamique, sans quoi il sera inutile.

Les jeunes dans mon établissement arrivaient, tout pleins de confiance et d'enthousiasme, affirmant qu'ils avaient besoin d'argent pour faire quelque chose maintenant. Je leur demandais s'ils possédaient suffisamment d'informations, s'ils savaient vraiment ce qu'ils faisaient, si ce système fonctionnerait l'an prochain. Cela les contrariait un peu, mais j'ai constaté que cela les faisait réfléchir.

Ce dont nous parlons aujourd'hui est très important. Je crois que la commission va bien fonctionner, et je crois que ce centre d'échange des connaissances fonctionnera bien. Il ne pourra pas tout faire pour tout le monde, mais il pourra faire fond sur les idées que vous allez tous générer; il n'y a aucun doute là-dessus. Il est très important pour nous de maximiser ces chances de réussite et de voir, au cours du reste de la journée, ce que nous pouvons faire à ce chapitre.

Au cours de la prochaine séance, nous pourrions peut-être parler de la structure et de la fonction du centre d'échange des connaissances. Cela pourrait orienter un peu la discussion. Vous aimeriez peut-être inverser l'ordre de ces éléments, soit parler d'abord de la fonction et ensuite de la structure. C'est une autre façon de l'envisager.

M. Upshall : Nous avons parlé ce matin du genre de fonction que nous aimerions voir, et je ne suis pas convaincu de la nécessité de parler davantage de fonction, par opposition au fonctionnement.

Pour ce qui est de la structure, il faut amorcer un certain dialogue sur la possibilité que cela constitue l'essence même de l'engagement de la commission. Cela va chevaucher les questions des activités de lutte contre la stigmatisation et de l'élaboration d'un plan d'action national, c'est-à-dire le troisième volet concernant le mandat de la commission dont nous n'avons pas encore parlé, mais dont nous devons parler.

En ce qui concerne la structure, nous devons reconnaître que, pour que l'activité soit conviviale, qu'il s'agisse d'un site Web ou d'un site Web doublé d'un centre d'appels, quelle que soit sa structure, elle devra être orientée et dirigée vers les échelons supérieurs de la commission. Il faut nommer un directeur adjoint responsable de cette activité d'échange des connaissances, et cette personne relèverait directement du directeur général. La principale activité serait l'établissement du CEC, mais il y aura peut-être d'autres activités d'échange des connaissances à contrôler, à gérer et à synchroniser. Le centre d'échange des connaissances serait un élément majeur des activités de la commission en matière d'échange des connaissances, mais pas le seul.

Je prévois un directeur général adjoint et un comité consultatif qui serait constitué d'un nombre considérable d'utilisateurs et de parents. Je prévois également un membre du personnel qui serait un chercheur, une personne qui connaît bien les structures de l'échange des connaissances et qui sait ce qu'est l'échange des connaissances, qui pourrait faciliter la mobilisation initiale, ce qui correspond, je crois, à une analyse des écarts. Auparavant, il faudra peut-être tenir une discussion sur l'orientation et le mandat

commission level and at the senior levels of the commission. Something must happen within days of the establishment of the commission.

I do not know if that gives the discussion a kick-off, but that is where I think we need to start looking at it.

Mr. Gold: I will begin with an exact opposite approach. There is absolutely no clarity, in my mind, about what the “it” is, based on this morning’s conversation. In fact, I have counted no less than eight functions that have been identified for this “it.” I have heard advocacy, intervention and telephone-type intervention — and support is a type of intervention. I have heard dissemination, a clearing house of resources across the country, and an organization or entity that creates or supports networks. I have heard user-group capacity development for the use of resources that exist in the area.

Before we talk about how many bodies man the desks and what the organizational structure is — that should be perhaps following or supporting whatever the “it” is and the IT component of the “it” — clearly, there needs to be a dialog about what, if any, of these eight items I have found, and others which I may have missed, are the priority in terms of what this actually does. If it is about dissemination, then we need to be talking about synthesis, that is, what information needs to be synthesized and for whom. That is clearly the big vacuum out there for certain user groups.

In my work, what I hear most often is that there is so much information that we cannot breathe. Do not give us more sources of information; give us distilled information with key messages. Tell us what the evidence says, as of right now, that we should be doing about X, Y or Z. That is one slice, which is completely different from being a clearing house, which says we will not synthesize anything. We will just tell you that if you are interested in X, here is the landscape of where you can go, with some kind of rating scheme perhaps, some kind of quality assurance matter. That is a whole differently structured organization that would require subcommittees and groups that would work on different theme areas. What it is that “it” does will become very important.

Theme areas are another big question. There is a tension in the room between covering all of the potential different topic areas within mental health and saying we need to focus on specific themes, for instance, children and youth, or rural remote, or the Aboriginal community. There are many different options. That is where we should be focusing our tangible discussions.

Dr. Manion: I totally agree with Mr. Gold. The synthesis piece will be a critical decision-making process by which you identify what will be the first topic for the synthesis. There are models out there. We have been developing some models for our own

du CEC. Il doit être géré par la haute direction de la commission. Quelque chose doit avoir lieu au cours des jours qui suivent l’établissement de la commission.

J’ignore si cela donne le coup d’envoi à la discussion, mais c’est, selon moi, à partir de ce point que nous devons commencer à envisager la question.

M. Gold : Je vais commencer par une approche tout à fait contraire. Il n’y a dans mon esprit absolument aucune clarté quant à la nature de ce « ça » dont on a sans cesse parlé ce matin. De fait, j’ai relevé pas moins de huit fonctions à l’égard de ce « ça ». On a mentionné l’action revendicatrice, l’intervention et l’intervention téléphonique — et le soutien est une forme d’intervention. On a également parlé de diffusion, de regroupement des ressources partout au pays, et d’un organisme ou d’une entité qui crée ou soutient les réseaux. On a également parlé du renforcement des capacités des groupes d’utilisateurs en ce qui concerne l’utilisation des ressources disponibles dans le domaine.

Avant de parler du nombre de personnes qu’on trouvera dans les bureaux et de la structure organisationnelle — ce qui devrait peut-être suivre ou soutenir le « ça », quel qu’il soit, et sa composante « TI » — manifestement, il faut que nous amorcions un dialogue afin de déterminer lesquels des huit éléments que j’ai relevés, ou d’autres qui m’ont peut-être échappé, sont la priorité en ce qui concerne le but réel de l’initiative. S’il s’agit de diffusion, alors nous devons parler de synthèse, c’est-à-dire qu’on doit déterminer quelle information doit être synthétisée, et pour qui. C’est clairement le grand vide pour certains groupes d’utilisateurs.

Ce que j’entends le plus souvent dans mon travail, c’est qu’on croule sous l’information. Ne nous donnez plus de nouvelles sources d’information : donnez-nous de l’information analysée, assortie de messages clés. Dites-nous ce que révèle la recherche, à l’heure actuelle, afin que nous sachions comment procéder à l’égard de X, Y ou Z. C’est un aspect, complètement différent de la fonction de carrefour d’information, qui dit que nous n’allons rien synthétiser. Nous allons seulement vous dire que si vous vous intéressez à X, voici tout un paysage de possibilités de recherche, et peut-être vous proposer une sorte de système de cote, une sorte de méthode d’assurance de la qualité. C’est un organisme à structure totalement différente qui exigerait la création de sous-comités et de groupes qui travailleraient sur divers thèmes. Il sera donc très important de savoir ce que « ça » doit faire.

Le travail thématique est une autre grande question. Il règne dans la pièce une tension entre la volonté de couvrir l’ensemble des sujets éventuels dans le domaine de la santé mentale et celle de s’attacher à des thèmes particuliers, par exemple les enfants et la jeunesse, les régions rurales et éloignées, ou la communauté autochtone. Il y a de nombreuses options. C’est sur cela que nous devrions orienter nos discussions concrètes.

M. Manion : Je suis tout à fait d’accord avec M. Gold. Le travail de synthèse constituera un processus décisionnel crucial grâce auquel on pourra déterminer quel sera le premier sujet à soumettre à la synthèse. Il existe des modèles pour cela. Nous

activities. You cannot do a shotgun approach, because then you will have a little bit of information about a lot of things, none of which will be useful.

We come back to Ms. Goering's cry to action. If you marry it to the action of the commission, it will tell you what is your first topic area or population, and then within that area you apply a template for gathering, synthesizing and evaluating information before you then look at the exchange of information. That will be a given. Through that, the partners with whom you must engage to do that will be identified. Some will be funding partners; some will be those who already have the information synthesized and organized in a different way; some may have the best uptake within a particular topic area.

Mr. Upshall spoke about a number of different advisory groups that could be useful. We have found that very useful but not directly for the KEC. Again, I am thinking of the commission. If the commission has a number of advisory groups that will support its activities, then I would use that vehicle, where knowledge exchange would be imbedded as part of that. Do not create an additional structure; rather, make it part of the parlance of all those groups to think about knowledge exchange. That way, a link has been created between the two, the idea of different stakeholder groups has been respected, and one structure has been created that works well.

Mr. Gold: How are you structuring the KEC within the commission?

Dr. Manion: I was speaking more specifically to the advisory piece.

For example, in our organization we have an overarching advisory group, but we also have a consumer advocates' reference group, a service-provider reference group and a research group, all of which sit on our overarching advisory group. Our knowledge exchange staff interacts with all those exchange groups. They discuss what we do. There are a lot of people who do this already, so you will not be reinventing the wheel. Maybe you could look into your first scan and gap analysis and determine which of the existing structures work and which do not work, rather than sitting around a table and inventing a new structure, approaching the question in an empirical way. Yes, you will have to have a structure for the KEC itself, but its links and how to feed information or give advice to that entity may be something that is more closely linked with the commission's activity.

Ms. Goering: I found a paper when I was preparing for today. It was a paper from Peru, an interesting international knowledge exchange. Try to think about the functions of networks. It dealt in particular about policy research networks. I think that, whatever the audience, some of the thinking there was useful. They said

nous affirons à concevoir des modèles pour nos propres activités. On ne saurait adopter une approche trop large, car on se retrouverait avec peu d'information au sujet d'un grand nombre de choses, et rien d'utile.

Revenons à l'appel à l'action de Mme Goering. Si vous jumelez cela à l'action de la commission, cela vous dira quel est votre premier sujet ou votre première population cible, et ensuite vous appliquez dans ce domaine un modèle de collecte, de synthèse et d'évaluation de l'information avant d'envisager l'échange d'informations. Ce sera couru d'avance. Dans le cadre de cet exercice, vous allez repérer les partenaires avec lesquels vous devez collaborer pour faire cela. Certains seront des bailleurs de fonds, d'autres posséderont déjà de l'information synthétisée et organisée d'une façon différente. Il est également possible que certains partenaires possèdent la meilleure capacité de mobilisation dans un domaine particulier.

M. Upshall a parlé d'un certain nombre de groupes consultatifs susceptibles d'être utiles. Nous avons trouvé cela très utile, mais pas directement pour le CEC. Encore une fois, je songe à la commission. Si la commission devait être dotée d'un certain nombre de groupes consultatifs ayant pour mandat de soutenir ses activités, alors j'utiliserais cet outil et j'y intégrerais la fonction d'échange des connaissances. Au lieu de créer une structure supplémentaire, il faut sensibiliser tous ces groupes à l'importance de l'échange des connaissances. Ainsi, on aura créé un lien entre les deux : l'idée de recourir à divers groupes d'intervenants aura été respectée, et on aura créé une structure unique qui fonctionne bien.

M. Gold : Comment percevez-vous la structure du CEC au sein de la commission?

M. Manion : Je m'intéressais plus particulièrement à l'aspect consultatif.

Par exemple, il y a au sein de notre organisme un groupe consultatif général, mais nous sommes également dotés d'un groupe de référence constitué de protecteurs des usagers, d'un groupe de référence constitué de fournisseurs de services et d'un groupe de recherche, et tous ces groupes sont représentés au sein de notre groupe consultatif général. Notre personnel responsable de l'échange des connaissances est en contact avec tous ces groupes d'échange. Ils discutent de ce que nous faisons. Il y a déjà beaucoup de gens qui font cela, alors vous n'allez pas réinventer la roue. Vous pourriez peut-être vous pencher sur votre première évaluation et votre première analyse des écarts et déterminer quelles structures existantes fonctionnent, au lieu de vous asseoir et de chercher à inventer une nouvelle structure; vous pourriez aborder la question de façon empirique. Vous devrez établir une structure pour le CEC, certes, mais ses liens et la façon de consigner de l'information ou de prodiguer des conseils à cette entité seront peut-être plus étroitement liés à la vocation de la commission.

Mme Goering : J'ai trouvé un document de recherche pendant que je me préparais pour la séance d'aujourd'hui. Il s'agissait d'une intéressante recherche péruvienne sur l'échange international des connaissances. Essayez de penser aux fonctions des réseaux. Il s'intéressait tout particulièrement aux

that when you look at networks there is a superordinate question that has to do with change. You have to decide whether the network will be an agency of change, which would be to be an advocacy group itself, or it will support other groups that were the agencies of change. That may be one distinction we need to have. In my mind, this knowledge exchange is to support the commission, and the commission is the agency of change. The knowledge exchange function is not advocacy per se; it is a resource on which the advocacy effort of the commission could draw. There may be other groups trying to be agencies of change and advocates that also will draw on those resources, but tying it closely to the commission makes sense to me.

Once that is figured out, they list in the paper the functions to think about that could be done by the knowledge exchange. In terms of language, in Canada we are used to “user push and pull and exchange,” and maybe that is sufficient. I do not think we have to choose there. You can have a platform that does all of those things as long as it is focused on what it is trying to achieve and has some way of evaluating whether or not it will achieve it.

In the paper I looked at, they use other terminology, such as being filters of knowledge. They talk about amplifying, which probably is “push.” However, there is one function that we need to think about and that is the investor function. Part of the function could be to identify groups that are already in the business but need some seed resources or additional capacity in order to help the commission achieve its goals. Instead of thinking of it all happening at the centre, the centre might invest strategically in resources out there doing that function that will help achieve the goal.

Again, the detail of that must wait until we know what it is we are trying to change. We cannot decide that. It will have to be the provinces that are very involved in setting that agenda. In the end, the action on many of these issues is at that level. If they can come up with something they collectively want to act on and can decide on those kinds of things, then for me the knowledge exchange function is tailored to assist in whatever that agenda is and then it does all those functions.

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

The Chairman: Let me make one comment on your last point.

