SENATE SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17-18

Proceedings of the Standing Senate Committee on

SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

Chair:

The Honourable CHANTAL PETITCLERC

Thursday, October 4, 2018
Wednesday, October 17, 2018
Thursday, October 18, 2018

Issue No. 47

Consideration of a draft agenda (future business)

Second meeting:

Election of the chair

Thirteenth and fourteenth meetings:

Examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally

INCLUDING:
THE TWENTY-SIXTH REPORT OF THE COMMITTEE
(*Breaking Down Barriers: A critical analysis of the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan*)
THE TWENTY-SEVENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(*The Shame is Ours - Forced Adoptions of the Babies of Unmarried Mothers in Post-war Canada*)

WITNESSES:
(*See back cover*)

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017-2018

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Présidente :

L'honorable CHANTAL PETITCLERC

Le jeudi 4 octobre 2018
Le mercredi 17 octobre 2018
Le jeudi 18 octobre 2018

Fascicule nº 47

Étude d'un projet d'ordre du jour (travaux futurs)

Deuxième réunion :

Élection à la présidence

Treizième et quatorzième réunions :

Examiner, pour en faire rapport, les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général

Y COMPRIS :
LE VINGT-SIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(*Éliminer les obstacles : Analyse critique du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et le Régime enregistré d'épargne-invalidité*)
LE VINGT-SEPTIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(*Honte à nous - L'adoption forcée des enfants nés d'une mère célibataire pendant la période d'après-guerre au Canada*)

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

54272-54286-54299

STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Chantal Petitclerc, *Chair*

The Honourable Judith G. Seidman, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Cordy
Dasko
* Day
(or Mercer)
Doyle
Eaton
* Harder, P.C.
(or Bellemare)
(or Mitchell)
Manning
Mégie
Munson
Omidvar
Poirier
Ravalia
* Smith
(or Martin)
* Woo
(or Saint-Germain)

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 12-5 and to the order of the Senate of November 7, 2017, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Ravalia was added to the membership (*October 5, 2018*).

The Honourable Senator Dasko was added to the membership (*October 5, 2018*).

The Honourable Senator Dean was removed from the membership of the committee, substitution pending (*October 5, 2018*).

The Honourable Senator Bernard was removed from the membership of the committee, substitution pending (*October 5, 2018*).

The Honourable Senator Bernard replaced the Honourable Senator Dasko (*October 5, 2018*).

The Honourable Senator Dasko replaced the Honourable Senator Bernard (*October 4, 2018*).

The Honourable Senator Eaton was added to the membership (*October 3, 2018*).

The Honourable Senator Doyle replaced the Honourable Senator Plett (*October 3, 2018*).

The Honourable Senator Cordy was added to the membership (*September 27, 2018*).

The Honourable Senator Stewart Olsen was removed from the membership of the committee, substitution pending (*September 13, 2018*).

The Honourable Senator Bernard replaced the Honourable Senator Deacon (Ontario) (*June 14, 2018*).

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

Présidente : L'honorable Chantal Petitclerc

Vice-présidente : L'honorable Judith G. Seidman

et

Les honorables sénateurs :

Cordy
Dasko
* Day
(ou Mercer)
Doyle
Eaton
* Harder, C.P.
(ou Bellemare)
(ou Mitchell)
Manning
Mégie
Munson
Omidvar
Poirier
Ravalia
* Smith
(ou Martin)
* Woo
(ou Saint-Germain)

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 12-5 du Règlement et à l'ordre adopté par le Sénat le 7 novembre 2017, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Ravalia a été ajouté à la liste des membres du comité (*le 5 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Dasko a été ajoutée à la liste des membres du comité (*le 5 octobre 2018*).

L'honorable sénateur Dean a été retiré de la liste des membres du comité, remplacement à venir (*le 5 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Bernard a été retirée de la liste des membres du comité, remplacement à venir (*le 5 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Bernard a remplacé l'honorable sénatrice Dasko (*le 5 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Dasko a remplacé l'honorable sénatrice Bernard (*le 4 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Eaton a été ajoutée à la liste des membres du comité (*le 3 octobre 2018*).

L'honorable sénateur Doyle a remplacé l'honorable sénateur Plett (*le 3 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Cordy a été ajoutée à la liste des membres du comité (*le 27 septembre 2018*).

L'honorable sénatrice Stewart Olsen a été retirée de la liste des membres du comité, remplacement à venir (*le 13 septembre 2018*).

L'honorable sénatrice Bernard a remplacé l'honorable sénatrice Deacon (Ontario) (*le 14 juin 2018*).

Published by the Senate of Canada
Available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada
Disponible sur internet : http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, October 4, 2018
(109)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m., in room 2, Victoria Building.

Members of the committee present: The Honourable Senators Dasko, Dean, Eaton, Mégie, Munson, Omidvar, Petitclerc, Poirier and Seidman (9).

Other senator present: The Honourable Senator Ravalia (1).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to rule 12-13, the clerk of the committee presided over the election of the chair.

The Honourable Senator Seidman moved:

> That the Honourable Senator Petitclerc do take the chair of this committee.

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

The Honourable Senator Petitclerc took the chair.

It was agreed:

> That the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the chair, the deputy chair and one other member of the committee, to be designated after usual consultation; and
>
> That the subcommittee be empowered to make decisions on behalf of the committee with respect to its agenda, to invite witnesses and to schedule hearings.

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

At 10:38 a.m., pursuant to rule 12-16(1)d), the committee resumed in camera to consider a draft agenda (future business).

It was agreed that senator's staff be permitted to remain in the room for the in camera portion of the meeting.

The committee discussed a draft agenda (future business).

At 11:03 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 4 octobre 2018
(109)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria.

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Dasko, Dean, Eaton, Mégie, Munson, Omidvar, Petitclerc, Poirier et Seidman (9).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Ravalia (1).

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'article 12-13 du Règlement, la greffière du comité préside à l'élection à la présidence.

L'honorable sénatrice Seidman propose :

> Que l'honorable sénatrice Petitclerc soit élue présidente du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénatrice Petitclerc occupe le fauteuil.

Il est convenu :

> Que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose de la présidente, de la vice-présidente et d'un autre membre du comité désigné après les consultations d'usage; et
>
> Que le sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 10 h 38, conformément à l'article 12-16(1)d) du Règlement, la séance se poursuit la séance à huis clos afin que le comité étudie un projet d'ordre du jour (travaux futurs).

Il est convenu que le personnel des sénateurs puisse demeurer dans la pièce pendant que le comité siège à huis clos.

Le comité discute d'un projet d'ordre du jour (travaux futurs).

À 11 h 3, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Shaila Anwar

Clerk of the Committee

OTTAWA, Wednesday, October 17, 2018
(110)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Chantal Petitclerc, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Dasko, Mégie, Munson, Omidvar, Petitclerc, Ravalia and Seidman (7).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, December 14, 2017, the committee continued its study on issues relating to social affairs, science and technology generally. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 35.*)

Topic: Study on Child and Youth Mental Health

WITNESSES:

Centre for Addiction and Mental Health:

Joanna Henderson, Representative, Executive Director, Youth Wellness Hubs Ontario (by video conference).

Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry:

Dr. Sophia Hrycko, Past President.

Canadian Association of Paediatric Health Centres:

Dr. Sandra Fisman, Professor.

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Chris Wilkes, Professor.

The chair made an opening statement.

Ms. Henderson and Dr. Hrycko each made a statement and answered questions.

At 5 p.m., the committee suspended.

At 5:50 p.m., the committee resumed.

Dr. Fisman and Dr. Wilkes each made a statement and answered questions.

At 6:30 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, le mercredi 17 octobre 2018
(110)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Chantal Petitclerc (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Dasko, Mégie, Munson, Omidvar, Petitclerc, Ravalia et Seidman (7).

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 14 décembre 2017, le comité poursuit son étude sur les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule nº 35 des délibérations du comité.*)

Sujet : Étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents

TÉMOINS :

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Joanna Henderson, représentante, directrice générale, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (par vidéoconférence).

Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

Dre Sophia Hrycko, ancienne présidente.

Association canadienne des centres de santé pédiatrique :

Dre Sandra Fisman, professeure.

Association des psychiatres du Canada :

Dr Chris Wilkes, professeur.

La présidente ouvre la séance.

Mme Henderson et la Dre Hrycko font chacune une déclaration et répondent aux questions.

À 17 heures, la séance est suspendue.

À 17 h 50, la séance reprend.

La Dre Fisman et le Dr Wilkes font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 30, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Thursday, October 18, 2018
(111)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Chantal Petitclerc, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Dasko, Eaton, Manning, Mégie, Munson, Omidvar, Petitclerc, Ravalia and Seidman (9).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, December 14, 2017, the committee continued its study on issues relating to social affairs, science and technology generally. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 35.*)

Topic: Study on Child and Youth Mental Health

WITNESSES:

Canadian Centre for Gender and Sexual Diversity:

Calla Barnett, President.

Canadian Psychological Association:

Karen Cohen, Chief Executive Officer.

Canadian Mental Health Association:

Patrick Smith, National Chief Executive Officer.

HealthCareCAN:

Zul Merali, Representative, President and CEO, The Royal's Institute of Mental Health Research.

The chair made a statement.

Ms. Cohen and Ms. Barnett each made a statement and answered questions.

At 11:34 a.m., the committee suspended.

At 11:39 a.m., the committee resumed.

Mr. Merali and Mr. Smith each made a statement and answered questions.

At 12:29 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 18 octobre 2018
(111)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Chantal Petitclerc (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Dasko, Eaton, Manning, Mégie, Munson, Omidvar, Petitclerc, Ravalia et Seidman (9).

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 14 décembre 2017, le comité poursuit son étude sur les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 35 des délibérations du comité.*)

Sujet : Étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents

TÉMOINS :

Centre canadien de la diversité des genres et de la sexualité :

Calla Barnett, présidente.

Société canadienne de psychologie :

Karen Cohen, chef de la direction.

Association canadienne pour la santé mentale :

Patrick Smith, chef de la direction national.

SoinsSantéCAN :

Zul Merali, représentant, président et chef de la direction, Institut de recherche en santé mentale du Royal.

La présidente fait une déclaration.

Mme Cohen et Mme Barnett font chacune une déclaration et répondent aux questions.

À 11 h 34, la séance est suspendue.

À 11 h 39, la séance reprend.

M. Merali et M. Smith font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 12 h 29, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

Le greffier suppléant du comité,

Daniel Charbonneau

Acting Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Wednesday, June 27, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

TWENTY-SIXTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, December 14, 2017 to examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally, now tables an interim report entitled: *Breaking Down Barriers: A critical analysis of the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan*.