We make a mistake if we ask what it is that the provinces collectively want to do. We have an agreement on the commission, but it was not easy, and it is also rare.

réseaux de recherche sur les politiques. Je crois qu’une partie des idées formulées dans cette étude étaient utiles, quel que soit le public cible. Les auteurs du rapport avancent que, lorsqu’on se penche sur les réseaux, il y a une question prioritaire qui concerne le changement. Il faut déterminer si le réseau sera un vecteur de changement, ce qui veut dire qu’il constituerait en soi un groupe de revendications, ou s’il soutiendra d’autres groupes qui agissent comme vecteur de changement. C’est peut-être une distinction que nous devons établir. À mon avis, cet échange de connaissances vise à soutenir la commission, et la commission agit comme vecteur de changement. La fonction d’échange des connaissances ne correspond pas en soi à de l’action revendicatrice; c’est une ressource sur laquelle pourra se fonder l’effort d’action revendicatrice de la commission. D’autres groupes qui essaient d’agir à titre de vecteurs de changement et de protecteurs des usagers voudront peut-être aussi recourir à ces ressources, mais je crois qu’il est logique de vouloir lier étroitement cette fonction à la commission.

Une fois cette conclusion tirée, les auteurs du rapport dressent une liste des fonctions susceptibles d’être exécutées grâce à l’échange des connaissances. Au Canada, nous avons l’habitude d’utiliser les termes « pousser, tirer et échange », et c’est peut-être suffisant. Je ne crois pas que nous soyons tenus de choisir à ce moment-ci. On peut établir une plate-forme qui fait toutes ces choses, dans la mesure où ses objectifs sont clairs et il y a une façon d’évaluer si ces objectifs sont réalisés.

Dans le rapport que j’ai consulté, on utilise une autre terminologie, comme « filtres du savoir ». On y parle d’amplification, ce qui correspond probablement au « pousser ». Toutefois, il y a eu une fonction à laquelle nous devons penser, et c’est la fonction d’investisseur. Une partie de cette fonction pourrait consister à repérer les groupes qui s’adonnent déjà à de telles activités, mais qui ont besoin de ressources de démarrage ou de capacités supplémentaires pour aider la commission à atteindre ses buts. Au lieu de songer à tout faire au centre même, le centre pourrait investir stratégiquement dans des ressources externes qui assurent cette fonction et qui aideront le centre à réaliser ses objectifs.

Encore une fois, nous ne pourrions arrêter les détails à cet égard que lorsque nous saurons ce que nous tentons de changer. Nous ne pouvons prendre de décisions à cet égard. Ce sont les provinces qui devront participer de façon énergique à l’établissement de ce plan d’action. Au bout du compte, l’intervention à l’égard de nombre de ces enjeux a lieu à cet échelon. Si elles peuvent s’entendre sur un aspect sur lequel elles veulent intervenir collectivement, et s’entendre sur ce genre de chose, alors, selon moi, la fonction d’échange des connaissances est adaptée à tout plan d’action, et elle permet d’assurer toutes ces fonctions.

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

Le président : Laissez-moi formuler un commentaire sur votre dernier point.

Ce serait une erreur de demander ce que les provinces veulent faire collectivement. Nous nous sommes entendus sur la création de la commission, mais cela n’a pas été facile, et c’est un phénomène rare.

In addition, the areas where action needs to be taken vary significantly from province to province, and they vary even within a province. The regional health authorities across the provinces are quite different. The commission would make a huge mistake if it set out to try to get a set of collective agreements. It needs to recognize that the goal is very simple, to do two things: first, to make life better for people living with a mental illness; and second, to do everything to prevent people who do not now have a mental illness from getting one.

What is the objective? It is crystal clear. That is the whole purpose of the commission.

Why do you worry about stigma? The only reason you worry about stigma is because people with mental illness tell you it is the worst part of their illness. I am not out to get rid of stigma because I think it is a morally reprehensible thing. I think that, but that is not the issue. It is a simple issue. People with a mental illness tell me it is the worst thing about their illness. If you are to make life better for them, you might as well attack that.

I am totally locked in on our issue that the word “action” is the operative word here, but the action is both action to prevent the problem and action to solve the existing problem. There are two sides to that.

The question then becomes: How do you do that most efficiently without duplicating what is out there? We do not use the word “consumer” in our report. You must have strong input from people living with a mental illness because you cannot help make their lives better unless you understand precisely what it is that needs to be done to make their lives better.

Ms. Goering: May I ask a question? I may be naive about the political process, so you will have to help me understand. If you were imagining a scenario that picked up on the comments made earlier about suicide, would it not be possible that perhaps the provinces together would decide on a national campaign to reduce suicide, which would have many different elements to it, including targeting youth, where the action in each province might look a bit different but where there was a collective buy-in to the outcome?

The Chairman: Yes, they might, but why waste all the effort in doing that? If the issue is to reduce suicide, I am 100 per cent behind that. However, there are many ways to do that. The way one province does it need not be the same as another province. Forget about the collectivity.

Our committee did the unthinkable. We went around selling the concept of the commission without ever talking to anyone in Ottawa about it. In fact, we reappeared in Ottawa with a sold deal, which increases the chances it would happen. We did it by talking to individuals in every provincial and territorial capital — which is why I am now a super-elite on Air Canada. We went to

De plus, les aspects à l'égard desquels des mesures s'imposent varient considérablement d'une province à une autre, voire même dans une province. Les régies régionales de la santé des provinces sont plutôt différentes. La commission commettrait une grave erreur si elle tentait de conclure un ensemble d'accords multipartites. Elle doit reconnaître que le but, très simple, est de faire deux choses : premièrement, améliorer les conditions de vie de personnes souffrant d'une maladie mentale; et deuxièmement, tout faire pour veiller à ce que les gens qui vont bien ne sombrent pas dans l'enfer de la maladie mentale.

Quel est l'objectif? Il est donc ne peut plus clair. C'est la mission de la commission.

Pourquoi vous inquiétez-vous au sujet de la stigmatisation? La seule raison pour laquelle vous vous préoccupez de la stigmatisation, c'est parce que les gens souffrant de maladie mentale vous ont dit que c'est le pire aspect de leur maladie. Loin de moi l'intention d'écarter la question de la stigmatisation, car je crois que c'est un phénomène moralement répréhensible. J'en conviens, mais ce n'est pas le principal enjeu. C'est un problème bien simple. Les gens souffrant de maladie mentale me disent que c'est le pire aspect de leur maladie. Si on veut leur rendre la vie plus facile, aussi bien nous attaquer à cela.

Je suis tout à fait d'accord avec votre affirmation selon laquelle c'est le mot « action » qui compte, mais on distinguera l'action visant à prévenir le problème et l'action visant à résoudre le problème existant. Il y a deux côtés à cela.

La question qui s'impose à l'esprit est la suivante : comment peut-on faire cela de la façon la plus efficace sans faire double emploi avec ce qui se fait déjà? Nous n'utilisons pas le mot « usager » dans notre rapport. Vous devez vous appuyer fermement sur les commentaires de personnes souffrant d'une maladie mentale, car on ne peut aider à améliorer leur vie que si on comprend précisément ce qui doit être fait pour rendre leur vie meilleure.

Mme Goering : Puis-je poser une question? J'envisage peut-être le processus politique avec naïveté, alors vous allez devoir m'aider à comprendre. Si on imaginait un scénario inspiré des commentaires formulés plus tôt au sujet du suicide, ne serait-il pas possible que les provinces conviennent de lancer une campagne nationale de lutte contre le suicide qui pourrait s'assortir de divers éléments, y compris un volet destiné aux jeunes, où les interventions dans chaque province pourraient être un peu différentes, mais où on s'entend sur les résultats escomptés?

Le président : Oui, c'est possible, mais pourquoi consacrer tant d'efforts à faire cela? Si l'objectif est de réduire le taux de suicide, je suis totalement d'accord avec cela. Toutefois, il y a de nombreuses façons de le faire. Une province n'a pas besoin de s'y prendre de la même façon qu'une autre. Oubliez la notion d'universalité.

Notre comité a réalisé quelque chose d'inimaginable. Nous avons fait le tour et vendu l'idée d'une commission sans même en parler à quiconque à Ottawa. De fait, nous sommes réapparus à Ottawa avec une idée déjà acceptée, ce qui accroît les chances de réalisation. Nous y sommes parvenus en parlant à des personnes dans toutes les capitales provinciales et territoriales — c'est

every province and territory and talked to every minister and every deputy minister of health. If we had brought everyone into one room and tried to make a collective decision, I do not think we would have got one. We got there in the end because when Senator Keon and I went to talk to the ministers, we already had the deal. I do not think we could have done the deal without doing it individually, one person at a time.

However the knowledge exchange centre works, it must reflect not just provincial interests but also sub-provincial interests. What works on the Vancouver Island Health Authority may not be the same thing that the Vancouver Coastal Health Authority wants, because there are different problems. Vancouver Coastal must deal with the downtown eastside, which no one else does. That is all I am saying.

This is very much not a one-size-fits-all situation. That, to me, is one of the toughest single things about a national organization trying to provide help across the country. It would be so much easier if it were one-size-fits-all, but that will never work.

Mr. Gold: With my simple brain, I need to wrap my head around several things you have already said, because it sounds like it is not as complicated as I thought it was.

There are two major mandates from all of this: to make life easier for those suffering with mental illness, and to help reduce, if at all possible, the number of people who will become mentally ill. We have moved from that to having a discussion about the knowledge exchange centre. That means we believe that in order to reach those two goals there is knowledge or information and wisdom in multiple communities that must be brought together to find a solution. If that is the case, the real question is how the knowledge exchange centre provides spaces for all of those voices to work towards those solutions. A super website with links to everything that exists will not do any of that, so we do not have to talk about that anymore. We can talk about how it might support this, but the overarching primary goal is to create spaces for the all of the different pockets of wisdom that can lead to these solutions to come to bear on the problems. If we keep that first and foremost in our minds, many of the side discussions are not relevant because we are talking about the means, not the ends.

The Chairman: The two overarching objectives that I gave were set by the committee for the commission.

Mr. Gold: Clearly, the KEC must support those. We are not taking about creating another form of voice for the research community or for any one group. We are looking at creating a space, and I am oversimplifying it linguistically to create a

pourquoi j'ai désormais le statut Air Canada Super-Élite. Nous nous sommes rendus dans toutes les provinces et dans tous les territoires et nous avons parlé à tous les ministres et sous-ministres de la Santé. Si nous avions rassemblé tout le monde au même endroit et tenté de prendre une décision collective, je crois que nous aurions échoué. Nous avons fini par y arriver parce qu'au moment où le sénateur Keon et moi-même sommes allés parler aux ministres, nous avions déjà l'entente. Je crois que nous aurions échoué si nous n'avions pas rencontré chaque personne individuellement, une personne à la fois.

Quelle que soit la façon dont le centre d'échange des connaissances fonctionne, il doit refléter non seulement les intérêts provinciaux, mais aussi les intérêts sous-provinciaux. Ce qui fonctionne sur le territoire de la Vancouver Island Health Authority ne correspondra peut-être pas à ce que veut la Vancouver Coastal Health Authority, car les problèmes y sont différents. Cette dernière doit composer avec les problèmes propres au downtown eastside, et personne d'autre n'est confronté à cela. C'est tout ce que je dis.

Ce n'est certainement pas une situation où l'on peut appliquer une solution universelle. C'est, à mon avis, l'une des tâches les plus difficiles pour un organisme national qui tente de fournir de l'aide partout au pays. Ce serait tellement plus facile si on pouvait appliquer une solution universelle, mais cela ne fonctionnera jamais.

M. Gold : J'ai tendance à envisager les choses simplement, et j'ai besoin de mieux saisir plusieurs choses que vous avez déjà dites, car j'ai l'impression que ce n'est pas aussi compliqué que je le pensais.

Tout cela concerne la réalisation de deux grands mandats : rendre la vie plus facile aux personnes qui souffrent de maladie mentale, et aider à réduire, si cela est possible, le nombre de personnes qui souffriront d'une maladie mentale dans l'avenir. Nous avons abandonné ce sujet pour ensuite parler du centre d'échange des connaissances. Cela veut dire que nous croyons que la réalisation de ces deux objectifs tient au regroupement des connaissances ou de l'information et de la sagesse de plusieurs collectivités en vue de trouver une solution. Si c'est le cas, la vraie question qu'il faut se poser, c'est comment le centre d'échange des connaissances fera place à toutes ces voix afin qu'on en arrive à ces solutions. Un super site Web assorti de liens vers tout ce qui existe ne permettra pas de faire cela; alors il n'y a plus lieu d'en parler. Nous pouvons parler de la façon dont il soutiendra cette initiative, mais le but principal est de faire place à la sagesse de diverses collectivités afin qu'on puisse trouver des solutions à ces problèmes. Si nous gardons à l'esprit ces préoccupations fondamentales, nous constaterons que de nombreuses discussions parallèles ne sont pas pertinentes, car nous nous intéressons non pas à la fin, mais aux moyens.

Le président : Les deux principaux objectifs que j'ai énoncés ont été établis par le comité pour la commission.

M. Gold : Il est clair que le CEC doit soutenir ces objectifs. Il n'est pas question de créer une autre voix pour le milieu de la recherche ou pour tout autre groupe. Nous cherchons à créer un espace — et je simplifie exagérément la description pour stimuler

discussion, for the pockets of wisdom that exist within all the multiple communities to speak together to create that solution we believe we are missing, because we are not bringing those altogether. If that is the case, we can have a different discussion about how to move forward.

Dr. Manion: I agree with you. We have gone through that kind of thing as well, and our language has now changed. We have stopped talking about our knowledge exchange centre, which is the label we had used, and now we are talking about knowledge exchange at our centre. In the same vein, it would be knowledge exchange at the commission. Therefore, with respect to the commission's overarching goals, what are the knowledge exchange activities and the relationships that bring people together with one common voice to serve those goals? How can that happen? Then you start with the structures to make that happen. We do not want to create two entities that have conflicting goals and objectives at times. Knowledge exchange is an activity associated with the goals of the commission.

The Chairman: Absolutely.

Mr. Gold: If those are the goals, we need to identify the voices we want to hear from and the tools and investments that need to be made in those communities to make them able to express what they have to exchange. That is the fundamental challenge.

The Chairman: Except that some of the people will be largely takers, in the sense that there will be people with mental illness or their families or caregivers who are more taking information than putting it in. I love the phrase "promising practices." I will never use "best practices" again. On the promising practices side, that is a give and take.

Mr. Smith: With that is the use of the evidence-based strategies that work for the different targeted populations or targeted actions at which you are looking. In addition to creating the space to bring people together, what do we do with that? Let us not recreate the wheel; instead, let us look at the evidence-based practices and strategies that do work for different populations.

The Chairman: I agree.

Dr. Lesage: To go back to the issue of the aim of the commission, another way to phrase it would be that it has to do with improving the mental health of Canadians. In a way, we will not be picking one group or another or one disease or another. It will be the overall. That was the thrust, and it identified areas where it seemed to be going slower or there were greater gaps, but nowhere did you find a satisfactory situation. Therefore, the aim has to do with making the mental health of Canadians better — contributing to it. The commission will be judged by whether the state of mental health in Canada is improving. That is the outcome that should be looked at.

The Chairman: Absolutely.

la discussion — où pourra converger la sagesse de collectivités multiples afin qu'on puisse créer cette solution qui tarde selon nous à être découverte, car, à l'heure actuelle, nous ne rassemblons pas toutes ces choses. Si c'est le cas, nous pouvons amorcer une autre discussion sur la façon d'aller de l'avant.

M. Manion : Je suis d'accord avec vous. Nous avons également abordé ce genre de chose, et notre langage a maintenant changé. Nous avons cessé de parler de notre centre d'échange des connaissances, c'est le terme que nous avons utilisé, et maintenant nous parlons d'échange des connaissances à notre centre. Dans la même veine, il s'agirait d'échange des connaissances à la commission. Par conséquent, en ce qui concerne les buts généraux de la commission, quelles sont les activités d'échange des connaissances et les relations qui permettent de donner à ces gens une voix commune pour réaliser ces objectifs? Comment cela peut-il se produire? Ensuite, on commence par se donner les structures nécessaires pour y arriver. On ne veut pas créer deux entités dont les buts et les objectifs sont parfois contradictoires. L'échange des connaissances est une activité qui est liée aux buts de la commission.

Le président : Exactement.

M. Gold : Si ce sont là nos buts, nous devons repérer les voix que nous voulons entendre et déterminer quels outils nous devons acquérir et quels investissements nous devons effectuer dans ces collectivités pour leur donner la possibilité de communiquer leur information. C'est le défi fondamental que nous devons relever.

Le président : Sauf que certains seront principalement des preneurs, car certaines personnes souffrant de maladie mentale ou des membres de leur famille ou leurs soignants auront davantage tendance à extraire de l'information qu'à en fournir. J'adore l'expression « pratiques prometteuses ». Je ne parlerai plus jamais de « pratiques exemplaires ». En ce qui concerne les pratiques prometteuses, c'est donnant-donnant.

M. Smith : Cela s'assortit de l'utilisation de stratégies fondées sur les résultats qui fonctionnent auprès des diverses populations cibles ou dans le cadre des interventions ciblées que vous envisagez. En plus de créer un espace pour rassembler les gens, que faisons-nous avec cela? Ne réinventons pas roue : regardons plutôt les pratiques et les stratégies fondées sur les résultats qui ont fait leurs preuves auprès de diverses populations.

Le président : Je suis d'accord.

Le Dr Lesage : Pour revenir à la question de la mission de la commission, une autre façon de l'exprimer consisterait à parler d'amélioration de la santé mentale des Canadiens. D'une certaine façon, nous n'allons pas nous attacher à un groupe ou à une maladie quelconque. Il s'agira d'une initiative globale. C'était l'idée fondamentale, et cela a permis de cerner des domaines où les choses semblaient se dérouler plus lentement ou des domaines où les lacunes semblaient plus grandes, mais par conséquent, le but doit être d'améliorer la santé mentale des Canadiens — d'y contribuer. On évaluera la commission en fonction de l'amélioration de la santé mentale au Canada. C'est le résultat qu'on devrait envisager.

Le président : Certainement.

Dr. Lesage: That is the outcome that should be looked at, and also there should be some piece of information that the commission can gather to evaluate itself to say this is the state of mental health in Canada in 2006-07, 2008, et cetera.

The Chairman: To echo that point, on the anti-stigma program you do what every other country has done, which is track on an annual basis how public attitudes have changed. If you run the program for three years and public attitudes have not changed, forget it, you are not doing anything.

The interesting thing to me is that Australia has been doing it for 13 years, and every year the numbers are better. The stigma has gone down, and the reality is you can do it. However, your point is dead on. You have to be able to evaluate what you are doing to know whether it is having an impact. There is no sense in doing it if you do not know whether it is working.

Dr. Lesage: On the other hand, nationally, I think they are drinking more in Australia than we are in Canada. They may have more substance problems than we have. That is also part of the mental health picture nationally.

The Chairman: I was talking about attitudes on stigma. What they have done is to show that their program has moved attitudes on stigma in the same way that attitudes on HIV have changed in this country in the last decade, for example. The drinking issue is different. I am not sure they consume more alcohol; they consume more beer.

Ms. Beckett: Another perspective is the quick-win perspective and evaluating the levels of evidence that are already there. If there are things that are incontrovertibly true and, if implemented, would have an immediate impact on the mental health of Canadians, why not focus initially on those before undertaking longer-term strategies?

The Chairman: Absolutely, the trick in any new organization is to get a couple of quick wins, and then you buy time to do the longer-term stuff. That is standard.

I wish to go to the issue of what Senator Keon called a population health approach targeted specifically at the subpopulation of children. That does not mean that it is not targeted as well at their parents, but does anyone have any thoughts on what one does if the objective is to reduce the incidence of mental illness amongst children by giving them tools that help to make the problem not materialize in the way that it normally would?

By the way, we had one piece of evidence where one school board gave information to students on how to reduce stress with the hope that it would alleviate some of the problems. Half the class got the lectures and advice, and the other half did not. The interesting thing was that not only did it teach them a lot about

Le Dr Lesage : C'est le résultat qu'on devrait envisager, et il devrait également y avoir un élément d'information que la commission peut recueillir en vue d'évaluer ses activités et de dire voici le bilan de santé mentale du Canada pour 2006-2007, 2008, et cetera.

Le président : Pour donner suite à ce point, concernant le programme de lutte contre la stigmatisation, vous n'avez qu'à faire ce que tout autre pays a fait, c'est-à-dire assurer un suivi annuel de l'évolution des attitudes du grand public. Si vous exécutez le programme pendant trois ans et que les attitudes publiques n'ont pas changé, alors oubliez ça, vous ne faites rien.

Il est intéressant de constater que l'Australie fait cela depuis 13 ans et que les chiffres s'améliorent chaque année. La stigmatisation a baissé, et la réalité, c'est qu'on peut y arriver. Cependant, vous avez tout à fait raison : il faut être en mesure d'évaluer ce qu'on fait pour déterminer si nos activités ont un impact. Il n'y a aucun intérêt à le faire lorsqu'on ne sait pas si cela fonctionne.

Dr Lesage : Par contre, à l'échelle nationale, je crois que les gens boivent davantage en Australie qu'au Canada. Ils ont peut-être de plus gros problèmes de toxicomanie que nous. Cela fait également partie du portrait national en matière de santé mentale.

Le président : Je parlais des attitudes relatives à la stigmatisation. C'est seulement qu'ils ont montré que leur programme a influé sur les attitudes en matière de stigmatisation, de la même façon que les attitudes à l'égard du VIH ont changé dans notre pays au cours des dix dernières années, par exemple. La question de la consommation d'alcool, c'est autre chose. Je ne suis pas certain qu'ils consomment davantage d'alcool; ils consomment davantage de bière.

Mme Beckett : Il y a également la perspective d'un gain rapide et de l'évaluation des niveaux actuels. S'il y a des choses qui sont incontestablement vraies et dont la mise en œuvre aurait un impact immédiat sur la santé mentale des Canadiens, alors pourquoi ne pas s'attacher initialement à ces choses avant d'entreprendre des stratégies à long terme?

Le président : Certainement, la solution pour tout nouvel organisme consiste à réaliser rapidement quelques bons coups, ce qui lui permet de gagner du temps pour faire des choses à long terme. C'est courant.

J'aimerais revenir à la question soulevée par le sénateur Keon concernant l'adoption d'une approche axée sur la santé de la population visant spécifiquement la sous-population des enfants. Cela ne veut pas dire qu'on ne vise pas également leurs parents, mais quelqu'un a-t-il une idée de ce qu'il faut faire lorsque l'objectif est de réduire l'incidence de maladies mentales chez les enfants en leur donnant des outils qui aident à faire en sorte que le problème ne se manifeste pas de la façon dont il le ferait normalement?

En passant, nous avons reçu un document produit par une commission scolaire qui avait fourni à ses étudiants de l'information sur la réduction du stress, dans l'espoir que cela atténuerait certains problèmes. La moitié de la classe a entendu des exposés et bénéficié de conseils, et l'autre moitié n'a rien eu.

stress management techniques, but also everyone who had the stress management techniques had their grades improve. When they asked students why that was the case, a student said that when he started to panic about a test, he applied the stress techniques. When they did the exercise, they were doing it as a pure mental health exercise, not as a method of improving their grades. However, believe it or not, it worked.

Who has thoughts on what we do vis-à-vis population health approach targeted at having an impact on school-age children, even if means some of the people you have to target are their parents?

Senator Cordy: Some good programs have been developed. I used to be an elementary school teacher, and I know in Nova Scotia there was a wonderful program called the peaceful schools program. Student mediators were out in the schoolyard. If kids were having a problem, they could go to a peer on the school grounds to help them out. It was not always the teachers getting involved in a punitive way, but kids were helping one another. The program started at kindergarten or primary and worked its way up. Each year, there was a specific focus on teaching kids problem solving and those kinds of things.

In my 30 years teaching experience, the difficulty is that there seems to be a flavour of the year with school boards. Teachers get in-serviced and money to buy aids for teaching in a particular program. Everyone is gung-ho on it. The following year, there is a new focus, and unless someone in the school takes an interest and is keen on continuing to push forward, then it is pretty good the second year and okay the third year. By the seventh and eighth years, there will be staff members in the school who have never even heard of the program.

My concern about the longevity of programs was mentioned this morning. There are good programs out there, but how do we keep them focused and in the public eye? I do remember a program about inappropriate touching that was great. Kids were disclosing to teachers, and teachers were phoning to get help from the health authorities. It was going well and we were glad the kids began disclosing. In six months, we can give the child an appointment. There is only one thing worse than a child not disclosing, and that is a child disclosing but not getting help.

It is a matter of everybody working together. The silo has broken down, which is working in Bluewater. It is also a matter of longevity and focus being directed on things so they are not dying out. If you have an anti-stigma program or one in which to teach kids how to deal with stress or problem-solving situations, they should not die out as the personalities involved are no longer available.

Fait intéressant, non seulement les étudiants ont-ils appris beaucoup de choses au sujet des techniques de maîtrise du stress, mais tous les étudiants qui ont misé sur les techniques de maîtrise du stress ont vu leurs notes s'améliorer. Lorsqu'on a demandé aux étudiants pourquoi c'était le cas, un étudiant a dit qu'il appliquait les méthodes de maîtrise du stress lorsqu'il commençait à paniquer au sujet d'un examen. Les étudiants s'étaient pliés à cet exercice uniquement à des fins de santé mentale, pas pour améliorer leurs notes. Toutefois, croyez-le ou non, cela a fonctionné.

Qui a une idée de ce que nous pourrions faire en ce qui concerne l'adoption d'une approche axée sur la santé de la population visant les enfants d'âge scolaire, même si cela veut dire qu'il faut cibler également leurs parents?

Le sénateur Cordy : De bons programmes ont été mis au point. J'ai déjà enseigné à l'école primaire, et je sais qu'il y avait en Nouvelle-Écosse un programme merveilleux qui s'appelait Peaceful Schools. Des médiateurs étudiants parcouraient la cour d'école. Si un enfant avait un problème, ils pouvaient lui prêter main-forte. Ainsi, au lieu de toujours voir des enseignants jouer un rôle punitif, les enfants s'entraidaient. Le programme a commencé à la maternelle ou à l'école primaire et a fait son chemin dans les échelons supérieurs. Chaque année, on adoptait un thème particulier afin d'enseigner aux enfants la résolution de problèmes et ce genre de choses.

Le problème, à la lumière de mes 30 années d'expérience en enseignement, c'est qu'il semble y avoir un phénomène de mode dans les commissions scolaires. On affecte des enseignants et on achète du matériel pédagogique pour un programme donné. Tout le monde est très enthousiaste. L'année suivante, on adopte une nouvelle orientation, et si un membre du personnel scolaire s'intéresse au programme et est déterminé à le maintenir, alors c'est une assez bonne deuxième année, et la troisième est correcte. Vers la septième et la huitième année, il y a des membres du personnel de l'école qui n'ont jamais même entendu parler du programme.

J'ai parlé ce matin de ma préoccupation en ce qui concerne la longévité des programmes. Il existe de bons programmes, mais comment peut-on veiller à maintenir leur efficacité et leur notoriété? Je me souviens d'un programme fantastique sur les atouchements inappropriés. Les enfants en parlaient aux enseignants, et ces derniers se chargeaient de téléphoner aux autorités en matière de santé. Le programme fonctionnait bien, et nous nous réjouissions du fait que les enfants commençaient à s'exprimer. Nous pouvons obtenir un rendez-vous pour l'enfant dans six mois. S'il y a une chose pire qu'un enfant qui ne divulgue pas, c'est bien un enfant qui divulgue, mais qu'on n'aide pas.

Il suffit que tout le monde travaille ensemble. Les cloisons sont tombées, et cela fonctionne à Bluewater. Il suffit également d'assurer la longévité des initiatives et de déployer un effort soutenu pour qu'elles ne meurent pas à petit feu. Si vous lancez un programme de lutte contre la stigmatisation ou un programme visant à montrer aux enfants comment composer avec le stress ou des problèmes, ces programmes ne devraient pas disparaître lorsque les responsables ne sont plus là.

Ms. Goering: There is good evidence out there about how to complete the prevention work. Some of it is targeted and some is more widespread.

Charlotte Waddell has done a recent summary of evidence as published in the *Canadian Journal of Psychiatry*. That might be the kind of action strategy that one can approach in various different ways. Some of the action must be with mothers — single mothers on welfare and mothers who are depressed. There are different ways of approaching it, but we need to be careful about the evidence base. There are many interventions that sound good and feel good but for which there is absolutely no evidence that they actually accomplish what we want them to. That is my one concern about going in that direction.

Dr. Manion: In your report, you talk about the critical role of school systems. We are preaching to the converted in that respect.

As you mentioned, it cannot just be a flavour of the month. Sometimes that requires a corporate culture change in terms of imbedding the best practice available based on the evidence as a requirement — in the same way there may be a requirement for physical education up to a certain age as part of the core curriculum. Similarly, there should be requirements around mental health and mental health promotion.

Although the program may change because it is better, the requirement remains. They must transcend government as well. If the government comes in and says a school is only going to focus on reading, writing and arithmetic, you have a problem. The first thing to go will be the programs that need help promoting.