Respectfully submitted,

Thursday, July 19, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

TWENTY-SEVENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, December 14, 2017 to examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally, now tables an interim report entitled: *The Shame is Ours - Forced Adoptions of the Babies of Unmarried Mothers in Post-war Canada*.

Respectfully submitted,

RAPPORTS DU COMITÉ

Le mercredi 27 juin 2018

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

VINGT-SIXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 14 décembre 2017 à examiner pour en faire rapport sur les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général, dépose maintenant un rapport intérimaire intitulé : *Éliminer les obstacles : Analyse critique du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et le Régime enregistré d'épargne-invalidité*.

Respectueusement soumis,

Le jeudi 19 juillet 2018

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

VINGT-SEPTIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 14 décembre 2017 à examiner pour en faire rapport sur les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général, dépose maintenant un rapport intérimaire intitulé : *Honte à nous - L'adoption forcée des enfants nés d'une mère célibataire pendant la période d'après-guerre au Canada*.

Respectueusement soumis,

Le président,

ART EGGLETON

Chair

(*Text of the report appears following the evidence.*)

(*Le texte du rapport paraît après les témoignages.*)

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, October 4, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m. for the election of the chair.

[*English*]

Shaila Anwar, Clerk of the Committee: Honourable senators, I would like to inform you that there is a vacancy in the chair. As clerk of the committee, it is my duty to preside over the election of a chair.

[*Translation*]

I'm prepared to hear a motion to that effect.

[*English*]

Senator Seidman: I would like to nominate Senator Petitclerc to be chair of this committee.

[*Translation*]

Ms. Anwar: The Honourable Senator Seidman moves that the Honourable Senator Petitclerc be chair of this committee.

[*English*]

Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Ms. Anwar: I declare the motion carried.

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Honourable colleagues, first, I move that the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the chair, the vice-chair, and one other member of the committee to be designated after the usual consultation. I further move that the subcommittee be empowered to make decisions on behalf of the committee with respect to its agenda, to invite witnesses, and to schedule hearings. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Accordingly, the motion is adopted.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 4 octobre 2018

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, pour l'élection à la présidence.

[*Traduction*]

Shaila Anwar, greffière du comité : Honorables sénateurs, je vous annonce que le fauteuil du président est vacant. En tant que greffière du comité, j'ai le devoir de présider à l'élection du président.

[*Français*]

Je suis prête à recevoir une motion à cet effet.

[*Traduction*]

La sénatrice Seidman : Je propose que la sénatrice Petitclerc soit nommée présidente du comité.

[*Français*]

Mme Anwar : L'honorable sénatrice Seidman propose que l'honorable sénatrice Petitclerc soit nommée présidente de ce comité.

[*Traduction*]

Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Mme Anwar : Je déclare la motion adoptée.

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

La présidente : Honorables collègues, avant toute chose, je propose que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose du président, du vice-président et d'un autre membre du comité qui sera désigné après les consultations d'usage. Je propose également que le sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des réunions. Consentez-vous, honorables sénateurs, à adopter cette motion?

Des voix : Oui.

La présidente : La motion est donc adoptée.

[*English*]

Honourable senators, it is a great pleasure and privilege to be embarking in this new role as Chair of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

I want to thank and recognize our dear past chair, Senator Art Eggleton, who retired a few days ago and who we miss already, as well as his predecessor, Kelvin Ogilvie. Both of them have been the driving force behind the excellent work of this committee since 2006. They both welcomed me when I was first appointed as a new senator in this committee. They have inspired me and advised me, and I am committed to keeping their very high standard of excellence and professionalism.

I also want to thank you, honourable colleagues, for the trust that you have put in me. I assure you that I take this responsibility to heart. I'm very excited and look forward to working with each of you in continuing the great and very important work that we do on this committee.

Senator Seidman: I congratulate you, Senator Petitclerc. As you've said, we both had the privilege to serve under two chairs on SOCI, Senator Ogilvie and Senator Eggleton, and they have provided us with serious leadership and mentorship. I know we both learned very much from them.

It's truly a new era, and I look forward to working with you and all of our committee members as we move into the future. I say upward and onward.

Senator Munson: I'd like to echo the same sentiments on behalf of the Senate independent Liberals. Mentorship is a very important thing and time passes quickly here. I'll be in my fifteenth year in December. I can't believe it. At that time, Dr. Wilbert Keon was the chair. He was also the deputy chair. He offered so much advice across party lines, whatever that means, and it was so good. For the new senators who are here that are tapping into each other's intellect, I want to remind you what Dr. Keon did for me in my first years here in 2003, 2004 and 2005. It was just immense.

With that, chair, I wish you well. It's a lot of work.

When do we nominate the deputy chair? Do we do that here?

Ms. Anwar: Senator Seidman already is the deputy chair, so there's no need to, unless she resigns.

Senator Munson: Well, congratulations. She's not here right now.

[*Traduction*]

Honorables sénateurs, c'est un grand plaisir et un honneur d'accéder à la présidence du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Je tiens à remercier l'ancien président, le sénateur Art Eggleton, qui est parti à la retraite il y a seulement quelques jours et qui nous manque déjà. Je tiens aussi à reconnaître son prédécesseur, Kelvin Ogilvie. Ces deux sénateurs ont été l'âme de ce comité depuis 2006 et m'ont accueillie en tant que nouveau membre. Ils ont été une source d'inspiration et de sagesse, et je m'engage à maintenir une norme d'excellence et de professionnalisme aussi élevée que la leur.

Je tiens aussi à vous remercier, honorables collègues, de la confiance que vous me manifestez. Soyez assurés que je prends cette responsabilité très au sérieux. Je suis ravie et il me tarde de travailler avec chacun d'entre vous afin de poursuivre les importants travaux du comité.

La sénatrice Seidman : Je vous félicite, sénatrice Petitclerc. Comme vous l'avez mentionné, nous avons toutes les deux eu l'honneur de servir au sein du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sous la gouverne de deux présidents, le sénateur Ogilvie et le sénateur Eggleton, qui ont été des leaders et des mentors sérieux. Je sais que nous avons toutes les deux beaucoup appris auprès d'eux.

C'est le début d'une ère nouvelle. Je suis impatiente de travailler avec vous et tous les membres du comité dans le futur. Allons de l'avant et toujours plus loin.

Le sénateur Munson : Je veux exprimer les mêmes sentiments au nom des libéraux indépendants au Sénat. Le mentorat est important. Le temps passe très vite ici. J'en serai à ma 15e année en décembre. J'ai peine à y croire. À mes débuts, Wilbert Keon était à la fois président et vice-président. Il donnait beaucoup de très bons conseils et transcendait les lignes de partis, quoi que cela veuille dire. Aux nouveaux sénateurs qui se consultent mutuellement, je rappelle que le Dr Keon m'a apporté une aide immense en 2003, 2004 et 2005.

Là-dessus, madame la présidente, je vous souhaite bonne chance. La tâche est considérable.

Quand nommons-nous le vice-président? Est-ce qu'on le fait ici?

Mme Anwar : La sénatrice Seidman est vice-présidente. À moins qu'elle ne démissionne, nous n'avons pas à élire un vice-président.

Le sénateur Munson : Eh bien, félicitations. Elle n'est pas ici en ce moment.

Senator Cordy will be joining me, thank goodness. She'll be the other member of steering, which is really good for this committee.

The Chair: Absolutely. Thank you, Senator Munson.

We will go in camera.

[*Translation*]

Thank you so much, everyone.

(The committee continued in camera.)

La sénatrice Cordy se joindra à moi, Dieu merci. Elle sera l'autre membre du comité directeur, ce qui est très bon pour le comité.

La présidente : Absolument. Merci, sénateur Munson.

Nous poursuivons la séance à huis clos.

[*Français*]

Merci beaucoup à tous et à toutes.

(La séance se poursuit à huis clos.)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 17, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally (topic: study on child and youth mental health.

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Hello, everyone. Good afternoon. Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*Translation*]

I am Chantal Petitclerc, a senator from Quebec. It's a pleasure and a privilege for me to be chairing today's meeting.

[*English*]

Before we give the floor to our witnesses, I would like to invite my colleagues to introduce themselves.

Senator Seidman: Senator Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Ravalia: Hi. I'm Senator Mohamed Ravalia from Newfoundland and Labrador.

[*Translation*]

Senator Mégie: I am Senator Marie-Françoise Mégie from Quebec.

[*English*]

Senator Munson: Senator Munson from Ontario.

Senator Omidvar: Senator Omidvar from Ontario.

[*Translation*]

The Chair: Today, we are continuing our pre-study on child and youth mental health.

Last week, as you may have heard, the World Health Organization revealed that half of all mental illnesses begin by the age of 14. That gives you an idea, then, of how important this problem is.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 17 octobre 2018

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, pour examiner, en vue d'en faire rapport, des questions liées aux affaires sociales, aux sciences et à la technologie en général (sujet : étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents).

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour à tous. Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Français*]

Je suis Chantal Petitclerc, sénatrice du Québec. C'est un grand plaisir et un privilège pour moi de présider cette réunion.

[*Traduction*]

Avant de céder la parole à nos témoins, j'aimerais inviter mes collègues à se présenter.

La sénatrice Seidman : Sénatrice Judith Seidman de Montréal, au Québec.

Le sénateur Ravalia : Bonjour. Je suis le sénateur Mohamed Ravalia, de Terre-Neuve-et-Labrador.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Sénatrice Marie-Françoise Mégie, du Québec.

[*Traduction*]

Le sénateur Munson : Sénateur Munson, de l'Ontario.

La sénatrice Omidvar : Sénatrice Omidvar, de l'Ontario.

[*Français*]

La présidente : Nous poursuivons aujourd'hui notre étude préliminaire sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

La semaine dernière — vous l'avez peut-être noté —, l'Organisation mondiale de la Santé révélait que 50 p. 100 de tous les troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans. On comprend donc l'importance de ce sujet.

[*English*]

We are on a tight schedule due to a deferred vote at 5:30, so we will have only 45 minutes per panel.

Starting with our first panel, today, we will hear by video conference from Joanna Henderson, Executive Director, Youth Wellness Hubs Ontario, Centre for Addiction and Mental Health. We are also pleased to welcome with us Dr. Sophia Hrycko, Past President, Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Welcome both of you. I would ask that you begin with your opening remarks, and try to keep it under seven minutes. From video conference, Dr. Joanna Henderson, please go ahead.

Joanna Henderson, Representative, Executive Director, Youth Wellness Hubs Ontario, Centre for Addiction and Mental Health: Thank you very much, chair and honourable senators, for the opportunity to speak with you today. At the Margaret and Wallace McCain Centre for Child, Youth & Family Mental Health at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, we are conducting and supporting clinical research, with the high promise of practice and policy impact, and with a core commitment collaborating with youth, family members and service providers. The centre fits within CAMH's broader commitment to drive social change through excellence in clinical care, innovation, research and knowledge translation.