It must transcend the political climate and viewed as almost a mandated requirement of education. You cannot learn if you are mentally ill. You cannot learn properly if your problem is concentrating, you are anxious or depressed all the time or you cannot sit still. Therefore, if you look at it as a right — to be able to learn you must be mentally healthy as well as physically healthy — then you imbed that thought into the culture.

Mr. Block: I will speak of a few programs we are attempting in Alberta. We are hopeful they will be successful.

One of them is the mental health first aid program that we are implementing in 36 schools across the province where we intend to train at least one person on staff in the school who is prepared to recognize and obtain help for kids who may be suffering from a mental illness.

Another thing we have recently established is *Grip* magazine written by kids for kids. For example, we had an issue in Edmonton where a big kid sexually —

Mme Goering : Il existe de bonnes recherches sur la façon de faire de la prévention. Une partie des travaux sont ciblés, et une autre est plus étendue.

Charlotte Waddell a récemment publié dans la *Revue canadienne de psychiatrie* un résumé de la recherche dans le domaine. C'est peut-être le genre de stratégie d'action qu'on peut aborder de diverses façons. Une partie de l'intervention doit être destinée aux mères — les mères seules qui vivent de l'aide sociale et les mères qui sont déprimées. Il y a diverses façons de s'y prendre, mais nous devons nous fier aux résultats de recherche. De nombreuses interventions nous semblent bonnes, mais absolument rien ne prouve qu'elles donnent réellement les résultats escomptés. C'est ma seule préoccupation à l'égard d'une telle orientation.

M. Manion : Dans votre rapport, vous parlez du rôle crucial du système scolaire. Nous prêchons des convertis à cet égard.

Comme vous l'avez mentionné, il ne peut s'agir tout simplement d'un phénomène de mode. Il faut parfois apporter un changement de culture organisationnelle et enchâsser à titre d'exigence la meilleure pratique disponible, selon la recherche actuelle — de la même façon, qu'il faut peut-être imposer l'éducation physique jusqu'à un certain âge, dans le cadre du programme d'enseignement de base. De même, il devrait y avoir des exigences au chapitre de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale.

Le programme peut changer parce qu'il est meilleur, mais l'exigence demeure. Il doit également transcender l'intervention gouvernementale. Si le gouvernement arrive et dit qu'une école ne peut s'attacher qu'à la lecture, à l'écriture et au calcul, on a un problème. Les premiers éléments à partir seront les programmes qui ont besoin de promotion.

Ces programmes doivent transcender le climat politique et être perçus quasiment comme une exigence en matière d'éducation. On ne peut apprendre si on souffre d'une maladie mentale. On ne peut apprendre convenablement si on a de la difficulté à se concentrer, si on est toujours angoissé ou déprimé ou qu'on ne peut arrêter de gesticuler. Par conséquent, si on perçoit cela comme un droit — pour être en mesure d'apprendre il faut être en bonne santé mentale et physique —, alors vous enchâssiez cela dans la culture.

M. Block : Je vais vous parler de quelques programmes que nous tentons de lancer en Alberta. Nous espérons qu'ils connaîtront du succès.

L'un d'entre eux est le programme de premiers soins en matière de santé mentale, que nous mettons en œuvre dans 36 écoles de partout dans la province en vue de former au moins un membre du personnel de l'école afin qu'il soit en mesure de repérer les enfants souffrant peut-être d'une maladie mentale et d'obtenir de l'aide.

Une autre chose que nous avons récemment établie est la revue *Grip*, rédigée par des enfants pour des enfants. Par exemple, il y a eu une situation à Edmonton où un enfant plus âgé a sexuellement...

The Chairman: What is *Grip* magazine? Is that the name of the magazine?

Mr. Block: Yes. It is on our website if you would like more information — www.amhb.ab.ca.

We were astounded. We just completed it in May, and I was nervous about trying it. We printed 60,000 copies of the magazine, and it is going for a second print. The uptake has been unbelievable, and it seems to be reaching the kids.

Another thing we are trying is a chat line for kids on the Internet. It seems to be a place where they talk. We were so overwhelmed by the response that we had to shut it down initially because the kids were coming with problems that blew us away in terms of the issues they were facing. We are attempting it again, but we have involved psychologists and other professionals because it was more than we had imagined.

Another area of great concern is Aboriginal youth. We all know the statistics are horrible. The work Lieutenant-Governor Bartleman has done on literacy has been groundbreaking and is also a very important area.

Mr. Upshall: I think this discussion is great one, but I cannot see how you can bring this into the knowledge exchange centre. I see this as a very dramatic activity for the commission and the commissioner as part of a national action strategy on mental health. By trying to cram this into a knowledge exchange centre would not —

The Chairman: Do you agree it is critical?

Mr. Upshall: Absolutely.

The Chairman: What category does it fit into?

Mr. Upshall: This is a commissioner's job. This is at a very high level, and it requires tremendous engagement with the community.

Mr. Reist: Following up on that, it is a question of what we mean by a knowledge exchange centre. Maybe the language of that is problematic.

Going back to addressing the knowledge exchange issues the commission will be facing in trying to move forward, I think there is a level at which we need access to evidence of effective practice. There is a wealth of that out there, but it is about finding the right channels in order to flow it to the right places.

There is something we do not focus as much attention towards, however. You can have the best evidence of effective practice, yet it will not be acceptable policy. Therefore, the question is this: How could a knowledge exchange function capacity

Le président : Qu'est-ce que la revue *Grip*? Est-ce le nom de la revue?

M. Block : Oui. Elle figure sur notre site Web, si vous voulez obtenir plus d'information : www.amhb.ab.ca.

Nous étions stupéfaits. Nous venions tout juste de le terminer en mai, et j'étais nerveux à l'idée de tenter l'expérience. Nous avons imprimé 60 000 exemplaires de la revue, et nous allons en imprimer un autre lot. La réaction est incroyable, et les enfants semblent interpellés par le contenu de la revue.

Nous tentons également de créer un site de clavardage pour les enfants sur Internet. Il semble que ce soit un endroit où ils s'expriment. Nous étions tellement dépassés par les événements que nous avons dû fermer le site initialement, car les enfants nous arrivaient avec des problèmes qui nous dépassaient totalement. Nous tentons de le relancer, mais nous avons fait appel à des psychologues et à d'autres professionnels, car c'est plus lourd que ce que nous avons imaginé.

Les jeunes Autochtones sont également une grande source de préoccupations. Nous savons tous que les statistiques sont horribles. Le travail du lieutenant gouverneur Bartleman dans le domaine de l'alphabétisation sortait des sentiers battus, et c'est également un aspect très important.

M. Upshall : Je crois que notre discussion est fantastique, mais je me demande bien comment on pourrait intégrer cela au centre d'échange des connaissances. Je perçois cela comme une activité très importante pour la commission et le commissaire dans le cadre de la stratégie d'action nationale sur la santé mentale. Le fait de tenter d'imposer cela à un centre d'échange des connaissances ne permettrait pas...

Le président : Convenez-vous du fait qu'il s'agit d'une activité cruciale?

M. Upshall : Certainement

Le président : Dans quelle catégorie s'inscrit-elle?

M. Upshall : C'est un travail de commissaire. Il s'agit d'une activité de très haut niveau qui exige un engagement énorme de la collectivité.

M. Reist : Pour donner suite à cela, je crois qu'il s'agit de déterminer ce que nous entendons par centre d'échange des connaissances. Le problème tient peut-être aux termes que nous utilisons.

Pour revenir aux problèmes en matière d'échange des connaissances que la commission devra régler pour aller de l'avant, je crois qu'il vient un moment où nous devons avoir accès à des recherches sur les pratiques efficaces. Il y a une profusion de recherches, mais il faut trouver les bonnes voies pour veiller à ce qu'elles se rendent au bon endroit.

Cependant, il y a un aspect à l'égard duquel nous ne prêtons pas beaucoup attention. On a beau avoir les meilleures recherches relatives aux pratiques efficaces, cela ne veut pas pour autant dire que les pratiques sont conformes aux politiques. Ainsi, la question

help the commission gain knowledge about how to translate evidence of effective practice into saleable blocks for policy change?

As an example, right now we are producing a learning resource for schools in British Columbia focused on substance use, but the first stream out in particular is an emphasis on methamphetamine because of the attention in the media and public around that drug.

We have produced a resource based on the evidence of health education best or promising practice, yet now it is at the stage of figuring out how to get the policy-makers to accept the onus of selling to politicians that in fact this is — even though if it may seem counterintuitive to some people — good practice on achieving the current objective.

It is on that level that we need to focus attention, and the commission will constantly be facing that as they try to address issues of change in public perception and political will.

The Chairman: The 19-person board of the commission and the four or five senior positions should not be there if, as a collectivity, they do not have a lot of information on how to make things happen. That is something you cannot teach. It is something that requires a lot of experience.

I agree with you that it is a problem. I am surprised you say there are things for which there is evidence that it is good practice but people will not do it.

Mr. Smith: Mr. Chairman, you were out of the room when I gave the concurrent disorders best practice example. My Bluewater experience was thinking that we would be able to fill this big information gap with best practices. Most of the people we were training had the information but spent their time talking about their frustration, which was that they were not able to apply the information in the best practices. They were met with attitudinal and policy barriers. Having the information more accessible fixes the problem caused by the information gap. In most cases, it is not an information gap; it is like a changed management perspective.

Senator Cordy gave an example concerning the education system. Like the health system, it was the flavour of the month. Every year there is a new training in the next flavour of the month. How do we have an effective sustainable workforce development in education as well as in the practitioner population?

The Chairman: That is a very depressing comment. Everybody nodded heads when you said it.

suivante s'impose à l'esprit : comment une fonction d'échange des connaissances pourrait-elle aider la commission à acquérir des connaissances sur la façon de miser sur des preuves d'efficacité des pratiques pour justifier l'évolution des politiques?

Par exemple, on produit actuellement pour les écoles de la Colombie-Britannique une ressource pédagogique sur la consommation d'alcool et de drogues, mais le premier volet porte tout particulièrement sur la méthamphétamine en raison de l'attention que suscite cette drogue dans les médias et au sein du public.

Nous avons produit une ressource à la lumière de la recherche sur les pratiques exemplaires ou prometteuses en matière d'éducation sanitaire, mais nous devons maintenant déterminer comment amener les artisans des politiques à accepter le fardeau de convaincre les politiciens du fait que cette initiative est une pratique exemplaire pour réaliser l'objectif actuel, même si elle peut sembler contraire à l'intuition de certaines personnes.

C'est sur cet aspect que nous devons nous concentrer, et la commission devra constamment composer avec cela lorsqu'elle tentera de favoriser le changement à l'égard des perceptions publiques et de la volonté politique.

Le président : Le conseil d'administration de 19 membres ainsi que les quatre ou cinq cadres supérieurs de la commission n'ont pas leur place si, collectivement, ils ne possèdent pas beaucoup d'information sur la façon d'accomplir des choses. C'est quelque chose qu'on ne peut enseigner. C'est quelque chose qui exige beaucoup d'expérience.

Je suis d'accord avec vous pour dire que c'est un problème. Cela me surprend lorsque vous dites que les gens ne veulent pas adopter des pratiques exemplaires éprouvées.

M. Smith : Monsieur le président, vous étiez absent quand j'ai soulevé l'exemple des pratiques exemplaires relatives aux troubles concomitants. À Bluewater, nous pensions pouvoir combler cette importante lacune d'information au moyen de pratiques exemplaires. La majorité des gens que nous formions possédaient l'information, mais passaient leur temps à parler de leur frustration quant à leur incapacité d'appliquer l'information aux pratiques exemplaires. Ils étaient confrontés à des obstacles liés aux attitudes et aux politiques. Le fait de rendre l'information plus accessible permet de régler le problème causé par le manque d'information. Mais dans la plupart des cas, il s'agit non pas d'un manque d'information, mais bien de quelque chose qui s'apparente à une perspective de gestion modifiée.

Le sénateur Cordy a donné un exemple concernant le système d'éducation. Tout comme dans le système de soins de santé, il y avait un phénomène de mode. Chaque année, on dispense une nouvelle formation relative à la nouvelle tendance. Comment pouvons-nous assurer le perfectionnement efficace et durable de la main-d'œuvre en éducation ainsi qu'au sein de la population des praticiens?

Le président : C'est un commentaire très déprimant. Tout le monde hochait de la tête quand vous l'avez dit.

Senator Keon: It is a good point and a worrisome one as it relates to mental health, particularly as it relates to the interface between mental health and education, which is key to progress. Nonetheless, as it relates to best practices, it depends on how hard the evidence is. If the evidence is really hard, there is not much difficulty in implementing best practices. It is where the evidence is a bit soft, a bit foggy or in the process of evolution that it becomes a difficult exercise. This again comes back to the enormous importance of the knowledge exchange centre in mental health. Unfortunately, mental health is at the stage where it has to crawl before it can walk. It will not be an overwhelming success the first day or the first year. However, you have to start somewhere, which is why I think it is important that there be this balance between information going into the system and action coming out of the system.

Mr. Gold: I know I am speaking with two voices now. You could hear my breathing, as well as Paul's breathing, stop when you said you were surprised to hear that there are mountains of evidence not being implemented. There is no-brainer evidence that is not being implemented on a day-to-day basis.

The Chairman: I knew the system was bad; it is just worse than I thought it was. I did not think it could be worse than I thought it was.

Mr. Gold: It is almost always worse than you think it is. Some areas are better than others. Clearly, when there is incontrovertible evidence in the clinical arena, it is probably easier to move evidence into practice. In health services, however, that is not the case. A lot of these decisions are highly political and economic in nature. They involve trade-offs. Evidence is but one factor. There are many other factors that go into making those decisions. It is the struggle of my organization. It is very telling that two of the most popular documents available on our website are a document called "Evidence Boost" and another one called "Mythbusters."

"Mythbusters" is a document we create by taking a myth in the system — we analyze the research and debunk the myth. That document is downloaded tens of thousands of times a month. It has been translated into five or six other languages. We see it entered into Hansards and into parliamentary debates all over the world. We know this because we get frequent requests from people asking us if they can use it. Professors use it all the time in their course materials.

"Evidence Boost" is more depressing. With that document, we take situations with a clear evidence-based path that is not being followed by governments or decision makers. We create this document that is a slap in the face to the system. We say, "Look, folks, this is a no-brainer." A recent example involves the use of midwives in rural and remote communities. There is a whole bunch of others.

Le sénateur Keon : C'est un bon argument et un argument inquiétant pour le domaine de la santé mentale, en particulier pour ce qui est de l'interaction entre les domaines de la santé mentale et de l'éducation, essentielle au progrès. Néanmoins, en ce qui concerne les pratiques exemplaires, cela dépend de la solidité des preuves. Si la recherche est vraiment solide, alors il n'est pas très difficile de mettre en œuvre des pratiques exemplaires. C'est lorsque la recherche est contestable, un peu nébuleuse ou en cours d'évolution que les choses se corsent. Cela nous ramène encore une fois à l'importance énorme du centre d'échange des connaissances en santé mentale. Malheureusement, la santé mentale devra d'abord apprendre à ramper avant de marcher. On ne connaîtra pas un succès monstre dès le premier jour ou la première année. Mais il faut bien commencer quelque part, et c'est pourquoi j'estime qu'il est important d'établir l'équilibre entre l'information qui entre dans le système et l'intervention du système.

M. Gold : Je sais que je parle pour deux personnes maintenant. Paul et moi-même avons eu le souffle coupé quand vous vous êtes dit étonné d'apprendre qu'il y avait des montagnes de preuves auxquelles on ne donnait pas suite. Il y a chaque jour des preuves irréfutables auxquelles on ne donne pas suite.

Le président : Je savais que le système n'allait pas bien, mais c'est pire que je le croyais. Je ne croyais pas que les choses pouvaient aller plus mal que ce que j'imaginai.

M. Gold : C'est toujours pire qu'on ne l'avait imaginé. Certains domaines sont mieux que d'autres. Manifestement, lorsqu'il y a des preuves irréfutables dans le milieu clinique, il est probablement plus facile d'influer sur la pratique. Dans le cas des services de santé, toutefois, ce n'est pas le cas. Nombre de ces décisions sont fortement influencées par des facteurs politiques et économiques. Elles supposent des compromis. La recherche n'est qu'un seul facteur. Il y a de nombreux autres facteurs qui entrent en jeu lorsqu'on prend ces décisions. C'est le combat que doit livrer mon organisme. Les deux documents les plus courus sur notre site Web s'appellent « Evidence Boost » et « Mythbusters »; c'est très révélateur.

« Mythbusters » est un document que nous élaborons en vue de nous attaquer à un mythe dans le système — nous analysons la recherche et nous détruisons le mythe. Des gens téléchargent ce document des dizaines de milliers de fois par mois. On l'a traduit en cinq ou six autres langues. Nous le voyons versé dans les comptes rendus de débats parlementaires de partout dans le monde. Nous le savons parce que nous recevons souvent des demandes d'utilisation de la part de diverses personnes. Des professeurs l'utilisent couramment dans le cadre de leurs cours.

« Evidence Boost » est un document plus déprimant. Nous décrivons des situations où une marche à suivre fondée sur des recherches claires n'est pas appliquée par les gouvernements ou les décideurs. Nous élaborons un document qui donne une gifle au système. Nous disons : « écoutez, tout le monde, il n'y a pas lieu d'y réfléchir. » Un récent exemple concerne le recours aux sages-femmes dans les régions rurales et éloignées. Il y a toute une foule d'exemples de ce genre.

The challenge is rarely a lack of evidence. The challenge is putting the evidence in a context where decision makers are willing to implement it for a variety of reasons.

A huge role for the centre is to identify promising practices across the country and do what no one else is doing, which is to share them. No one is willing to do that right now. We are replicating interventions across the country in a wide range of areas of mental illness. We talk about sharing only those things that have been proven. Unless there is a systematic review, we are not willing to share it. The reason we are having problems is because we are talking about best practices instead of promising practices. Let us identify promising practices and do what no one else is doing. Let us assist in the sharing of those and evaluate them. That is what no one is doing. Individual organizations do not have the resources to do these evaluations.

Imagine a situation where the centre said, "We will take this promising practice, help it be implemented in five or six other jurisdictions and evaluate whether or not it works. You can be responsible for moving it from a promising practice to a best practice."

Dr. Manion: We are going to get Mr. Gold to stop saying that no one is doing it because some people are doing exactly that.

Mr. Gold: On a national scale?

Dr. Manion: No, not on a national scale.

Mr. Gold: It is happening provincially. The problem is that it is not happening nationally. Why should British Columbia not benefit from your work, for example?

The Chairman: By the way, that deals with my Bluewater question, which is an illustrative example of a typical problem.

Mr. Upshall: I remind this august group that not too long ago there was a lot of evidence to show that community mental health was the way to go and we closed an awful lot of hospital beds and said, "We are going to do that." The sad fact is that once the advocacy funds were freed from the institutions, the institutions regrabbed them and misspent that money. That left us without hospital beds or community treatment, in the face of best practices, promising practices and knowing that community mental health was the way to go.

The problem I see is one of advocacy and the unwillingness of the Ontario Hospital Association, as well as the national groups, to recognize that they have to give up something in terms of power and allow the movement of it into the community of mental health services and mental health promotion. They have to do that.

Le problème tient rarement à un manque de preuve. Le problème, c'est de mettre la preuve dans un contexte où les décideurs sont disposés à l'appliquer pour une diversité de raisons.

Un rôle énorme pour le centre consiste à cerner les pratiques prometteuses partout au pays et à faire ce que personne d'autre ne fait, c'est-à-dire les mettre en commun. Personne n'est disposé à faire cela à l'heure actuelle. Nous reproduisons des interventions partout au pays dans un large éventail de domaines liés à la santé mentale. Nous parlons de mettre en commun seulement les méthodes qui sont éprouvées. À moins qu'il y ait un examen systématique, on n'est pas disposé à les mettre en commun. Nous avons des problèmes parce que nous parlons non pas de pratiques prometteuses, mais bien de pratiques exemplaires. Nous devons cerner des pratiques prometteuses et faire ce que personne d'autre ne fait. Nous devons contribuer à la mise en œuvre de ces pratiques et les évaluer. C'est ça que personne ne fait. Les organismes ne disposent pas des ressources nécessaires pour procéder à ces évaluations.

Imaginez une situation où le centre dit : « nous allons prendre cette pratique prometteuse, aider à la mettre en œuvre dans cinq ou six autres administrations, et déterminer si elle fonctionne. Vous serez ensuite responsable de faire de cette pratique prometteuse une pratique exemplaire. »

M. Manion : Nous allons devoir dire à M. Gold de cesser de dire que personne ne le fait, car certaines personnes font exactement cela.

M. Gold : À l'échelle nationale?

M. Manion : Non, pas à l'échelle nationale.

M. Gold : Cela se produit à l'échelle provinciale. Le problème, c'est qu'on ne le fait pas à l'échelle nationale. Pourquoi la Colombie-Britannique, par exemple, ne devrait-elle pas tirer avantage de vos travaux?

Le président : En passant, cela touche ma question sur Bluewater, exemple qui illustre bien un problème courant.

M. Upshall : Je rappelle à cette auguste assemblée qu'il n'y a pas trop longtemps il y avait beaucoup de recherches montrant que les services communautaires de santé mentale étaient la voie de l'avenir, et nous avons éliminé énormément de places dans les hôpitaux en disant : « c'est ce que nous allons faire. » La triste réalité, c'est que les fonds destinés à la protection des droits des usagers, une fois libérés des institutions, ont été récupérés et dilapidés par les institutions. Nous nous sommes donc retrouvés sans lits d'hôpitaux ni traitements communautaires, malgré les pratiques exemplaires et les pratiques prometteuses, sachant que les services communautaires de santé mentale étaient la voie de l'avenir.

Le problème, tel que je le perçois, concerne l'action revendicatrice et le refus de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et des groupes nationaux de reconnaître qu'ils doivent renoncer à certains pouvoirs et en laisser une partie aux milieux des services de santé mentale et de la promotion de la santé mentale. Ils doivent faire cela.

To my way of thinking, the commission is the saviour for us, if we can get it done. There are bureaucrats who know the promising and best practices. They know they are doing the exact wrong thing. They close their offices at 4:30 and go up to their cottages in Muskoka and leave people hanging in the street without supports, knowing they could do something.

I agree with everything you said about availability, senator. However, there is a lack of willingness to do the uptake. Frankly, what worries me most is that money will be made available for mental health issues but hospitals will take it and say, "Let us build some bricks and mortar," where we do not need it. We know very well what has to be done.

The Chairman: The arguments that have been made by several of you in the last few minutes have really made the argument for the commission more powerful than I ever made it. Simply put, you need an aggressive focal point to push the system and to be prepared to take on entrenched interests and all that kind of stuff. In contrast to that, the committee has always been asking, "How do you avoid going back into the shadows again?" That is the genesis of the thought that led to the commission. This is very much a people issue and it is now clear that the people involved must be prepared to be aggressive, although not obnoxious, in terms of not letting the entrenched interests stop them, in much the same way as the committee did not let the entrenched interests stop us from saying that there is nothing wrong with privately delivered services and that we must change scope of practice rules, for which Senator Keon has been pilloried from by every doctors' organization in the country.

That is what you must do. The reason it will happen ultimately is that, once they finish attacking you, the government starts to say that maybe we ought to do that. Someone has to get shot first, that is all. It goes with the territory.

Ms. Pape: I am a little confused; let me take us back to our discussion this morning. What the chair said made me think that what we are talking about is not so much a dissemination strategy or even an exchange strategy but, as Dr. Manion said, a change strategy. Part of the change strategy is that the commission will have some clout and part is that the people who will receive the knowledge will have a say, will have some power and control about what the knowledge is and will be able to contribute to the discussion. That is a way for people to change their behaviour as well.

I am sure that in your example of a stigma campaign that is what you are thinking, not just that we will give information but that it will be a strategy.

The Chairman: Absolutely.

À mon avis, la commission va nous sauver, si nous pouvons réussir à la mettre sur pied. Il y a des bureaucrates qui connaissent les pratiques prometteuses et exemplaires. Ils savent que ce qu'ils font n'a rien à voir avec ce qu'ils devraient faire. Ils ferment leurs bureaux à 16 h 30 et s'en vont dans leurs chalets à Muskoka, laissant des gens pâtir dans la rue sans soutien, sachant qu'ils pourraient faire quelque chose.

Je suis d'accord avec tout ce que vous avez dit au sujet de la disponibilité, sénateur. Toutefois, il y a bien peu de volonté au chapitre de la mobilisation. Franchement, ce que je crains le plus, c'est qu'on débloque des fonds pour la santé mentale, mais que les hôpitaux s'en emparent et disent : « laissez-nous bâtir un établissement », alors que nous n'en avons pas besoin. Nous savons très bien ce qu'il faut faire.

Le président : Les arguments qui ont été mis de l'avant par plusieurs d'entre vous au cours des dernières minutes expliquent la raison d'être de la commission de façon plus convaincante que je n'aurais jamais pu le faire. Bref, vous avez besoin d'un centre de coordination dynamique qui peut bousculer le système et être prêt à affronter des intervenants intransigeants et ce genre de chose. Par opposition à cela, le comité a toujours posé la question : « Comment peut-on éviter le retour dans l'ombre? » C'est la genèse de la pensée qui a mené à la création de la commission. Il s'agit surtout d'un facteur humain, et il est maintenant évident que les intervenants doivent être prêts à se montrer dynamiques, mais pas désagréables, afin de ne pas laisser les éléments plus intransigeants du système les bloquer, tout comme le comité n'a pas laissé ces éléments intransigeants l'arrêter de dire qu'il n'y a rien de mal à confier la prestation de services des fournisseurs privés et que nous devons modifier les règles applicables à l'envergure de la pratique, paroles qui ont valu au sénateur Keon le mépris de tous les organismes de médecins au pays.

Voilà ce que vous devez faire. Cela va finir par se faire, car, lorsqu'il a fini de vous attaquer, le gouvernement commence à dire que ce n'est peut-être pas une mauvaise idée. Quelqu'un doit se faire descendre avant, c'est tout. C'est comme ça que les choses se font.

Mme Pape : Je suis un peu confuse; laissez-moi revenir à notre discussion de ce matin. Ce que le président a déclaré me fait penser que nos discussions concernent non pas tant une stratégie de diffusion ou même une stratégie d'échange, mais bien, comme l'a dit le M. Manion, une stratégie de changement. Une partie de la stratégie de changement tient au fait que la commission jouira d'une certaine influence, et en partie également au fait que les gens qui recevront les connaissances auront un mot à dire, pourront exercer un certain pouvoir et un certain contrôle à l'égard de la nature même des connaissances, et seront en mesure de contribuer à la discussion. C'est aussi une façon pour les gens de changer leur comportement.

Je suis certaine que, dans votre exemple de campagne de lutte contre la stigmatisation, c'est de cela que vous parlez, le fait que nous n'allons pas simplement fournir de l'information, et qu'il y aura une stratégie.

Le président : Certainement.

Ms. Pape: We know this is the process to take, and I think we have established that this morning. To take it back to the knowledge exchange process, perhaps that is our way to get at the gap between knowledge and practice.

The Chairman: Is anyone doing the change strategy well anywhere in the country? Is anyone doing it at all?

Mr. Smith: We are doing it and that is what our presentation is about. We are looking at everything we are doing from an organizational change perspective, but it is in the very early stage. We are evaluating the primary care transition fund where we are trying to change GP activity in the areas of addictions and mental health in the Yukon and two regions in British Columbia.

The Chairman: Which two?

Mr. Smith: Kelowna and North Shore. The key issue there is that the evidence is very clear about screening and intervention for addictions and for tobacco use, but GPs do not change their practice. We are trying to look at what the facilitators are to that change. We are at the stage of data collection and writing that up.

Again, it is looking at it from the perspective that big businesses use our research around change management. When they want to change something, they have a comprehensive change strategy. It goes back to looking at the action and the targeted goal and building your strategy accordingly. This is not new. There is a lot of knowledge translation and knowledge exchange research that supports it as a change perspective. That is just through our trials and tribulations and not getting there with the information. Part of it is that it is still necessary to share that accurate information; it is just not sufficient, so we are looking to see what is next.

The Chairman: As has been said, we have repeatedly used the word "action" today. Action, by its very nature, involves change. Therefore, the question is: How will you get the action if you cannot persuade the people to make the change? As you have said, even though they know it is the right thing to do, they may well not do it.

Mr. Smith: The strategies are different to create the action if you are looking at the public and client-based information of families for practitioners. A big part of my role is changing practice. Even when we have evidence, why is it mostly not being taken up? Even when we get the information out there in glossy best practice guidelines and have great conferences, when you go back and evaluate what is happening on the ground, there is no change. We ask: What would corporate Canada do? They

Mme Pape : Nous savons que c'est la marche à suivre, et je sais que nous avons établi cela ce matin. Histoire de ramener cela au processus d'échange des connaissances, c'est peut-être notre façon de combler l'écart entre les connaissances et les pratiques.

Le président : Y a-t-il quelqu'un au pays qui applique avec succès une stratégie de changement? Y a-t-il quelqu'un qui applique une telle stratégie?