We all know we have many challenges in our child and youth mental health sector. CAMH's long-running Ontario Student Drug Use and Health Survey recently found that 14 per cent of high school students report having seriously contemplated suicide in the past year, and 4 per cent of students report having attempted suicide in the past year. In addition, over one third of students are experiencing moderate to severe psychological distress, and almost one third of students report that there was a time in the past year when they wanted to talk to someone about a mental health problem but did not know where to turn.

Our long-standing conventional approach to mental health and illness has been one based on symptoms, diagnosis and a specialist model of care. This system is essential in the context of certain disorders and at certain levels of severity, but this emphasis on disorders and specialists can also contribute to long lags in service engagement for youth. Youth and families do not necessarily equate their distress or their concerns to mental health disorders. And at the service end of things, long wait

[*Traduction*]

Nous avons peu de temps en raison d'un vote différé qui se tiendra à 17 h 30, donc nous n'aurons que 45 minutes par groupe de témoins.

Pour notre premier groupe de témoins aujourd'hui, nous entendrons, par vidéoconférence, Joanna Henderson, directrice générale, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Nous sommes aussi ravis d'accueillir la Dre Sophia Hrycko, ancienne présidente, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Bienvenue à vous deux. Je vous demanderais de commencer par votre déclaration liminaire et d'essayer de vous en tenir à moins de sept minutes. Par vidéoconférence, Mme Joanna Henderson; allez-y.

Joanna Henderson, représentante, directrice générale, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale : Merci beaucoup, madame la présidente et mesdames et messieurs les sénateurs, de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Au Margaret and Wallace McCain Centre for Child, Youth & Family Mental Health, du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, nous effectuons et appuyons des recherches cliniques. Nous souhaitons ardemment produire des effets sur les pratiques et les politiques et avons pour engagement fondamental de collaborer avec les jeunes, les membres de la famille et les fournisseurs de services. Le centre s'inscrit au sein du vaste engagement du CAMH qui est de stimuler le changement social grâce à l'excellence dans les soins cliniques, l'innovation, la recherche et l'application de connaissances.

Nous savons tous que les défis sont nombreux dans notre secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents. Le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, mené depuis longtemps par le CAMH, a récemment constaté que 14 p. 100 des élèves du secondaire ont déclaré avoir songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année, et 4 p. 100 des élèves déclarent avoir fait une tentative de suicide durant la dernière année. En outre, plus du tiers des élèves éprouvent des accès de détresse psychologique allant de modérée à grave et plus du tiers des élèvent signalent qu'ils ont voulu, au cours de la dernière année, parler à quelqu'un au sujet d'un problème de santé mentale, mais qu'il ne savait pas vers qui se tourner.

Notre approche conventionnelle de longue date à l'égard de la santé mentale et de la maladie mentale repose sur les symptômes, les diagnostics et un modèle de soins axé sur les spécialistes. Ce système est essentiel dans le contexte de certains symptômes et à certains niveaux de gravité, mais l'accent qui est mis sur les troubles et les spécialistes peut aussi contribuer à de longs retards au chapitre de l'engagement à offrir des services aux jeunes. Les jeunes et les familles n'assimilent pas

times arise as all youth receive the same level of specialized care, regardless of the level of need.

Often youth's difficulties have to escalate significantly, including repeated self-harm and suicidal ideation, before they receive treatment. Clearly we need innovation and new models of service delivery, but to get to a different result we need to use a different approach.

In this area, there has been really encouraging progress. There has been recognition that new models of service delivery must be co-created with youth with lived experience. If we want a system that engages young people and meets their needs, they must be involved in the development process. They must guide us in understanding the outcomes that are meaningful to them, they must weigh in on the attributes they look for in treatment, and they must guide us in determining the sectors that need to be brought together.

This is exactly what three major teams of youth, family members, service providers and researchers across Canada have been working on for the past four years. At CAMH, a group of dedicated youth with lived experience, community partners, myself, Dr. Peter Szatmari, the chief of adolescent psychiatry for CAMH, Sick Kids and University of Toronto have been funded by the Ontario SPOR initiative to develop and rigorously evaluate an integrated, easy to access model of service delivery for youth ages 12 to 25, delivered through a walk-in platform and offered in youth-friendly hubs that include primary care, mental health, substance use, vocational housing and other community and social supports. All in a one-stop shop model of care.

Most recently, Youth Wellness Hubs Ontario has been launched to evaluate this model in 10 communities across Ontario, exploring the adaptations that are required for rural, francophone and Indigenous and other contexts. Simultaneously, ACCESS Open Minds, funded through CIHR's national SPOR initiative, has been testing a similar youth co-created model in 14 communities across Canada, half of which are Indigenous communities. In B.C., Foundry Initiative is bringing integrated youth services to 11 communities across B.C., with commitments from government for additional scale-up.

nécessairement leur détresse ou leurs préoccupations à des troubles de santé mentale. Et du côté des services, de longs délais d'attente surviennent puisque tous les jeunes reçoivent le même niveau de soins spécialisés, peu importe le niveau de besoin.

Souvent, les difficultés des jeunes doivent s'accentuer de façon considérable, y compris jusqu'au niveau de l'automutilation répétée et des idées suicidaires, avant qu'ils reçoivent un traitement. De toute évidence, nous avons besoin d'innovation et de nouveaux modèles de prestation de services, mais pour obtenir un résultat différent, nous devons employer une approche différente.

Dans ce domaine, les progrès ont été vraiment encourageants. On a reconnu que de nouveaux modèles de prestation de services doivent être créés en collaboration avec les jeunes ayant une expérience vécue. Si nous voulons un système qui mobilise les jeunes et répond à leurs besoins, ils doivent faire partie du processus d'élaboration. Ils doivent nous guider et nous aider à comprendre les résultats qui sont importants pour eux, ils doivent se prononcer par rapport aux attributs qu'ils recherchent dans le traitement et ils doivent nous guider pour ce qui est de déterminer les secteurs qui doivent être rassemblés.

C'est exactement ce sur quoi trois grandes équipes de jeunes, de membres de la famille, de fournisseurs de services et de chercheurs de partout au Canada ont travaillé au cours des quatre dernières années. Au CAMH, un groupe formé de jeunes ayant une expérience vécue et de partenaires communautaires, de moi-même, du Dr Peter Szatmari, chef des soins de santé mentale pour adolescents au CAMH, de Sick Kids et de l'Université de Toronto a été financé par l'initiative de la Stratégie de recherche axée sur le patient, la SRAP, afin d'élaborer et d'évaluer avec rigueur un modèle de prestation de services intégré et facile d'accès pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans, fourni au moyen d'une plateforme directe et offert dans des carrefours adaptés aux jeunes qui renferment les soins primaires, la santé mentale, la toxicomanie, le logement professionnel et d'autres mesures de soutien communautaire et social. Le tout dans un modèle de soins à guichet unique.

Récemment, l'organisme Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario a été lancé pour évaluer ce modèle dans 10 collectivités dans l'ensemble de l'Ontario, pour explorer les adaptations qui sont requises pour les contextes rural, francophone et autochtone ainsi que d'autres contextes. Parallèlement, ACCESS Esprits ouverts, financé par l'intermédiaire de l'initiative nationale de la SRAP des Instituts de recherche en santé du Canada, a mis à l'essai un modèle semblable créé en collaboration avec des jeunes dans 14 collectivités du Canada, dont la moitié sont des collectivités autochtones. En Colombie-Britannique, la Foundry Initiative apporte des services intégrés pour les jeunes à 11 collectivités de la Colombie-Britannique, et le gouvernement s'est engagé à l'intensifier davantage.

These initiatives are creating innovative disruptions to our conventional system that are required to achieve the best youth mental health outcomes we desire. Services are accessible, available on a walk-in basis, including evenings and weekends when youth and need and want services. Services are stepped or staged in response to level of need, and outcome measurement is embedded in routine care every session. Services from across sectors and non-specialist service providers, like peer support workers, are integrated into a cohesive service package and family support is provided.

Of particular importance, while these initiatives are operating in different jurisdictions with varied funding streams, they have been able to come together to identify common values, shared service elements and overlapping measures. This is achieved through Frayme, a federally fund NCE international knowledge translation platform focused on youth mental health service delivery led by Dr. Ian Manion. Frayme provides support to these and other jurisdictions, like Alberta, Quebec and Newfoundland, that are interested in developing and implementing integrated youth services.

So what is missing? Where are the gaps? In order to fully leverage the potential of this movement that has become national in nature, greater investment needs to happen in age-specific mental health services research that involves collaboration across sectors, requires the engagement of young people and families, and partners with on-the-ground services that reflect the real world service delivery context.

For example, we need to develop better evidence-based approaches to integrating mental health and employment supports for youth not engaged in education, employment and training, sometimes called NEET youth. These youths represent a major miss in terms of economic potential if we do not effectively support them in reconnecting to our systems.

We need more research to better understand suicidal ideation and how to best intervene when youths are in crisis. We need to understand how to effectively teach all children and youth to cope with stress and achieve mental well-being.

We need to build the evidence base regarding how personalized or stepped mental health care approaches and non-specialist roles, like peer support workers, improve cost efficiency and contribute to positive outcomes. We need better evidence on the question of how to effectively scale up and

Ces initiatives vont perturber de façon novatrice notre système conventionnel, ce qui est nécessaire pour obtenir les meilleurs résultats de santé mentale chez les jeunes que nous souhaitons. Les services sont accessibles, offerts de façon directe, y compris le soir et la fin de semaine, lorsque les jeunes ont besoin de services et veulent en obtenir. Les services sont intensifiés ou organisés en réponse à un niveau de besoins, et la mesure des résultats est intégrée dans chaque séance de soins habituels. Les services de divers secteurs et de fournisseurs de services non spécialistes, comme les travailleurs de soutien par les pairs, sont intégrés dans un ensemble cohérent de services, et du soutien familial est fourni.

Il importe de noter particulièrement que, même si ces initiatives sont entreprises dans des administrations différentes avec des volets de financement variés, elles ont été en mesure de se réunir pour déterminer des valeurs communes, des éléments de services partagés et des mesures qui se recoupent. Cela a été rendu possible grâce à Frayme, une plateforme internationale d'application des connaissances du RCE financée par le gouvernement fédéral, axée sur la prestation de services de santé mentale pour les jeunes et dirigée par le Dr Ian Manion. Frayme offre du soutien à ces initiatives et à d'autres administrations, comme l'Alberta, le Québec et Terre-Neuve, qui souhaitent élaborer et mettre en œuvre des services intégrés pour les jeunes.

Qu'est-ce qui manque? Où sont les lacunes? Afin de pleinement exploiter le potentiel de ce mouvement qui est devenu de portée nationale, on doit consentir de plus grands investissements dans la recherche sur les services de santé mentale adaptés à l'âge qui suppose la collaboration entre les secteurs, nécessite la participation des jeunes et de leur famille et s'associe avec des services sur le terrain qui reflètent le contexte réel de la prestation de services dans le monde.

Par exemple, nous devons élaborer de meilleures approches fondées sur les données probantes pour ce qui est de l'intégration de la santé mentale et des mesures de soutien à l'emploi pour les jeunes qui ne participent pas au milieu scolaire, au milieu du travail et à la formation, qu'on appelle parfois les jeunes NEET. Ces jeunes représentent un raté majeur en ce qui concerne le potentiel économique si nous ne les appuyons pas efficacement pour qu'ils se raccrochent à nos systèmes.

Nous avons besoin de plus de recherches afin de mieux comprendre les idées suicidaires et la façon de mieux intervenir lorsque les jeunes sont en crise. Nous devons comprendre comment enseigner efficacement à tous les enfants et les jeunes à composer avec le stress et à atteindre un état de bien-être mental.

Nous devons renforcer la base de données probantes concernant la façon dont les approches de soins de santé mentale personnalisées ou intensifiées et les rôles de non-spécialistes, comme les travailleurs de soutien par les pairs, améliorent la rentabilité et contribuent à des résultats positifs. Il nous faut de

sustain youth service innovation over time and across jurisdictions.

Through various HUB initiatives we have an opportunity to look at these questions across jurisdictions, across Canada, and this is an unprecedented opportunity.

Thank you for the opportunity to speak to you today. I look forward to your questions.

The Chair: Thank you very much, Dr. Henderson.

[*Translation*]

Dr. Sophia Hrycko, Past President, Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Thank you very much. It's a pleasure and a privilege to be here with you today.

[*English*]

I appreciate the comments from Dr. Henderson, and will not elaborate on all of the great initiatives that you have mentioned, but certainly something that could be discussed.

On behalf of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, I thank the committee for this opportunity to share with you the significant mental health needs of our children and youth, but also to talk about their amazing strength and resiliency.

The Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry is our national organization of child and adolescent psychiatrists, and other professionals in Canada, which is committed to the advancement of mental health in children, youth and families through the promotion of excellence of care, advocacy, education research and collaboration with other professionals. Our biggest resource is our passion and our dedicated volunteers. We have one staff, and that's it.

I would like to give you an idea of how challenging it is for children, as well as their caregivers, to access timely, evidence-based services when they are struggling with mental health challenges — or worse, when they are in the midst of a crisis. It is an enormous effort for those who live in urban areas and have the cognitive skills, education, and knowledge of services available to them. Consider then how daunting it must for a parent who lives in poverty in a rural area, who belongs to a minority, suffers from mental illness and is caring for a child with an intellectual disability.

meilleures données probantes sur la question de savoir comment intensifier en réalité et soutenir l'innovation dans les services aux jeunes au fil du temps et entre les administrations.

Grâce à diverses initiatives des Carrefours, nous avons l'occasion de nous pencher sur ces questions dans l'ensemble des administrations, de partout au Canada, et c'est une occasion sans précédent.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis impatiente d'entendre vos questions.

La présidente : Merci beaucoup, madame Henderson.

[*Français*]

Dre Sophia Hrycko, ancienne présidente, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Merci beaucoup. C'est un plaisir et un privilège pour moi d'être ici avec vous aujourd'hui.

[*Traduction*]

J'ai vraiment aimé la déclaration de Mme Henderson, et je ne vais pas m'étendre sur toutes les excellentes initiatives que vous avez mentionnées, mais ce sont certainement des choses qui pourraient être abordées.

Au nom de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, je remercie le comité de me donner l'occasion de vous faire part des besoins importants en matière de santé mentale de nos enfants et de nos jeunes, mais aussi de parler de leur force et résilience incroyables.

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est notre organisation nationale des psychiatres pour enfants et adolescents et d'autres professionnels au Canada, qui est déterminée à favoriser la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles grâce à la promotion de l'excellence des soins, à la défense des intérêts, à la recherche en éducation et à la collaboration avec d'autres professionnels. Notre plus grande ressource est notre passion et nos bénévoles dévoués. Nous n'avons qu'un employé, et c'est tout.

J'aimerais vous donner une idée de la mesure dans laquelle c'est difficile, pour des enfants, ainsi que pour leurs aidants, d'accéder en temps opportun à des services fondés sur des données probantes lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé mentale — ou pire, lorsqu'ils sont en plein milieu d'une crise. C'est un énorme effort pour ceux qui vivent dans des régions urbaines et qui ont les compétences cognitives, l'éducation et la connaissance des services qui leur sont offerts. Imaginez à quel point cela doit être décourageant pour un parent qui vit pauvrement dans une région rurale, qui appartient à une minorité, qui souffre d'une maladie mentale et qui s'occupe d'un enfant ayant une déficience intellectuelle.

Let's take the case of a boy called Tom, a francophone with severe ADHD, intellectual disability and a genetic anomaly. Imagine that you have become Tom's caregiver, following a car accident that put his parents in the intensive care unit. Tom was adopted by very caring parents and lives in a rural community. He cannot function in a regular classroom since he struggles to understand what is expected of him. He is affected by very small changes and becomes overwhelmed when there is any change in his routine. This results in physical aggression, which is clearly not acceptable in the school setting.

Last year, Tom was allowed to attend school for an hour a day, the entire year. As a result, his father had to quit work to take care of him. This past summer, his father needed to have neck surgery and he was unable to care for his son. He was in a brace. Tom was suspended on his third day back to school this September, a new school because he is 12 and this is the transition year. When he was allowed to return, he was suspended again for 20 days because he was aggressive, which was his second suspension in less than a week of school. His mother had to take a leave of absence from her job in order to care for him.

In this kind of situation, where do you start? Who can help you? Who can manage and help you manage Tom, and how will you continue to work and fulfil your other responsibilities? It seems insurmountable.

You will discover that, despite some of the great initiatives that are happening, there is still lack of coordination, integrated single-point entry where you can start and to assist you with Tom's journey, and to provide support and services as his needs will change.

Our children and youth are our future and our most precious resource. We must work together to address the needs of people like Tom and his family, who I describe as the orphans of the orphan. Who are these orphans? They are the most vulnerable of the vulnerable. The 1 per cent of the population affected by intellect disability and/or autism.

They are the ones who will struggle, many unsuccessfully, to reach a state of independent living and will continue to rely on the support of their families long into their adult lives.

They are also the one in five Canadians who suffer from mental illness. They are the children of a mentally ill parent who are 30 to 50 per cent more likely to develop a mental illness. Did you know that Canada has over half a million front-line mental health care workers who are under the age of 12 who are left alone to cope with a parent suffering from a mental illness?

Prenons l'exemple d'un garçon qui s'appelle Tom, un francophone ayant un grave TDAH, une déficience intellectuelle et une anomalie génétique. Imaginez que vous avez été le soignant de Tom, à la suite d'un accident d'automobile où ses parents se sont retrouvés au service de soins intensifs. Tom a été adopté par des parents très bienveillants et il vit dans une collectivité rurale. Il ne peut pas fonctionner dans une salle de classe ordinaire, puisqu'il a du mal à comprendre ce qu'on attend de lui. Il est touché par de très petits changements et est déstabilisé quand un changement est apporté à sa routine. Cela donne lieu à de l'agressivité physique, ce qui est clairement inacceptable dans le contexte scolaire.

L'an dernier, Tom a été autorisé à fréquenter l'école une heure par jour, pendant toute l'année. En conséquence, son père a dû quitter le travail pour s'occuper de lui. L'été dernier, son père a dû subir une chirurgie cervicale et n'a pas été en mesure de s'occuper de son fils. Il portait une orthèse. Tom a été suspendu trois jours après son retour à l'école en septembre, une nouvelle école, parce qu'il a 12 ans et que c'est l'année de transition. Lorsqu'il a été autorisé à retourner à l'école, il a de nouveau été suspendu pendant 20 jours parce qu'il était agressif; c'était sa deuxième suspension en moins d'une semaine d'école. Sa mère a dû prendre congé de son travail afin de s'occuper de lui.

Dans ce genre de situation, par où commencez-vous? Qui peut vous aider? Qui peut gérer et vous aider à gérer Tom et comment allez-vous continuer de travailler et de vous acquitter de vos autres responsabilités? Cela semble insurmontable.

Vous découvrirez que, malgré certaines des excellentes initiatives qui ont cours, il y a toujours un manque de coordination, un point d'entrée unique intégré où vous pouvez commencer et qui vous aide par rapport au parcours de Tom et qui est là pour vous fournir du soutien et des services, puisque ses besoins vont changer.

Nos enfants et nos jeunes sont notre avenir et notre ressource la plus précieuse. Nous devons travailler ensemble pour répondre aux besoins de gens comme Tom et sa famille, que je décris comme les orphelins de l'orphelin. Qui sont ces orphelins? Ce sont les plus vulnérables des vulnérables. Le 1 p. 100 de la population touché par une déficience intellectuelle ou l'autisme.

Ce sont ceux qui vont s'efforcer, souvent sans succès, d'atteindre un état de vie indépendant et qui vont continuer de dépendre du soutien de leur famille bien longtemps à l'âge adulte.

C'est également celui, sur cinq Canadiens, qui souffrira d'une maladie mentale. Ce sont les enfants d'un parent ayant une maladie mentale qui sont de 30 à 50 p. 100 plus susceptibles de souffrir d'une maladie mentale. Saviez-vous qu'il y a au Canada plus d'un demi-million de travailleurs en santé mentale de première ligne âgés de moins de 12 ans qui doivent s'occuper seuls d'un parent qui souffre d'une maladie mentale?

Someone struggling with a disease of the brain, or mental illness, needs all the support we can provide. Mental illness is not like breaking a leg. You know if you break a leg, you will have pain. You might need surgery or a cast. You will definitely be affected. You will require services ranging from accommodation at home, at school, and with daily activities. You will need physiotherapy. This is assuming that you have a smooth recovery, as it is termed, and that you have timely access to services and no complications.

As opposed to a leg fracture, a brain fracture also brings pain. You suffer from anxiety and depression, and you have a severe learning disability. The problem is it hasn't been diagnosed yet because it isn't visible. As a child or youth, you can't express what is happening to you. Even if you can show through your behaviour that you are suffering, getting timely access to services will be a painful journey for you and your parents. It will often leave you scarred since the stigma is always there, present at every level of our society.