M. Smith : Nous faisons cela, et c'est le sujet même de notre exposé. Nous examinons toutes nos activités du point de vue du changement organisationnel, mais nous n'en sommes qu'à nos premiers balbutiements. Nous évaluons le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire et nous tentons de changer les activités des omnipraticiens dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale au Yukon et dans deux régions de la Colombie-Britannique.

Le président : Lesquelles?

M. Smith : Kelowna et la Côte Nord. Le principal problème dans ce cas-là, c'est que les études donnent des résultats très clairs au sujet du dépistage et de l'intervention en matière de toxicomanie et de tabagisme, mais les omnipraticiens ne changent pas leurs pratiques. Nous tentons de déterminer quels facteurs pourraient faciliter le changement. Nous en sommes à l'étape de la collecte de données et de la rédaction d'un rapport.

Encore une fois, il s'agit d'envisager cela du point de vue des grandes sociétés qui utilisent notre recherche relative à la gestion du changement. Lorsqu'elles veulent changer quelque chose, elles établissent une stratégie de changement complète. Il est simplement question d'examiner le geste et le but escompté et d'établir sa stratégie en conséquence. Cela n'a rien de nouveau. De nombreuses études sur l'application des connaissances et sur l'échange des connaissances appuient cette approche à l'égard du changement. Nous en sommes venus à cette conclusion au fil de nos tribulations, à force de ne pas obtenir l'information nécessaire. Cela tient en partie au fait qu'il est encore nécessaire de mettre en commun ces renseignements exacts; ce n'est tout simplement pas suffisant, alors nous cherchons à déterminer quelle est l'étape suivante.

Le président : Comme quelqu'un l'a déjà signalé, on a constamment utilisé le mot « action » aujourd'hui. L'action, de par sa nature même, suppose un changement. Ainsi, la question suivante s'impose à l'esprit : comment peut-on agir si on ne peut convaincre personne d'apporter le changement? Comme vous l'avez dit, même s'ils savent que c'est la bonne chose à faire, ils ne le feront peut-être pas.

M. Smith : Les stratégies pour faire bouger les choses sont différentes lorsqu'on s'intéresse à l'information publique et à l'information sur les familles d'utilisateurs pour les praticiens. Une grande part de mon rôle consiste à changer les pratiques. Même lorsque nous avons des données probantes, pourquoi est-ce que la majorité des gens n'en tiennent pas compte? Même lorsque nous couchons des lignes directrices sur les pratiques exemplaires sur du papier lustré et nous tenons des conférences fantastiques, les

would use our research and organizational change to have a comprehensive change strategy targeted toward the goal and work backwards.

We do a lot of training in isolation on concurrent disorders. How many people have not had concurrent disorders training? Everyone has it, but people are saying it is not changing their practice.

Sometimes it is policy barriers. For example, we found that in one region physicians could only bill four sessions per patient for screening or identification of anything to do with addictions and mental health. The barrier there to making a change was more policy based. An intervention there would be very different than if their attitude were that this is not the right place to deal with addiction and mental health issues; that is a totally different strategy.

You look at identifying the barriers to the change you are trying to achieve and then work backwards with that. There is a lot of good evidence about how to address each individual specified barrier.

The Chairman: The corporate analogy only goes so far because ultimately in the corporate world management has the ability to force things. As I have discovered, regrettably, in the health care system, like the academic system, no one has the ability to force anything. You have to get it by persuasion; brute force will not work.

Mr. Smith: We are using the forensic system, which you said in your report was one of the best in Canada. It is one of the biggest in Canada, but the gaps between what we know we should be doing and what we are doing are still pretty significant.

A good example is again concurrent disorders. For the last two years, we have had a concurrent disorders initiative. Many people got training and there is a very nice plan. When I first looked at the plan when I moved to B.C., I thought it needed to be disseminated, because it was perfect. However, people came back from training frustrated because the policies do not support a change of practice. There may not be alignment in the hospital or in the leadership for making that change. There may be confusion about what they are to do differently after the training.

We have taken a new strategy, and that is where this enhanced conceptual model of knowledge exchange comes from. It comes from our lived experience.

This is an area in which we manage these beds and the six provincial clinics. If we are going to try to do this externally, let us demonstrate that we can have a comprehensive change strategy that supports this, and every step of the way we find

évaluations montrent que rien ne change sur le terrain. Nous nous demandons : que feraient les grandes sociétés du Canada? Elles utiliseraient notre recherche et nos changements organisationnels pour établir une stratégie du changement complète destinée à atteindre un but, et elles travailleraient à rebours.

Nous dispensons en isolement beaucoup de formation sur les troubles concomitants. Combien de personnes n'ont pas bénéficié d'une formation sur les troubles concomitants? Tout le monde l'a suivie, mais les gens disent que cela n'influe pas sur leur pratique.

Parfois, il y a des obstacles au chapitre des politiques. Par exemple, nous avons appris que dans une région en particulier les médecins ne pouvaient facturer que quatre séances par patient à des fins de dépistage ou de repérage de toute chose liée à la toxicomanie et à la santé mentale. Dans ce cas-là, l'obstacle au changement tenait davantage aux politiques. L'intervention dans cette région serait très différente de celle où les praticiens seraient d'avis que ce n'est pas la place pour se pencher sur des enjeux liés à la toxicomanie et à la santé mentale; c'est une stratégie totalement différente.

Il faut repérer les obstacles au changement qu'on tente de surmonter, puis travailler à rebours. Il y a beaucoup de recherches solides sur la façon de surmonter chaque obstacle repéré.

Le président : La comparaison avec les sociétés a ses limites, car, au bout du compte, les chefs d'entreprise ont la capacité de forcer les choses. Comme je l'ai constaté, à mon grand regret, dans le système de soins de santé, tout comme dans le système universitaire, personne n'a la capacité d'imposer quoi que ce soit. Il faut recourir à la persuasion, car la force brute ne fonctionnera pas.

M. Smith : Nous utilisons le régime médico-légal, et vous déclarez dans votre rapport qu'il s'agit de l'un des meilleurs au Canada. C'est l'un des plus gros au Canada, mais il y a encore des écarts assez importants entre ce que nous savons que nous devrions faire et ce que nous faisons.

Les troubles concomitants, encore une fois, constituent un bon exemple. Nous exécutons une initiative relative aux troubles concomitants depuis deux ans. De nombreuses personnes ont bénéficié d'une formation, et nous sommes dotés d'un très beau plan. La première fois que j'ai examiné le plan, à mon arrivée en Colombie-Britannique, je croyais qu'il fallait le diffuser, car il était parfait. Toutefois, les gens revenaient de la formation frustrés parce que les politiques ne soutiennent pas l'évolution de la pratique. L'hôpital ou ses dirigeants ne sont peut-être pas ouverts à ce changement. Il règne peut-être une certaine confusion quant à ce qu'ils doivent faire différemment après la formation.

Nous avons établi une nouvelle stratégie, et c'est de cette stratégie que provient ce modèle conceptuel amélioré d'échange des connaissances. Il découle de l'expérience que nous avons vécue.

C'est un domaine où nous gérons ces lits et les six cliniques provinciales. Si nous allons tenter de faire cela à l'externe, nous devons d'abord montrer qu'il est possible d'établir une stratégie de changement complète qui soutient une telle démarche,

barriers. Sometimes there are attitudinal barriers, so we go in with attitudinal interventions. Sometimes it is alignment of management, so we deal with that. We are looking to see whether, if you address all the specific areas, you can have a change of practice.

Brian Golden's work in terms of strategic alignment shows that, if any of those are missing, there will be failure for different reasons. If you have all the information, but you do not have resources, you have frustration. If you have everything in place but you have no strategic direction, you have confusion. We have articulation of all the different pathways to failure, but if you get all these pieces in place, can you make a difference? That is what we are looking at.

The Chairman: Mr. Coleridge, would you comment on the population health side of this?

Mr. Coleridge: It is very similar to what Mr. Smith is saying. We are trying to change attitudes and behaviours in the public, targeted separately at youth, seniors and a variety of populations in multicultural communities. You have to create the environments for attitude and behaviour change. You cannot just educate people and give them information and expect that that change will happen.

In schools, for example, you look at what policies in a school may be a barrier or a facilitator to changing a behaviour related to nutrition, tobacco or other issues. You must look at those kinds of barriers and facilitators and build your comprehensive strategy around, which usually includes education and information, changes in policy and other types of activities like peer groups among students and training the trainers.

There is a variety of things, but in order to determine what those activities, tactics or vehicles are, you must understand the context within which those young people are operating, living and playing. It is very similar, just in different contexts.

Ms. Pape: I am thinking of groups or individuals who want to change and do not know how.

That brings me back to Ms. Goering's idea of a place in a knowledge-exchange process where people can say, "Here is what we want to do." I can see an exciting process where they get taken to a certain point, but this is not exactly it, they want to do something in this line. It can be very complex and people can learn and grow, and they, or groups, have initiated it themselves. Does that fit, too?

Mr. Smith: If I could add to that. We find there are all kinds of categories. For some people, just having the information, because they are ready, was enough. It was similar to what we

et nous nous butons à des obstacles à chaque étape. Il s'agit parfois d'obstacles comportementaux, alors nous effectuons des interventions liées au comportement. Il s'agit parfois d'harmoniser la gestion, alors nous prenons les mesures qui s'imposent. Nous cherchons à déterminer s'il est possible de changer les pratiques si on prend des mesures à l'égard de tout problème.

Les travaux de Brian Golden relatifs à l'harmonisation stratégique montrent que l'absence de l'un de ces facteurs mènera à l'échec, pour diverses raisons. Si vous possédez toute l'information, mais n'avez pas de ressources, il y aura de la frustration. Si tout ce qu'il faut est en place, mais que vous n'avez aucune orientation stratégique, il régnera de la confusion. Nous connaissons les diverses façons d'échouer, mais si nous rassemblons tous les facteurs de réussite, peut-on changer les choses? C'est ce que nous tentons de déterminer.

Le président : Monsieur Coleridge, pourriez-vous commenter cela, du point de vue de la santé de la population?

M. Coleridge : C'est très comparable à ce que dit M. Smith. Nous tentons de changer les attitudes et les comportements du public à l'égard des jeunes, des aînés et d'une diversité de populations dans les collectivités multiculturelles. Il faut créer un environnement propice à l'évolution des attitudes et des comportements. On ne peut se contenter d'éduquer les gens et de leur fournir de l'information et s'attendre à ce que cela change les choses.

Dans les écoles, par exemple, on tente de cerner les politiques d'une école qui sont susceptibles d'inhiber ou de favoriser le changement d'un comportement lié à l'alimentation, au tabagisme ou à autre chose. Il faut examiner ce genre d'obstacles et de facteurs d'aide et articuler une stratégie complète autour de ces éléments, ce qui suppose habituellement des activités d'éducation et d'information, des changements à l'égard des politiques et d'autres types d'activités, comme l'établissement de groupes de pairs chez les étudiants et la formation destinée aux instructeurs.

Il y a une diversité de choses, mais pour déterminer quelles activités et tactiques et quels outils privilégier, il faut d'abord comprendre le contexte dans lequel ces jeunes gens évoluent, vivent et jouent. C'est très comparable, ce n'est que le contexte qui change.

Mme Pape : Je pense à des groupes de personnes qui veulent changer et qui ne savent pas comment procéder.

Cela me ramène à l'idée de Mme Goering concernant une place, dans le cadre d'un processus d'échange des connaissances, où les gens peuvent dire : « Voici ce que nous voulons faire. » J'imagine un processus dynamique dans le cadre duquel on les mène à un certain point, mais ce n'est pas tout à fait cela, ils veulent faire quelque chose qui ressemble à cela. Cela peut être très complexe, et les gens peuvent apprendre et s'épanouir, et les gens, des groupes de gens, ont amorcé le processus d'eux-mêmes. Y a-t-il une place pour cela aussi?

M. Smith : J'aimerais ajouter quelque chose à cela, si vous le permettez. Nous constatons qu'il y a toute une foule de catégories. Pour certaines personnes, le simple fait d'avoir de

know from our addictions work. There are different stages of change. Some people just need the new information and how their behaviour relates to the norm, and that is enough. Others need much more support through the process. It is very similar to changing practice on knowledge-exchange activities with clinicians and practitioners. You do find that different people and different groups need different things based on the Bridges model of change. If you have early adopters, you need to turn those into our champions.

It is looking at knowledge exchange from a changed management perspective. The great thing about it is that there is much literature to support how to do that in a systematic way.

Mr. Coleridge: I thought of a couple of other points around population health. There are some promising practices or lessons we can learn from other health areas, like cardiovascular disease prevention, and even in the tobacco area and a number of other areas, where policy and engaging and creating the environments to support attitude and behaviour change has had a population health impact.

Tobacco is a great example of where the research is in on best practice. We know that tobacco kills, and yet we still live and work in an environment where there are problems with that. Yes, policy change and educational programs have made a huge impact, but it is a great example of where research is clear and it is still happening. The biggest lever around the change we have seen, in terms of tobacco patterns, has to do with policy and not about educational and informational messages.

Ms. Goering: I do not want you to be too depressed.

The Chairman: I guess you are not supposed to get depressed at a mental health conference.

Ms. Goering: We do have many examples where people are implementing and changing things and doing best practices. We do tend to concentrate more on the failures than the successes. They are out there. We have learned a lot about how to do this.

SAMHSA has a whole program in the U.S. about how to implement best practices for the severely mentally ill. They have done a lot of research and they have a program of developing the tools that people need if they want a change. They have tool kits. The tool kits are around the following: What do the policy people need? What can consumers do? What does the provider need to

l'information suffisait, car elles étaient prêtes. C'était comparable à ce que nous avons appris dans le cadre de nos travaux sur la toxicomanie. Il y a divers stades de changement. Certaines personnes ont seulement besoin d'obtenir de nouveaux renseignements et de comprendre en quoi leur comportement se compare à la norme, et cela leur suffit. D'autres ont besoin d'un soutien beaucoup plus marqué tout au long du processus. Cela ressemble beaucoup aux démarches visant à changer les pratiques en matière d'échange des connaissances des cliniciens et des praticiens. On constate que les besoins varient d'une personne et d'un groupe à un autre, selon le modèle de changement mis de l'avant par Bridges. Si vous pouvez compter sur des personnes ouvertes aux changements, vous devez les utiliser comme porte-parole.

Il s'agit d'envisager l'échange des connaissances du point de vue de la gestion du changement. C'est fantastique, car il y a beaucoup de documentation qui explique comment faire cela de façon systématique.

M. Coleridge : Je viens de penser à d'autres points concernant la santé de la population. On peut tirer des leçons ou des pratiques prometteuses d'autres domaines liés à la santé, comme la prévention des maladies cardiovasculaires et même la lutte contre le tabagisme et un certain nombre d'autres domaines, où l'adoption de politiques, la mobilisation et la création d'environnements propices aux changements des attitudes et des comportements ont eu un impact sur la santé de la population.

La lutte contre le tabagisme est un exemple patent de l'avancement de la recherche liée aux pratiques exemplaires. Nous savons que le tabagisme tue, et pourtant nous continuons de vivre et de travailler dans un environnement où il y a des problèmes avec cela. L'établissement de nouvelles politiques et de programmes éducatifs a eu un impact énorme, certes, mais c'est un très bon exemple de situations où la recherche est claire et continue d'évoluer. Le principal levier du changement à l'égard du tabagisme concerne non pas les messages d'éducation et d'information, mais bien les politiques.

Mme Goering : Je ne veux pas que vous soyez trop déprimé.

Le président : Je suppose qu'on n'est pas censé être déprimé dans le cadre d'une conférence sur la santé mentale.

Mme Goering : Il y a effectivement de nombreux exemples de gens qui mettent en œuvre et changent des choses et misent sur des pratiques exemplaires. Nous avons tendance à nous attacher davantage aux échecs. Mais il y a des réussites. Nous avons appris beaucoup de choses sur la façon d'y parvenir.

Aux États-Unis, la SAMHSA est dotée d'un programme complet sur la façon de mettre en œuvre les pratiques exemplaires pour les personnes aux prises avec une maladie mentale grave. Les responsables ont fait beaucoup de recherche, et ils sont dotés d'un programme permettant de mettre au point les outils dont ont besoin les gens qui veulent changer les choses. Ils ont des trousseaux

know and do? They include educational things, summaries of the evidence; they include actual things that would help people make changes.

You could see how the knowledge-exchange function of the commission could be in the business of developing tools so that people who want to make a change in a particular area could actually go there, get the tools and have something to use. It could be more than tool kits.

There is also this concept of a rapid-response service, so that if people are looking for answers to questions, they actually call and talk to people who say to them, "If you are interested in that you should look at this New Brunswick program. You might want to check out this or do that." They craft a solution to the question in a quick and timely fashion and get it back to people.

I do not think we are at a loss for mechanisms. I still think it will be hard unless we decide in what areas or on what content it needs to be focused, because it would be anywhere and everywhere. There is a lot that we know that could make this work in terms of the functions.

The Chairman: I am taken by your notion that someone phones up. That is my Bluewater example, where someone phones up and says, "Do you know anywhere in the country that is doing good stuff with schools?" That is a useful function.

Your first point, though, seemed to suggest that you saw the commission actually developing tools as opposed to just putting out information about existing tools.

Ms. Goering: Yes.

The Chairman: I wanted to be clear. I had not thought about that function until now.

Dr. Lesage: Also on a more optimistic tone about change, we learned that change takes time. We need to have a long perspective. One example, again, is about smoking. Forty years ago, 50 per cent of the population was smoking; today the percentage of the population that smokes is 20 per cent. It takes time. You could say that there is a lot of evidence at all levels. We have repeated it over and over, but it is never ending. That is one point.

The second point is that it will have to be up to the commission, and whatever efforts in knowledge transfer, to make change happen more rapidly than it does, but it does happen in mental health.

You may remember that about 40 or 50 years ago we had a system of care for the mentally ill where the fixed point of responsibility was psychiatric hospitals. We have moved into a fixed point of responsibility being a form of community

d'outils. Les trousse d'outils s'articulent autour des questions suivantes : de quoi les artisans des politiques ont-ils besoin? Que peuvent faire les consommateurs? Qu'est-ce que le fournisseur doit savoir et faire? Elles contiennent du matériel d'information, des résumés de recherche; elles contiennent des choses qui pourraient vraiment aider les gens à apporter des changements.

Ainsi, la fonction de la commission au chapitre de l'échange des connaissances pourrait consister à mettre au point des outils afin que les gens qui veulent apporter des changements dans un domaine donné puissent s'adresser à la commission, obtenir les outils dont ils ont besoin et les utiliser. On pourrait aller au-delà des trousse d'outils.

Il y a également ce concept de service rapide grâce auquel des gens à la recherche d'information peuvent téléphoner et parler à des gens qui leur disent, par exemple : « Si cela vous intéresse, vous devriez peut-être jeter un coup d'œil à ce programme du Nouveau-Brunswick. Vous voudrez peut-être regarder ceci ou faire cela. » Les préposés façonnent une solution et répondent rapidement aux gens.

Je ne crois pas que nous manquons de mécanismes. Je crois toujours que la démarche sera difficile si nous ne décidons pas de nous attacher à tel domaine ou à tel contenu, car elle pourrait toucher à n'importe quoi et à tout. Nous savons beaucoup de choses sur la façon d'assurer l'efficacité des fonctions.

Le président : L'idée qu'une personne puisse téléphoner me plaît beaucoup. Cela correspond à mon exemple sur Bluewater, où une personne peut téléphoner et dire : « Savez-vous si on fait de bonnes chose dans les écoles ailleurs au pays? » C'est une fonction utile.

Toutefois, il semble que vous ayez d'abord laissé entendre que vous imaginez la commission concevoir des outils au lieu de se contenter de diffuser de l'information sur les outils existants.

Mme Goering : Oui.

Le président : Je voulais que ce soit clair. Je n'avais pas songé à cette fonction jusqu'à maintenant.

Le Dr Lesage : Sur une note plus optimiste, nous avons appris que le changement prend du temps. Nous devons adopter une perspective à long terme. Reprenons l'exemple du tabagisme. Il y a 40 ans, 50 p. 100 de la population fumaient; aujourd'hui, la proportion de la population qui fume est de 20 p. 100. Cela prend du temps. On pourrait dire qu'il y a beaucoup de preuves à tous les niveaux. Nous l'avons répété encore et encore, mais cela ne finit jamais. C'est mon premier point.

Mon deuxième point, c'est qu'il incombera à la commission — et à tout effort lié au transfert des connaissances — de veiller à ce que le changement ait lieu plus rapidement qu'à l'heure actuelle, mais cela se produit dans le domaine de la santé mentale.

Vous vous souviendrez peut-être du fait qu'il y a 40 ou 50 ans nous avions un système de soins pour les personnes atteintes de maladie mentale où le point de responsabilité fixe était l'hôpital psychiatrique. Nous sommes passés à un système où le point de

psychiatric care. More people were treated in the community than in the hospital.

We are now talking about moving the fixed point of responsibility to primary care. That is a big challenge. Many people fear that some people will fall between the cracks. That is likely to happen if not enough resources are made available.

At the same time, there is a situation where we have trains that arrive on time. That is, there are people in specialized services, for example, that do a marvellous job. There are model programs for young people with first-onset episodes of schizophrenia, for example. If my son were suffering from schizophrenia first onset, I would like him to go through that program, but I know it is not available everywhere. My colleagues running those programs say, yes, that is true. I would like this program to be available everywhere in the country. However, we are also in a situation where we are talking about taking away some resources from these programs to go to other important needs, for example, to support child care, et cetera. They ask, what will happen to those programs, the trains that arrive on time, at this point?

The Chairman: That is a big problem.

Senator Keon: I wish to intervene here. If our report can make an impact and we can develop a mental health system in Canada, that problem will be overcome.

When I started in cardiac care 30 years ago, we were doing a number of things at the Ottawa Heart Institute that were not being done anywhere else in Canada — 10 or 12 procedures. People had to come in from British Columbia, Newfoundland or wherever. I can tell you today that there is not a single thing that is not done across the country.

As well, with the integration of services, everybody knew where these quaternary services were available. There was national access, and with a very small intervention at the federal government level. As a matter of fact, they employ two people. They arrange the interprovincial transfer of funds so that no one is deprived of quaternary treatment in that discipline.

If you have an expert centre for the management of schizophrenia in one location, it may have to be enlarged or it may have to be duplicated or whatever, but with the appropriate integration of information through the very entity that we are talking about, this should be available to everybody in the country.

Ms. Pape: I wanted to add a specific example to the couple of examples Ms. Goering gave, the tool kit and telephone.

responsabilité fixe est une forme de soins psychiatriques communautaires. On traite plus de gens au sein de la collectivité que dans l'hôpital.

Nous parlons maintenant de faire des soins primaires le point de responsabilité fixe. C'est un gros défi. De nombreuses personnes craignent que des gens tombent entre les mailles du filet. Cela va probablement arriver si on n'affecte pas suffisamment de ressources.

Parallèlement, il y a une situation où les choses fonctionnent bien. Autrement dit, il y a des gens qui dispensent des services spécialisés, par exemple, et qui font un travail merveilleux. Il y a des programmes modèles destinés aux jeunes qui souffrent d'un premier épisode de schizophrénie, par exemple. Si mon fils souffrait d'un premier épisode de schizophrénie, j'aimerais qu'il ait accès à ce programme, mais je sais qu'il n'est pas offert partout. Mes collègues qui dirigent ces programmes me confirment que c'est vrai. J'aimerais que ce programme soit offert partout au pays. Toutefois, nous sommes également dans une situation où nous parlons d'enlever des ressources à ces programmes pour les réaffecter à d'autres besoins importants, comme le soutien pour la garde d'enfants, et cetera. Ils se demandent ce qu'il adviendra de ces programmes, de ces choses qui fonctionnent bien.

Le président : C'est un gros problème.

Le sénateur Keon : J'aimerais dire quelque chose maintenant. Si notre rapport a un impact et que nous pouvons mettre au point un système de soins de santé mentale au Canada, ce problème sera réglé.

Quand j'ai commencé dans le domaine des soins cardiaques il y a 30 ans, nous faisons à l'Institut de cardiologie d'Ottawa un certain nombre de choses qu'on ne faisait pas ailleurs au Canada — 10 ou 12 procédures. Les gens devraient venir de la Colombie-Britannique, de Terre-Neuve ou d'ailleurs. Je peux vous dire aujourd'hui que toutes les procédures sont effectuées à l'échelle du pays.

De même, avec l'intégration des services, tout le monde savait où ces services quaternaires étaient offerts. Il y avait un accès national, et l'intervention du gouvernement fédéral était très modeste. D'ailleurs, il emploie deux personnes. Ces deux personnes assurent le transfert interprovincial de fonds afin que personne ne soit privé de traitements quaternaires dans cette discipline.

Si vous avez un centre d'expert pour la prise en charge de la schizophrénie à un endroit donné, il faudra peut-être l'agrandir ou le reproduire ailleurs, ou autre chose, mais avec une intégration appropriée de l'information par l'entremise de l'entité dont nous parlons, cela devrait être mis à la disposition de tout le monde au pays.

Mme Pape : J'aimerais ajouter un exemple particulier à ceux qu'a présentés Mme Goering, la trousse d'outils et le service téléphonique.

Ms. Goering: It is called rapid response.

Ms. Pape: The Hincks-Dellcrest Institute is involved in a project — I am now associated with it — developing a Web-based resource for elementary teachers whereby they could identify a behaviour they see in the classroom that is troubling them. They might see a child that seems isolated or is crying all the time. The institute will put up bits of information from experts on the website so that people providing a simple description of the behaviour can have access to websites that can provide some answers. The access is designed to ask questions to take someone through the hoops and hurdles associated with finding the answers. Those answers might not be specific, but they can help to direct toward appropriate action. That is another way the web can respond to the need.

I am not saying that we should do this for the knowledge exchange centre, but a website can respond to questions generated by individuals or groups.

Mr. Block: When we talk about changed behaviour, one great influence is opinion leaders in their field. I can look around this table and see Ms. Goering, among other, who would have great influence over their peers across the country. If we could establish chairs in this area of knowledge exchange and then tightly align the program with this knowledge exchange centre, it would go a long way in influencing folks in changing their practices.

The Chairman: Are there other comments?

Dr. Lesage: I will speak to Senator Keon's comment that perhaps the geographical focus of the commission would be at both the federal and the provincial levels and to look for all the stakeholders at that level. That would include the decision makers, national or provincial organizations of providers of community and voluntary organizations. I would suggest that it include the media, research chairs and provincial and university research grant agencies. That would remain at the provincial level and would not necessarily move to the regional level because there would be so many people, although you talked about the media reaching all Canadians across the country. That would best be done with groups of Canadians rather than individuals. Other levels could have that role.

The Chairman: The idea of the commission was never that it would be a federal organization. In fact, it has been deliberately structured such that no single, special interest group, including government, would control it. The extent to which it goes down to the local community level will depend in part on where the demand originates. I would not rule that out. This is not a jurisdictional issue. It is interesting that every government of every political stripe across the country has not seen this as either a federal-provincial issue or as a jurisdictional issue. That simply

Mme Goering : J'ai parlé d'un service téléphonique rapide.

Mme Pape : L'Institut Hincks-Dellcrest prend part à un projet — auquel je suis maintenant liée — qui vise à offrir sur le Web une ressource permettant aux enseignants de l'école primaire d'identifier un comportement qu'ils voient en classe et qui les trouble. Il peut s'agir d'un enfant qui semble isolé ou qui pleure tout le temps. L'institut affichera sur le site Web des renseignements fournis par des experts afin que les gens qui fournissent une brève description du comportement puissent avoir accès à des sites susceptibles de fournir des réponses. L'accès est conçu de façon à ce qu'on pose les questions nécessaires pour guider une personne tout au long du processus visant à trouver des réponses. Ces réponses ne seront peut-être pas spécifiques, mais elles peuvent aider à orienter vers des mesures appropriées. C'est une autre façon d'utiliser le Web pour combler le besoin.

Je ne dis pas que nous devrions faire cela pour le centre d'échange des connaissances, mais un site Web peut répondre aux questions générées par les particuliers ou les groupes.

M. Block : Lorsque nous parlons de changer les comportements, les leaders d'opinion d'un domaine donné peuvent exercer une grande influence. Je peux regarder autour de cette table et je vois des gens comme Mme Goering qui exerceraient une grande influence sur leurs pairs partout au pays. Si nous pouvions établir des chaires de recherche dans ce domaine de l'échange de connaissances et ensuite harmoniser de façon très serrée le programme avec ce centre d'échange des connaissances, nous pourrions aller loin pour ce qui est d'influencer les gens et de les inciter à changer leurs pratiques.

Le président : Y a-t-il d'autres commentaires?