We would all benefit from embracing the concept of mental wellness defined by the First Nations Mental Wellness Continuum Framework. It states that mental wellness is the balance of the mental, physical, spiritual and emotional. This balance is enriched as individuals have purpose in their daily lives, hope for their future, a sense of belonging and connectedness within their families, a sense of meaning and an understanding of how their lives and those of their families and communities are part of the creation and a rich history.

Mental wellness is essential and should be a right for all Canadians regardless of their gender, ethnicity, sexual orientation or economic status. We all understand that a child comes into being at birth. In fact, the child starts prenatally since maternal health and care is important and can optimize healthy infants. Sadly, substance abuse during pregnancy continues to impact our children — nicotine and a link with ADHD, alcohol and the alcohol neurodevelopmental effect.

When is a child no longer a child? A youth no longer a youth? It depends on the jurisdictions. Sometimes it's age 18. In other jurisdictions, it's 19. It really should be 25 — and I would argue maybe older — as the brain continues to develop and mature until at least that age. The emerging adult with mental illness faces unique challenges and is often left unprepared to manage the reality of adult mental health. The system itself does not have the knowledge or resources to provide timely, developmentally appropriate mental health services in a seamless fashion.

La personne qui souffre d'une maladie du cerveau ou d'une maladie mentale a besoin de tout le soutien que nous pouvons lui offrir. Souffrir de maladie mentale, ce n'est pas comme se casser une jambe. Vous savez que, si vous vous cassez une jambe, vous ressentirez de la douleur. Vous aurez peut-être besoin d'une intervention chirurgicale ou d'un plâtre. Vous serez assurément atteint. Vous aurez besoin de services, que ce soit des mesures d'adaptation à la maison, à l'école et dans le cadre des activités quotidiennes. Vous devrez faire de la physiothérapie. À supposer que votre rétablissement se fasse en douceur, comme on dit, et que vous ayez un accès opportun à des services et aucune complication.

Contrairement à une fracture de la jambe, une fracture du cerveau apporte aussi de la douleur. Vous souffrez d'anxiété et de dépression et avez un grave trouble d'apprentissage. Le problème, c'est qu'il n'a pas encore été diagnostiqué, parce qu'il n'est pas visible. Comme enfant ou jeune, vous ne pouvez pas exprimer ce qui se passe en vous. Même si vous pouvez montrer par votre comportement que vous souffrez, l'obtention d'un accès opportun à des services sera un parcours douloureux pour vous et vos parents. Cela vous laissera souvent des cicatrices, puisque la stigmatisation est toujours présente, à chaque niveau de notre société.

Nous serions tous gagnants si nous embrassions le concept de santé mentale défini par le Cadre du continuum du bien-être mental des Premières Nations. Il indique que le bien-être mental est l'équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel. Cet équilibre est enrichi à mesure que les personnes trouvent un but dans leur vie quotidienne, de l'espoir envers l'avenir, un sentiment d'appartenance et de liens au sein de leur famille, un sens à la vie et la compréhension de la façon dont leur vie et celle de leur famille et de leur collectivité font partie de la création et d'une riche histoire.

Le bien-être mental est essentiel et devrait être un droit pour tous les Canadiens, peu importe leur genre, leur groupe ethnique, leur orientation sexuelle ou leur situation économique. Nous comprenons tous qu'un enfant voit le jour à la naissance. En fait, l'enfance commence avant la naissance, puisque la santé et les soins de la mère sont importants et peuvent optimiser la santé des nourrissons. Malheureusement, la consommation de substances durant la grossesse continue de toucher nos enfants — la nicotine est associée au TDAH, et l'alcool a des effets sur le développement neurologique.

Quand est-ce qu'un enfant n'est plus un enfant? Qu'un jeune n'est plus un jeune? Cela dépend des administrations. Parfois, c'est à 18 ans. Dans d'autres administrations, c'est à 19 ans. Cela devrait vraiment être 25 ans — et je soutiendrai que cela peut être plus tard —, puisque le cerveau continue de se développer et de mûrir au moins jusqu'à cet âge. Le nouvel adulte qui a une maladie mentale fait face à des défis uniques et n'est souvent pas préparé pour composer avec la réalité de la santé mentale des adultes. Le système lui-même n'est pas doté des connaissances

According to one survey, children ranked mental health and bullying along with poverty as their top concern.

In 2015 Canada had one of the highest teenage suicide rates in the world — over 10 per 100,000 teens. It is the second cause of death in children aged 1 to 17. Suicide rates are five to seven times higher for First Nations and six to 11 times higher than the national average for Inuit youth.

Canada has a human resource crisis in mental health care. We have a nationwide shortage of children and adolescent psychiatrists. A study by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Medical Association estimated that we will need 300 new psychiatrists by 2030 to fill this growing need. We can also expect a decrease of 15 per cent by 2030.

We have heard that 70 per cent of mental health problems begin during childhood so early intervention is key. Canada needs 1,500 child and adolescent psychiatrists to serve this growing segment of the population.

First, we must ensure that all children, youth and emerging adults have timely access to mental health services that are culturally sound, trauma-informed, evidence-based, regardless of their location.

Second, we need integrated, coordinated, single-point entry for mental health care that can address all levels of need. We need to integrate research, ongoing evaluation, quality improvement in the services we provide so we can continuously improve what we do.

We need a national database that will inform our nationally funded, evidence-based practice and clinical guidelines based on specific research in the field.

Finally, we need to ensure that youth and family are at the centre and included in all the steps of these processes.

Thank you so much. I'm happy to elaborate.

The Chair: Thank you to both of you.

ou des ressources nécessaires pour fournir des services de santé mentale opportuns et adaptés sur le plan développemental de façon harmonieuse.

D'après un sondage, les enfants ont indiqué que leur première préoccupation était la santé mentale et l'intimidation, ainsi que la pauvreté.

En 2015, le Canada avait un des taux de suicide des adolescents les plus élevés au monde — plus de 10 pour 100 000 adolescents. C'est la deuxième cause de décès chez les enfants âgés de 1 à 17 ans. Les taux de suicide sont de 5 à 7 fois supérieurs chez les Premières Nations et de 6 à 11 fois supérieurs que la moyenne nationale chez les jeunes inuits.

Le Canada connaît une crise au chapitre des ressources humaines dans les soins de santé mentale. Nous avons une pénurie nationale de psychiatres pour enfants et adolescents. Une étude dirigée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et l'Ontario Medical Association a estimé que nous aurons besoin de 300 nouveaux psychiatres d'ici 2030 pour satisfaire à ce besoin croissant. Nous pouvons également nous attendre à une diminution de 15 p. 100 d'ici 2030.

Nous avons entendu dire que 70 p. 100 des problèmes de santé mentale commencent durant l'enfance, donc l'intervention précoce est essentielle. Le Canada a besoin de 1 500 psychiatres pour enfants et adolescents afin de servir ce segment croissant de la population.

D'abord, nous devons nous assurer que tous les enfants, les jeunes et les nouveaux adultes ont un accès opportun à des services de santé mentale, qui sont adaptés sur le plan culturel, axés sur les traumatismes, fondés sur les données probantes, peu importe leur lieu.

Ensuite, nous avons besoin d'un point d'entrée unique, intégré et coordonné pour les soins de santé mentale, qui peut répondre à tous les niveaux de besoins. Il nous faut intégrer la recherche, l'évaluation continue, l'amélioration de la qualité dans les services que nous fournissons de sorte que nous puissions continuellement améliorer ce que nous faisons.

Nous avons besoin d'une base de données nationale qui va guider notre pratique fondée sur des données probantes et financée à l'échelle nationale, ainsi que de lignes directrices cliniques reposant sur la recherche particulière dans le domaine.

Enfin, nous devons nous assurer que les jeunes et la famille sont au cœur de ces processus et sont pris en considération dans toutes ses étapes.

Merci beaucoup. Je serai heureux de vous en dire davantage.

La présidente : Merci à vous deux.

Senator Seidman: Thanks both of you for your very valuable input as we begin the first stages of our study on youth mental health.

I'll put a statement to you and get your reaction, if I might. It has been said that global issues, social media and the Internet, and a rapidly evolving world — including, today, the legalization of cannabis — have given rise to new challenges to young people's mental health.

Might you tell me if you think this is the case? If so, what would you say these particular challenges might be?

Ms. Henderson: Absolutely, young people today are facing unprecedented challenges that adults and youth have not faced before. The young people who are in their teens now have grown up with social media throughout their childhood and teenage years.

It won't surprise you to hear me say that we need to engage youth in the solutions because they are most in touch with their experiences. When we engage them to plan solutions, we can better understand what might help.

We also need not to see technology as the enemy. It is true that it creates many challenges for young people, but for other young people it is what has drawn them into service and given them a sense of belonging to a community that may not be present in their geographic location.

We need to understand how to leverage that technology, that connection to social media, to provide service using those formats and extend our reach, especially in a geographically vast country like Canada, where young people may not be able to present physically to an integrated youth service hub or to a hospital for service.

Dr. Hrycko: I totally agree about the importance of integrating youth and family in creating the solution.

I also agree that we have to work with technology; telemental health and telepsychiatry have been a wonderful initiative. Sadly, we do not have the infrastructure to study if this makes a real difference, see how we can maximize the use of it and build some evidence about using this new technology. You have heard about the Foundry project. It is a combination of using electronic platforms and resources. That is impressive because it delivers care in remote areas. It would be ideal if this could be across the entire country and personalized to the specific needs of a community.

La sénatrice Seidman : Merci à vous deux de vos commentaires très utiles tandis que nous amorçons les premières étapes de notre étude sur la santé mentale des jeunes.

Je vais dire une chose et j'aimerais connaître votre réaction, si possible. On a dit que les enjeux mondiaux, les médias sociaux et l'Internet, ainsi qu'un monde qui évolue rapidement — y compris, aujourd'hui, la légalisation du cannabis — ont donné lieu à de nouvelles difficultés à l'égard de la santé mentale des jeunes.

Pourriez-vous me dire si vous croyez que c'est le cas? Si oui, quels seraient ces défis particuliers?

Mme Henderson : Absolument, les jeunes aujourd'hui font face à des difficultés sans précédent avec lesquelles les adultes et les jeunes n'ont pas dû composer auparavant. Les jeunes qui sont maintenant adolescents ont grandi avec les médias sociaux tout au long de leur enfance et leur adolescence.

Vous ne serez pas surpris de m'entendre dire que nous devons faire participer les jeunes pour trouver les solutions, parce qu'ils sont le mieux placés pour comprendre leurs expériences. Lorsque nous les mobilisons afin de planifier des solutions, nous pouvons mieux comprendre ce qui pourrait aider.

Nous ne devons pas non plus voir la technologie comme l'ennemi. C'est vrai qu'elles créent de nombreuses difficultés pour les jeunes, mais pour d'autres jeunes, c'est ce qui les a incités à servir une collectivité et leur a donné un sentiment d'appartenance qui n'est peut-être pas présent dans leur lieu géographique.

Nous devons comprendre comment exploiter cette technologie, ce lien avec les médias sociaux, pour fournir des services en utilisant ces formats et élargir notre portée, particulièrement dans un pays aussi géographiquement vaste que le Canada, où les jeunes ne peuvent peut-être pas se présenter physiquement dans un carrefour intégré de services pour les jeunes ou un hôpital afin d'y recevoir des services.

Dre Hrycko : Je suis tout à fait d'accord pour dire qu'il importe d'intégrer les jeunes et la famille pour créer la solution.

Je conviens également que nous devons travailler avec la technologie; la télésanté mentale et la télépsychiatrie ont été une initiative formidable. Malheureusement, nous n'avons pas l'infrastructure nécessaire pour établir si cela contribue vraiment à changer les choses, pour voir comment nous pouvons maximiser leur utilisation et recueillir des données par rapport à l'utilisation de cette nouvelle technologie. Vous avez entendu parler du projet Foundry. Il s'agit d'utiliser en combinaison des plateformes électroniques et des ressources. C'est impressionnant, parce qu'il fournit des soins dans des régions éloignées. Ce serait idéal si ça pouvait être dans tout le pays et si c'était adapté aux besoins particuliers d'une collectivité.

I took the liberty of sharing with you, on this interesting day, a poster created by the Association des médecins psychiatres du Québec and subsequently endorsed by the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry and the Canadian Psychiatric Association. It nicely illustrates the impact of marijuana on the developing brain. Today is certainly an interesting day today from many points of view.

Senator Munson: Thank you for being here. This is such a big issue. This is a general question because we're at the exploratory stage. We're just starting and we have a long journey to go, as senators of this committee, to come up with recommendations.

I'm glad that you brought up the issues of intellectual disabilities and autism. I've been working in the field of autism for about 15 years. I always find it disturbing that, in terms of diagnosis, people say this child has been diagnosed with autism, therefore you'll go into the autism category and file, and therefore we'll try to treat you in that way. But this child with autism has mental health issues. It's a major issue.

You talked about a one-stop shop for services. We've worked on this. Programs have been funded by the federal government, but not nearly enough. It's a patchwork of helping out those with autism.

So where do you see the federal government's role in dealing with the mental health of the tens of thousands of young people who have autism, who are prone to violent outbursts and you name it? I'm not just talking about money; I'm referring to programs. Perhaps at CAMH you can tell me as well how you feel. Doctor, can you give us a road map when it comes to this?

Dr. Hrycko: I wish I could give you one. I was very excited this morning because I heard about the complex service. It's so new that I can't even recall the interesting acronym for it. It should be very simple. Basically, it's a newly created program. It's federal and it's supposed to be a one-stop shop for children with at least two care providers. So this would include someone, for example, with Down syndrome and autism.

Today I happened to have seen three individuals who were all referred to it. When I said, "So tell me about it, because this sounds so exciting," they said, "They haven't returned our call yet."

In terms of what might be helpful: have an infrastructure that is well-thought-out; include families in its creation; have enough funding to allow for testing, implementing and modifying to ensure that we build some knowledge about what is needed; and build an infrastructure that can be sustainable. Because, sadly,

J'ai pris la liberté de vous faire part, en ce jour intéressant, d'une affiche créée par l'Association des médecins psychiatres du Québec, puis adoptée par l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et l'Association des psychiatres du Canada. Elle illustre bien les effets de la marijuana sur le cerveau en développement. Aujourd'hui, c'est certainement un jour intéressant à bien des égards.

Le sénateur Munson : Merci d'être ici. C'est un enjeu tellement important. C'est une question générale, parce que nous sommes à l'étape exploratoire. Nous commençons à peine et nous avons un long chemin à parcourir, en tant que sénateurs du comité, avant d'arriver avec des recommandations.

Je suis heureux que vous ayez soulevé les questions de la déficience intellectuelle et de l'autisme. Je travaille dans le domaine de l'autisme depuis environ 15 ans. Je trouve toujours perturbant, en ce qui concerne le diagnostic, que des gens disent qu'un enfant a reçu un diagnostic d'autisme, et donc, il fera partie de la catégorie du dossier de l'autisme, et on le traitera de cette façon, mais cet enfant autiste a des problèmes de santé mentale. C'est un enjeu important.

Vous avez parlé d'un guichet unique pour les services. Nous avons travaillé là-dessus. Des programmes ont été financés par le gouvernement fédéral, mais ce n'est pas assez. C'est une mosaïque de programmes pour aider les gens aux prises avec l'autisme.

À votre avis, quel serait le rôle du gouvernement fédéral pour s'occuper de la santé mentale des dizaines de milliers de jeunes qui souffrent d'autisme, qui sont susceptibles d'avoir des accès de violence et j'en passe? Je ne parle pas juste d'argent; je fais référence aux programmes. Les gens de CAMH, vous pouvez peut-être aussi me dire comment vous vous sentez. Docteure Hrycko, avez-vous une feuille de route par rapport à cela?

Dre Hrycko : J'aimerais pouvoir vous en donner une. J'étais très emballée ce matin, parce que j'ai entendu parler du service complexe. C'est tellement nouveau que je ne me rappelle même pas l'acronyme intéressant qui y a été utilisé. Ça doit être très simple. Essentiellement, c'est un programme nouvellement créé. C'est fédéral et c'est censé être un guichet unique pour les enfants avec au moins deux fournisseurs de services. Cela pourrait donc comprendre, par exemple, une personne ayant le syndrome de Down et l'autisme.

Aujourd'hui, je suis tombée sur trois personnes qui ont été aiguillées vers ce programme. Quand j'ai dit : « Parlez-moi de ce programme, parce que cela semble vraiment emballant », elles ont répondu : « On ne nous a pas encore rappelés. »

Qu'est-ce qui pourrait être utile? Avoir une infrastructure qui est bien pensée; inclure les familles dans sa création; avoir assez de financement pour permettre les évaluations, la mise en cœur et les modifications, pour s'assurer d'acquérir quelques connaissances par rapport à ce qui est nécessaire; et construire

there are little projects here and there, but I heard three times today, "The worker actually left, so we have to wait." I also heard, "They lost our file, the specialist we saw who diagnosed our child." They said, "I will refer you to autism" — and I won't say which autism group. It is not to point a finger, because it could happen anywhere in the country. This was in May. When they called in August, because they hadn't heard, they said, "We lost your file. I'm actually leaving, so I'll put your name to the next person."

So I think this is what would be needed, that we actually have the infrastructure to deliver and to support the family through the steps.

The Chair: Dr. Henderson, did you want to add something to that?

Ms. Henderson: I agree with everything that was just said. I would also say that I believe the federal government has a role to play in creating expectations and communicating — to Canadian youth, family members, service providers, and administrators — the expectation that mental health services can and should report on service quality and outcomes. We need a national commitment to following through with that.

We need to have data systems that aren't based on administrative data sets but in fact a purpose-built system that reflects the meaningful outcomes for youth and families, reflects the good work that happens in our specialist and non-specialist service system and meets the needs of government. It has to occur at multiple levels at the service level, but also at that level where we communicate to Canadians what's reasonable to expect.

[*Translation*]

Senator Mégie: My question is for Dr. Hrycko, and Ms. Henderson may wish to add her comments afterwards. Children and youth between the ages of 0 and 19 make up the population whose mental health we would like to study. As you mentioned, one-fifth of the country's population has mental health issues. When young people turn 17 or 18, they are considered to be entering adulthood, but there is a gap. Should they receive adult services or should they continue to receive youth services until they turn 19 or 20? Has any thought gone into that? I'm referring to a situation I experienced more than five years ago. Have there been any new developments since then?

une infrastructure qui peut être durable. Malheureusement, il y a de petits projets ici et là, mais j'ai entendu dire trois fois aujourd'hui : « Le travailleur est parti, donc nous devons attendre. » J'ai aussi entendu ceci : « Le spécialiste qui a établi le diagnostic pour notre enfant a perdu notre dossier. » Ils ont dit : « Je vais vous renvoyer à l'autisme. » — et je ne dirai pas de quel groupe d'autisme il s'agit. Ce n'est pas pour pointer du doigt, parce que cela pourrait se passer n'importe où au pays. C'était en mai. Lorsque ces personnes ont appelé en août, parce qu'elles n'avaient pas eu de nouvelles, on leur a dit : « Nous avons perdu votre dossier. En fait, je m'en vais, donc je laisserai votre nom à la prochaine personne. »

Je pense que c'est ce qui serait nécessaire, que nous ayons en place l'infrastructure pour fournir de l'aide et soutenir la famille tout au long des étapes.

La présidente : Madame Henderson, aviez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Henderson : Je suis d'accord avec tout ce qui vient d'être dit. Je dirais aussi que je crois que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour ce qui est de créer des attentes et de communiquer — aux jeunes Canadiens, aux membres de la famille, aux fournisseurs de services et aux administrateurs — l'attente selon laquelle les services de santé mentale peuvent et devraient rendre des comptes à l'égard de la qualité des services et des résultats. Nous avons besoin d'un engagement national pour y donner suite.

Il nous faut des systèmes de données qui ne reposent pas sur des ensembles de données administratives, mais il nous faut en fait un système à vocation spécifique qui reflète les résultats importants pour les jeunes et les familles, reflète le bon travail effectué dans notre système de services de spécialistes et de non-spécialistes et répond aux besoins du gouvernement. Cela doit se faire à plusieurs niveaux de service, mais aussi au niveau où nous communiquons aux Canadiens ce à quoi ils doivent raisonnablement s'attendre.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Ma question s'adresse à Dre Hrycko, et peut-être que Mme Henderson pourrait compléter. La population dont on veut étudier la santé mentale a entre 0 et 19 ans. Comme vous l'avez mentionné, un cinquième de la population canadienne a des problèmes de santé mentale. Lorsque les jeunes atteignent 17 ou 18 ans, on dit qu'ils s'en vont vers l'âge adulte, et il y a un vide : on ne sait pas si on doit les envoyer dans un milieu pour les adultes ou si on doit continuer à en prendre soin jusqu'à 19 et 20 ans. Y a-t-on déjà pensé? Je vous parle d'une situation que j'ai vécue il y a plus de cinq ans. Y a-t-il eu du nouveau depuis ce temps?