Le Dr Lesage : Je vais répondre au commentaire du sénateur Keon selon lequel l'orientation géographique de la commission serait peut-être à la fois aux échelons fédéral et provincial, et qu'il faut pressentir tous les intervenants à ces échelons. Cela comprendrait les décideurs, les organismes nationaux ou provinciaux regroupant des organismes de service communautaires et bénévoles. Je suggère que cela comprenne également les médias, les chaires de recherche et les organismes provinciaux et universitaires de subventions à la recherche. Cela demeurerait à l'échelon provincial et ne toucherait pas nécessairement l'échelon régional, car il y aurait tellement de gens, même si vous avez parlé des médias, qui s'adressent à tous les Canadiens. Une telle démarche serait exécutée plus efficacement par des groupes de Canadiens que par des particuliers. D'autres échelons pourraient jouer ce rôle.

Le président : Il n'a jamais été question de faire de la commission un organisme fédéral. De fait, on l'a délibérément structuré de façon à ce qu'il ne soit soumis au contrôle d'aucun groupe d'intérêt particulier, y compris le gouvernement. La mesure dans laquelle l'échelon communautaire local sera sollicité tiendra en partie aux origines de la demande. Je n'éliminerai pas cette possibilité. Ce n'est pas une question de compétence. Il est intéressant de constater que tous les gouvernements au pays, quelles que soient leurs allégeances politiques n'ont pas perçu

speaks to the fact that they recognize that, first, they have a problem and, second, they would be willing to say that they should not have allowed it to become so bad. I am happy to pray for that.

Are there other issues to be discussed today?

Dr. Manion: Regardless of where it finally lands, the issue of proper resourcing for the activity and sustaining resourcing for the activity is critical. As the commission comes to be, because I believe, Mr. Chairman, that you will not let it be otherwise, this must be imbedded in its core budget from the outset.

The Chairman: Agreed.

Dr. Manion: There is a lot of wisdom around the table from those who have done things that have both worked and not worked and know what some of those real costs might be.

The Chairman: I agree. Are there comments?

Mr. Upshall: I keep coming back to the same thing: None of this will be of any use unless we get the commission up and running. Is there some utility in engaging in a modest discussion about what we can do to move it forward? Are the wheels moving in a way that we can anticipate it being up and running by the end of the year, with appropriate funding?

The Chairman: I can only say — although Senator Keon might have a different view — that the pressure is being applied at the only places where the pressure matters. My experience thus far has been that I cannot find anyone who is against it. I can find many people who are in favour of it, both bureaucratically and at the ministerial level. This kind of process must run its course through October and November. My gut tells me that if there were much opposition to it building somewhere one of the two of us would have picked up that sense. Is that a fair summary?

Senator Keon: We must remember that this is a government commitment. The Prime Minister and the Minister of Health have committed to it, but there is big money involved. Senator Kirby can tell you about that better than I can because he was in the trenches for a number of years, so this requires a massage to get it through finance. However, in principle, I do not think there is any doubt about it.

The Chairman: We have recruited the necessary people and I think it comes down to the process; however, we will keep pushing until we get a formal decision.

Mr. Upshall: I have been following the Canadian Strategy for Cancer Control, the bill for which is \$276 million, and, as you know, the cheque is almost written. I have received

cette démarche comme une question fédérale-provinciale ou comme une question de compétence. Cela tient tout simplement au fait qu'ils reconnaissent, dans un premier temps, qu'ils ont un problème et, dans un deuxième temps, qu'ils seraient disposés à dire qu'ils n'auraient pas dû laisser les choses s'aggraver à ce point. Je suis heureux de prier pour cela.

Y a-t-il d'autres enjeux à débattre aujourd'hui?

M. Manion : Quel que soit l'échelon où on finit par établir la commission, la question de l'affectation de ressources convenables pour l'activité et du maintien des ressources pour l'activité est cruciale. Lorsque la commission sera établie — car je crois, monsieur le président, que vous ne laisserez pas les choses se faire autrement —, il faut que cet aspect soit enchâssé d'emblée dans le budget de base de la commission.

Le président : Je suis d'accord.

M. Manion : Il y a à notre table beaucoup de gens sages qui ont fait des choses qui ont fonctionné et qui n'ont pas fonctionné et qui ont une bonne idée des coûts réels que cela va occasionner.

Le président : Je suis d'accord. Y a-t-il des commentaires?

M. Upshall : Je reviens toujours à la même chose : rien de tout cela ne sera utile si nous ne mettons pas la commission sur pied. Y a-t-il une utilité quelconque à discuter modestement de ce que nous pouvons faire pour qu'elle aille de l'avant? Le processus est-il amorcé de façon à ce que nous puissions anticiper le lancement des activités de la commission d'ici la fin de l'année, avec un financement approprié?

Le président : Tout ce que je peux dire — bien que le sénateur Keon ait peut-être un point de vue différent —, c'est que nous appliquons la pression aux seuls endroits où ça compte. Jusqu'à maintenant, je n'ai trouvé personne qui s'oppose à cette initiative. Je peux trouver des gens qui sont en faveur de cette initiative, à l'échelon tant administratif que ministériel. Ce genre de processus doit se poursuivre en octobre et en novembre. Mon instinct me dit que si quelqu'un voulait faire opposition à notre démarche, l'un de nous deux l'aurait senti. Est-il raisonnable d'affirmer cela?

Le sénateur Keon : Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un engagement gouvernemental. Le premier ministre et le ministre de la Santé ont pris un engagement à l'égard de cette démarche, mais il y a beaucoup d'argent en jeu. Le sénateur Kirby peut vous le dire mieux que moi, car il a été dans les tranchées pendant un certain nombre d'années, alors il faudra faire un effort pour expliquer le bien-fondé de l'initiative aux Finances. Mais, en principe, je ne crois pas qu'il y ait de doute à ce sujet.

Le président : Nous avons recruté les gens qu'il fallait, et je crois qu'il faut s'en remettre au processus; toutefois, nous continuerons d'exercer des pressions jusqu'à ce qu'une décision officielle soit prise.

M. Upshall : Je suis de près la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, dont la facture totale est de 276 millions de dollars, et, comme vous le savez, le chèque est presque signé. On

some indications that once the strategy is through and the vehicle is identified, it will move forward. The next step will be to model the commission on the cancer strategy vehicle.

The Chairman: I do not know what the cancer strategy vehicle is.

Mr. Upshall: Basically, it is similar to the mental health commission but larger and with a whole lot more money. It is an independent body managed by the cancer community. The \$276 million is a little more than the \$50 million we need to get things going.

My other frequent comment is this: Let us get the commission going and the research funding set aside, \$50 million per year, and then let us have a debate on the basket of services.

The Chairman: On the transition, yes.

Senator Keon: Again, I do not think there is any secret. The commission is a \$75-million deal. If someone had \$25 million sitting in their desk drawer, the commission would be up and running.

The Chairman: Are there other issues?

Ms. Kidder: I had hoped to hear more about the anti-stigma campaign. The chair mentioned at the beginning that he would talk about the anti-stigma campaign as well as the knowledge-based campaign.

The Chairman: No, I said something slightly different. The committee wanted to have a round table meeting and then prepare a good background document. Then, we would have a similar event built around understanding and developing a background document that we could give on the anti-stigma campaign. Mr. Upshall is running a conference in the first week of October. An outcome of that will be a similar document for the anti-stigma campaign. That is part of mental health week, and other parts include the mental health champions lunch that those organizations do annually.

Mr. Upshall: We also have the launch of the new report on the face of mental illness in Canada.

The Chairman: There is a great deal happening during mental health week. Does anyone wish to add something?

Ms. Goering: We have talked a lot about the fact that, as soon as the focus is decided, there needs to be some sort of inventory or gap analysis. The people at this table probably know where the key websites and resources are that you

m'a donné à croire que la stratégie ira de l'avant lorsqu'elle sera bien établie et que le mécanisme aura été déterminé. L'étape suivante consistera à concevoir la commission à la lumière du mécanisme adopté dans le cadre de la stratégie de lutte contre le cancer.

Le président : J'ignore quel mécanisme on a adopté dans le cadre de la stratégie de lutte contre le cancer.

M. Upshall : Il s'agit essentiellement d'un organe similaire à la commission de la santé mentale qui serait de plus grande envergure et qui disposerait de beaucoup plus d'argent. Il s'agit d'un organisme autonome géré par le milieu de la lutte contre le cancer. Cette somme de 276 millions de dollars est bien supérieure aux 50 millions de dollars dont nous avons besoin pour faire démarrer les choses.

L'autre commentaire que je formule souvent est le suivant : commençons par lancer les activités de la commission et par mettre de côté des fonds pour la recherche, soit 50 millions de dollars par année, et ensuite nous pourrions lancer un débat sur l'éventail de services.

Le président : Pendant la transition, oui.

Le sénateur Keon : Encore une fois, je ne crois pas que ce soit un secret. La commission a besoin de 75 millions de dollars. Si quelqu'un avait 25 millions de dollars qui dorment au fond d'un tiroir, la commission serait déjà en place.

Le président : Y a-t-il d'autres questions?

Mme Kidder : J'aurais aimé en entendre davantage au sujet de la campagne de lutte contre la stigmatisation. Le président a mentionné, au début de la séance, qu'il parlerait de la campagne de lutte contre la stigmatisation et de la campagne fondée sur les connaissances.

Le président : Non, ce que j'ai dit était légèrement différent. Le comité voulait tenir une table ronde et préparer un bon document d'information. Ensuite, nous organiserions un événement similaire axé sur la compréhension et l'élaboration d'un document d'information sur la campagne de lutte contre la stigmatisation. M. Upshall tiendra une conférence au cours de la première semaine d'octobre. Cette conférence mènera à l'élaboration d'un document similaire pour la campagne de lutte contre la stigmatisation. Cela s'inscrit dans la semaine de la santé mentale, au cours de laquelle se tiendra, entre autres, le dîner des champions de la santé mentale que ces organismes tiennent chaque année.

M. Upshall : Nous allons également procéder au lancement du nouveau rapport sur le visage de la santé mentale au Canada.

Le président : Il se passe beaucoup de choses pendant la semaine de la santé mentale. Quelqu'un a-t-il quelque chose à ajouter?

Mme Goering : Nous avons beaucoup parlé de l'importance de dresser un inventaire ou d'effectuer une analyse des écarts lorsqu'on aura établi l'orientation de la commission. Les personnes ici présentes savent probablement où se trouvent les

should start with. It might be worthwhile for each to put down the top five and send them to you.

The Chairman: That is a perfect lead-in, because one of the things I was going to say at the end was that, as all of you go back on planes to various places, there will be things that will suddenly cross your mind that you wish you had said or that you want to amplify, so please just send them to us.

Apropos of that specific point, many of you talked about a lot of websites and a lot of pieces of information. To the extent you can direct us to those, please send them to us as well. They would be really helpful, and it saves us having to go out and find them on our own. You have already done the search, so we might as well save ourselves the time and effort of doing it again.

On behalf of my colleagues, let me thank all of you for attending here. I know some of you came a long way. This has been really helpful, in that if the commission is done, we will be able to give a much better road map to them, including a much better indication of the pitfalls to avoid and the people to contact.

The one mistake you did make in coming today is that we have a tendency to seek free help all the time from people who we think are smart and who know something. Do not think this will be your one and only contribution; the odds are that we will be back at you again in the next little while.

The committee adjourned.

ressources et les sites Web clés qu'on devrait d'abord consulter. Il serait peut-être utile que chaque personne vous soumette une liste des cinq premières ressources qui leur viennent à l'idée.

Le président : C'est tout à fait à propos, car j'allais justement dire, en terminant, que, lorsque vous monterez à bord d'un avion pour aller à divers endroits, vous penserez soudainement à des choses que vous auriez aimé soulever ou que vous auriez voulu décrire de façon plus détaillée, alors je vous invite à nous faire parvenir toute cette information.

Concernant ce point en particulier, nombre d'entre vous avez mentionné un grand nombre de sites Web et d'éléments d'information. Si vous êtes en mesure de nous orienter vers ces choses, je vous invite à le faire également. Cela nous serait très utile, et nous n'aurons donc pas à les chercher nous-mêmes. Puisque vous avez déjà effectué les recherches, il n'y a pas lieu pour nous de consacrer du temps et de l'effort à le faire de nouveau.

Au nom de mes collègues, permettez-moi de vous remercier d'être ici. Je sais que certains d'entre vous viennent de loin. La séance d'aujourd'hui s'est révélée très utile, car si le projet de commission se concrétise, nous serons en mesure de leur donner un meilleur plan d'action, y compris une meilleure idée des écueils à éviter et des gens avec lesquels il faudrait communiquer.

La seule erreur que vous avez commise en venant aujourd'hui, c'est que nous avons tendance à demander constamment de l'aide gratuite à des gens que nous estimons intelligents et avisés. N'allez pas croire qu'il s'agit de votre seule et dernière contribution, car il y a fort à parier que nous communiquerons avec vous de nouveau.

La séance est levée.

BC Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange:

Patrick Smith, Senior Advisor;

Peter Coleridge, Senior Advisor.

As an individual:

Bonnie Pape.

Hospital for Sick Children:

Ross Hetherington, Director, About Kids Health.

Canadian Health Services — Research Foundation:

Irving Gold, Director of Knowledge Transfer and Exchange.

National Network for Mental Health:

Constance McKnight, National Executive Director.

BC Mental Health and Addiction Services — Centre for Research and Knowledge Exchange :

Dr Patrick Smith, conseiller principal;

Peter Coleridge, conseiller principal.

À titre personnel :

Bonnie Pape.

Hospital for Sick Children :

Ross Hetherington, directeur, About Kids Health.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Irving Gold, directeur, Centre d'échange des connaissances.

Réseau national pour la santé mentale :

Constance McKnight, directrice exécutive nationale.



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

Canadian Institutes of Health Research:

Barbara Beckett, Associate Director.

Centre for Addiction and Mental Health:

Paula Goering, Director, Health Systems Research and Consulting Unit.

The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology:

Dr. Alain Lesage, Past President.

Alberta Mental Health Board:

Ray Block, CEO.

Provincial Centre for Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO:

Dr. Ian Manion, Psychologist;

Karen Kidder, Manager.

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, National Executive Director.

University of Victoria:

Dan Reist, Expert in Knowledge Translation, BC Centre for Addiction Research.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Instituts de recherche en santé du Canada :

Barbara Beckett, directrice associée;

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Paula Goering, directrice, Recherche des systèmes de santé et Unité de consultation.

Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique :

Dr Alain Lesage, président sortant.

Conseil de la santé mentale de l'Alberta :

Ray Block, directeur général.

Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados :

Ian Manion, psychologue;

Karen Kidder, gestionnaire.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale :

Phil Upshall, directeur exécutif national.

Université de Victoria :

Dan Reist, spécialiste de l'application des connaissances, BC Centre for Addiction Research.

(Suite à la page précédente)