Dr. Hrycko: Yes, absolutely. In fact, Evergreen, a mental health framework developed by Dr. Stan Kutcher and other stakeholders, focuses on emerging adults, youth between the ages of 16 and 25. It was published in 2015 and contains a number of excellent recommendations on the issue. Continuing to provide services tailored to young adults is important because, at 18 or 19 years of age, they are not yet adults. Those who suffer from mental health disorders need support and guidance. There is a break in the system right now, and the reality is something altogether different. I think it's almost akin to subjecting these young people to trauma when they have to be admitted to hospital.

[*English*]

The Chair: Did you want to add something to that, Dr. Henderson?

Ms. Henderson: I echo that this is a critical issue.The only piece I would add is that there's also a significant difference between what we consider suitable for treatment within our adolescent mental health system and what usually gets treated in our adult mental health system. The same difficulty you might be experiencing as a 17-year-old and for which you're getting support within the system, once you turn 18, you are no longer eligible for service, because the adult system really focuses on serious mental illnesses, like schizophrenia and bipolar disorder. That leaves many young people without service. Not only do they have to change systems, but for many young people, there is no adult system to go to.

Senator Omidvar: Thank you both for being here. I have a set of questions around the suicide rates and the trends that you can possibly help us deconstruct, both between young men and young women, including the ones that Dr. Henderson mentioned — not just suicide rates but young people contemplating suicide. Those trends are worrisome.

Can you comment on the Statistics Canada report that shows that suicide is higher when young females are 10 to 14 but higher among males when they are 15 to 24? What happens? Girls 10 to 14 — boys 15 to 24. How do you explain this?

Ms. Henderson: This is an area in which we definitely need more research, but those findings have been found a number of times.

One of the pieces that goes along with it is that, when we look at the emergence of significant anxiety disorders and difficulties with mood, we actually see parallels. It's not just suicide risk alone; it's also that broader context. With that young group of

Dre Hrycko : Oui, absolument. En fait, il y a les adultes émergents, qui sont les 16 à 25 ans, sur lesquels porte le document-cadre Evergreen, du Dr Stan Kutcher et de plusieurs autres intervenants. Il a été publié en 2015 et il contient plusieurs excellentes recommandations liées à ces éléments. Il est important de continuer d'offrir des services adaptés aux jeunes adultes, parce qu'à 18 ou 19 ans, ils ne sont pas encore des adultes. Si on souffre de troubles de santé mentale, on a besoin d'être épaulé et d'être guidé. Notre système en ce moment a une rupture, et la réalité est complètement différente. À mon avis, c'est presque un traumatisme qu'on inflige à ces jeunes lorsqu'ils doivent être hospitalisés.

[*Traduction*]

La présidente : Aviez-vous quelque chose à ajouter, madame Henderson?

Mme Henderson : Je suis d'accord moi aussi pour dire que c'est une question cruciale. La seule chose que j'ajouterais, c'est qu'il y a aussi une grande différence entre les problèmes dont nous jugeons le traitement approprié dans notre système de santé mentale pour adolescents et ce qu'on traite habituellement dans notre système de santé mentale pour adultes. Le même problème qu'on peut avoir à 17 ans et relativement auquel on peut obtenir un soutien au sein du système, eh bien, une fois qu'on a 18 ans, on ne peut plus obtenir de services à ce sujet, parce que le système pour adultes met vraiment l'accent sur les maladies mentales graves, comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires, ce qui fait en sorte que beaucoup de jeunes n'ont pas accès aux services. Non seulement ils doivent changer de système, mais, pour bon nombre d'entre eux, ils n'ont rien vers quoi se tourner dans le cadre du système pour adultes.

La sénatrice Omidvar : Je vous remercie tous les deux d'être là. Je me pose des questions sur les taux de suicide et les tendances, et vous pourrez peut-être nous aider à y voir plus clair. Je parle ici des jeunes hommes et des jeunes femmes, y compris ceux dont Mme Henderson a parlé; je m'intéresse non seulement aux taux de suicide, mais aussi aux jeunes qui ont des idées suicidaires. Ces tendances sont inquiétantes.

Pouvez-vous formuler des commentaires sur le rapport de Statistique Canada selon lequel le taux de suicide est plus élevé chez les filles âgées de 10 à 14 ans, et plus élevé du côté des jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans? Qu'est-ce qui arrive? Les filles de 10 à 14 ans et les garçons de 15 à 24 ans... Comment expliquez-vous cette situation?

Mme Henderson : C'est une question sur laquelle nous devons assurément effectuer plus de recherche, mais c'est ce qu'on a constaté à plusieurs reprises.

Un des éléments qui vont de pair avec tout ça, c'est que, lorsqu'on a examiné l'émergence des troubles anxieux importants et des troubles de l'humeur, nous avons vu là des parallèles. Ce n'est pas seulement le risque de suicide, c'est aussi

girls, we see that internalizing kinds of disorders, such as mood and anxiety disorders, have high rates in that age range.

For young boys, it's considerably lower; for the younger adolescent boys, they tend to have more difficulties with externalizing difficulties, such as ADHD, oppositional kinds of behaviours and getting into fights. When we look at that older group of young men, the age range you were talking about, and even 16 to 25, that's where we see higher rates of internalizing; we start to see those young men experiencing difficulties with mood and anxiety.

These can reflect, and likely do, multiple factors. So you have changes in biology, of course; you have different rates of development that occur for young girls and young boys through adolescence. We also have different pressures that genders experience at different stages. They are also different in the contexts of family, community and social expectations. Those things combine in complex ways to create not just the suicide risk but also that broader mental health context.

Definitely, this is an area where additional research is needed.

Dr. Hrycko: I would simply add that, yes, clearly additional research is needed.

Senator Ravalia: My question is directed to Dr. Henderson. Given the critical shortage of child and adolescent psychiatrists, and the tendency to push for pharmacological modalities to be the primary therapies, do you have any evidence from your multi-pronged, multidisciplinary approach that reducing medications and taking more of an effective multidisciplinary role has better outcomes?

Ms. Henderson: I can't speak to that from the various integrated youth service hubs that are under way currently, because those are only just under way and we don't have data to speak to outcomes at this particular point. But there definitely is emerging evidence in a variety of contexts that psychosocial interventions can achieve the same outcomes as medication, and in some cases exceed medications because of their capacity to engage young people more effectively.

Also, psychiatry and specialist level — so psychiatry and psychology — are not necessary to achieve outcomes. This is being shown in multiple contexts, including the global context, where low- and middle-income countries don't have access to psychiatry — very innovative approaches to working with lay

ce qui se passe dans un contexte plus large. Parmi ces jeunes filles, nous constatons des taux plus élevés d'internalisation de certains genres de troubles, comme des troubles anxieux et des troubles de l'humeur.

Pour ce qui est des garçons, c'est beaucoup moins marqué. Les jeunes garçons adolescents ont tendance à avoir plus de problèmes d'externalisation, comme le TDAH, les genres de comportements d'opposition et la propension à se battre. Lorsqu'on examine le groupe des jeunes hommes plus âgés — le groupe d'âge dont vous avez parlé —, et même les 16 à 25 ans, c'est là qu'on constate des taux plus élevés d'internalisation et qu'on commence à voir des jeunes hommes qui ont plus de problèmes liés à l'humeur et à l'anxiété.

Ces faits découlent peut-être, et probablement d'ailleurs, de l'interaction de multiples facteurs. Il y a des changements biologiques, bien sûr, et les jeunes filles et les jeunes hommes présentent des rythmes de développement différents durant l'adolescence. Il y a aussi des pressions différentes exercées sur les sexes à des étapes différentes. Mentionnons aussi des contextes familiaux différents et des différences liées à la collectivité et aux attentes sociales. Tout ça interagit de façon complexe et crée non seulement un risque de suicide, mais aussi des problèmes de santé mentale plus généraux.

C'est assurément un domaine où il faut réaliser des recherches supplémentaires.

Dre Hrycko : J'ajouterais simplement qu'il est évidemment clair qu'il faut faire plus de recherche.

Le sénateur Ravalia : Ma question s'adresse à Mme Henderson. Étant donné la grande pénurie de psychiatres pour enfants et adolescents et la tendance à miser en premier lieu sur les méthodes pharmacologiques, avez-vous tiré des données probantes de votre approche multidisciplinaire à volets multiples indiquant qu'on peut obtenir de meilleurs résultats en réduisant la médication et en misant davantage sur une intervention multidisciplinaire efficace?

Mme Henderson : Je ne peux pas vous parler de tout ça en fonction des divers carrefours de services intégrés pour les jeunes actuellement en place, parce qu'on en est au tout début du processus et que nous n'avons pas de données concernant les résultats de cette initiative précise. Cependant, il y a assurément de plus en plus de données probantes dans divers contextes qui montrent que les interventions psychosociales peuvent donner les mêmes résultats que la médication et, dans certains cas, en donner de meilleurs en raison de la capacité de mobiliser les jeunes plus efficacement.

De plus, une intervention en psychiatrie et le recours à des spécialistes — donc la psychiatrie et la psychologie —, ne sont pas nécessaires si l'on veut obtenir des résultats. C'est ce que l'on constate dans de multiples contextes, y compris à l'échelle internationale, dans des pays à revenu faible et intermédiaire qui

health workers and peer support workers to increase our potential impact.

Not only are they as effective, but as I have already intimated, youth can actually find those approaches more compelling and more engaging. So there's a twofold piece to it.

Dr. Hrycko: I totally agree. To me, medication is probably the last resort. Addressing the key determinants of health, and engaging youth and their families is probably the best medicine. I agree.

The Chair: One last question for you, Senator Dasko.

Senator Dasko: Thanks to both of you for coming here today. One thing that always interests me when we discuss disease or illness, we spend a lot of time talking about treatment and diagnosis, but I'm always interested in prevention. I'd like your thoughts on the importance of that, and what we can do and what has been done. I know it's a very broad, large question — what have we done; what can we do? However, I'd just like your thoughts on that topic. In so many areas of illness — cancer prevention — we think about those — there's a significant component of research. It's important in so many areas of health that I'm aware of and that I've dealt with in my career as a survey researcher. That's my question to both of you.

Dr. Hrycko: The most important thing is to educate people that the brain is just another organ, and we need to take care of our brain. This means to teach how to express emotion and relate to others. This can be done in a very simple way. Addressing stigma would be prevention in many ways. Teach parents how to foster having their child express their emotions. That would be a wonderful step, because day in and day out, often we see that people are ashamed, they feel guilty, and they struggle with expressing how they feel. That would be my suggestion for one step of prevention.

The Chair: Dr. Henderson, we see you nodding. Do you want to add something?

Ms. Henderson: Absolutely. I agree. Researchers from Canada have been international leaders in prevention. If we look at work like that done by Dr. Patricia Conrod and Dr. Sherry Stewart — Patricia Conrod is in Montreal at Université de Montréal and Sherry Stewart is in Nova Scotia. Utilizing the school system is critical. They've developed a program that helps young adolescents develop ability to cope with the

n'ont pas accès à la psychiatrie et qui adoptent des approches très novatrices pour œuvrer avec des travailleurs de la santé peu spécialisés et des travailleurs en entraide dans le but d'accroître l'incidence des interventions.

Non seulement ces méthodes sont-elles aussi efficaces, mais comme je l'ai déjà dit, les jeunes les trouvent plus intéressantes et plus stimulantes. Il y a donc deux volets à tout ça.

Dre Hrycko : Je suis tout à fait d'accord. Pour moi, la médication est probablement une solution de dernier recours. La meilleure approche consiste probablement à s'attaquer aux principaux déterminants de la santé et à faire participer les jeunes et leur famille. Je suis d'accord.

La présidente : Une dernière question pour vous, madame la sénatrice Dasko.

La sénatrice Dasko : Merci à vous deux d'être là aujourd'hui. L'une des choses qui m'intéressent toujours lorsque nous discutons de maladies... Nous passons beaucoup de temps à parler de traitements et de diagnostics, mais je m'intéresse toujours à la question de la prévention. J'aimerais connaître l'importance que vous accordez à la prévention et j'aimerais savoir, selon vous, ce qu'on peut faire et les gestes qu'on a posés à cet égard. Je sais que c'est une question très générale — ce qu'on a fait et ce qu'on peut faire —, mais j'aimerais savoir ce que vous en pensez. Dans tellement de domaines de la maladie — la prévention du cancer —, nous pensons à tout ça... Il y a l'importante composante de la recherche. C'est capital dans tellement de domaines de la santé qui me sont familiers et avec lesquels j'ai dû composer durant ma carrière de chercheure. C'est donc la question que je vous pose à tous les deux.

Dre Hrycko : Le plus important, c'est de rappeler aux gens que le cerveau est seulement un organe parmi tant d'autres, et qu'il faut en prendre soin. Il faut donc montrer aux gens à exprimer les émotions et à interagir avec les autres. C'est quelque chose qu'on peut faire très simplement. Le fait de lutter contre la stigmatisation serait une façon de faire de la prévention, et ce, à plus d'un égard. Montrer aux parents à aider leurs enfants à exprimer leurs émotions. Ce serait déjà un pas merveilleux, parce que, jour après jour, on voit souvent des gens qui ont honte, qui se sentent coupables et qui ont de la difficulté à exprimer ce qu'ils ressentent. En ce qui concerne la prévention, ce serait ma première suggestion.

La présidente : Madame Henderson, je vois que vous hochez la tête. Voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Henderson : Absolument. Je suis d'accord. Les chercheurs du Canada sont des leaders à l'échelle internationale en matière de prévention. Si vous regardez des travaux comme ceux réalisés par Patricia Conrod et Sherry Stewart... Patricia Conrod est à Montréal, à l'Université de Montréal, et Sherry Stewart est en Nouvelle-Écosse. Il est essentiel de miser sur le système scolaire. Ces deux femmes ont mis au point un

challenges they will encounter. It's a brief intervention, but it has had powerful effects on delaying the onset of substance use, reducing the likelihood of problematic substance use and improving mental health in terms of anxiety and depression.

The ironic thing is that we have the capacity and have developed these interventions that are being used in other countries, but here in Canada, they're only used in patchy ways. I think it speaks to what was mentioned before — the need for infrastructure and direction to come from the federal government around the key role that prevention can play in promoting mental health amongst our young people.

The Chair: Thank you, colleagues, for your questions. Thank you to our witnesses for their shared expertise.

[*Translation*]

On that note, honourable senators, the committee will suspend until 5:45 p.m. so we can proceed to the Senate for a vote.

[*English*]

The Chair: Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. We are pleased to have you, we know that we are and you are on a tight schedule so we will start right away with introducing our panellists and hearing their opening remarks.

We are happy to have with us Dr. Sandra Fisman, Professor, Canadian Association of Paediatric Health Centres, and Dr. Chris Wilkes, Professor, Canadian Psychiatric Association. I do ask that you keep your remarks under seven minutes. We only have 45 minutes. I do want to mention to my colleagues that I believe Dr. Fisman has to leave at 6:15. We will do our best to direct our questions to Dr. Fisman, at the beginning. Let's start with you, Dr. Fisman.

Dr. Sandra Fisman, Professor, Canadian Association of Paediatric Health Centres: I am a child and adolescent psychiatrist, and I often tell our trainees that if I would have my life over again, I would do exactly the same thing. It has been a wonderful career, and I'm passionate about it.

It's my privilege and pleasure to address this important committee on behalf of the Canadian Association of Pediatric Health Centres. You have a more fulsome briefing note so I will try to keep my opening comments as brief as I can.

programme qui aide les jeunes adolescents à acquérir la capacité de composer avec les défis qu'ils rencontreront. C'est une intervention brève, mais elle a eu des répercussions importantes pour retarder le début de la consommation de substances, réduire la probabilité de consommation problématique et améliorer la santé mentale en ce qui concerne l'anxiété et la dépression.

L'ironie, c'est que nous avons la capacité nécessaire et que nous avons élaboré des interventions qui sont utilisées dans d'autres pays, mais, ici, au Canada, on les utilise seulement de façon irrégulière. Je pense que la situation reflète ce que j'ai déjà mentionné, soit le besoin d'infrastructure et le besoin de compter sur l'orientation du gouvernement fédéral quant au rôle clé que la prévention peut jouer pour promouvoir la santé mentale chez nos jeunes.

La présidente : Merci, chers collègues, de vos questions. Merci à nos témoins de nous avoir fait part de leur expertise.

[*Français*]

Sur ce, chers collègues, le comité suspend sa séance jusqu'à 17 h 45, car nous devons nous rendre au Sénat pour voter.

[*Traduction*]

La présidente : Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Nous sommes heureux de vous accueillir. Nous savons que vous avez un horaire chargé, tout comme nous, d'ailleurs. Nous allons commencer tout de suite par la présentation de nos témoins et de leurs déclarations préliminaires.

Nous sommes heureux d'accueillir la Dre Sandra Fisman, professeure, de l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique, et le Dr Chris Wilkes, professeur, de l'Association des psychiatres du Canada. Je vous demande de vous en tenir à une déclaration de moins de sept minutes. Nous avons seulement 45 minutes. Je tiens à souligner à mes collègues que, si je ne m'abuse, la Dre Fisman doit partir à 18 h 15. Nous ferons de notre mieux pour lui poser des questions en premier. Commençons par vous, Dre Fisman.

Dre Sandra Fisman, professeure, Association canadienne des centres de santé pédiatrique : Je suis psychiatre auprès des enfants et des adolescents, et je dis souvent à nos stagiaires que, si je pouvais recommencer ma vie, je ferais exactement la même chose. J'ai eu une carrière magnifique, et mon travail me passionne.

J'ai le privilège de m'adresser à votre important comité au nom de l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique. Comme vous avez en votre possession notre note d'information plus étoffée, je vais essayer d'être aussi brève que possible.

In 2017, CAPHC identified child and youth mental health as a priority and, in 2018, established a community of practice to share and learn from one another.

Those of us who care for children and youth have a collective concern. In 2016, CIHI released data indicating a 40 per cent increase in utilization of pediatric emergency mental health services and acute care health care beds, and a 60 per cent increase in the prescription of psychotropic medications for children and youth.

So we have a challenge. How can we do better and how can we invest in a system that will enable us to raise our children to healthy adulthood?

We believe that we must co-create a system that is integrated and seamless. The time has come for a system that is team-based and includes professionals working together, and each to their full scope of practice. Physicians, psychiatrists, paediatricians, family doctors, psychologists, nurses, social workers, occupational and recreational therapists, physical therapists — all of us working as a team and practising fully in terms of our scopes.

We also believe that at a ministerial and governmental level, we need departments that talk to each other. The departments that govern the child and youth network — Health, Social Services, Education, Justice and Culture — all need to be working together, and not in silos.

Most importantly, the child or youth and their family must be at the centre of their care and partners in their care. Gone are the days when we tell people what to do and how to do it. They are our partners.

In order to do this, we need a collaborative culture. A collaborative culture is key in creating system integration. Collaboration is a complex relationship process and it takes ongoing maintenance to sustain itself. It needs to be part of day-to-day experiences of people for it to become part of our culture. There is a need for trust and authenticity that is essential in maintaining effective, working collaborative relationships.

A collaborative culture is especially necessary when contexts are complex, when the future is uncertain and when we're undergoing transformational change, and these are all very relevant in our current transformation of health care.

En 2017, l'ACCSP a déterminé que la santé mentale des enfants et des jeunes était une priorité et, en 2018, elle a établi une communauté de pratique pour échanger et apprendre les uns des autres.

Ceux d'entre nous qui prennent soin d'enfants et de jeunes ont une préoccupation commune. En 2016, l'ICIS a communiqué des données indiquant, chez les enfants et les jeunes, une augmentation de 40 p. 100 de l'utilisation des services de santé mentale pédiatrique d'urgence et des places de soins actifs ainsi qu'une augmentation de 60 p. 100 de la prescription de médicaments psychotropes.

Nous sommes donc confrontés à un défi. Comment peut-on faire mieux et de quelle façon faut-il investir dans un système qui permettra à nos enfants de devenir des adultes en santé?

Selon nous, nous devons créer ensemble un système intégré et homogène. Le temps est venu de mettre en place un système qui réunit les professionnels, chacun misant sur son champ d'exercice complet. Les médecins, les psychiatres, les pédiatres, les médecins de famille, les psychologues, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les récréothérapeutes, les physiothérapeutes... Nous devons tous travailler en équipe et miser sur l'ensemble de nos champs d'activité.

Nous croyons également que, en ce qui concerne les ministères et le gouvernement... Les ministères doivent se parler. Les ministères responsables du réseau des enfants et des jeunes, la Santé, les Services sociaux, l'Éducation, la Justice et la Culture, tous doivent travailler ensemble, plutôt qu'en vase clos.

Fait plus important encore, les enfants ou les jeunes et leur famille doivent être au centre des soins tout en étant des partenaires dans le cadre du processus. L'époque où nous disions aux gens quoi faire et comment le faire est révolue. Ils sont nos partenaires.

Pour ce faire, nous avons besoin d'une culture axée sur la collaboration. Une telle culture est essentielle à l'intégration des systèmes. La collaboration est un processus relationnel complexe qu'il faut continuellement entretenir pour en assurer la durabilité. Un tel système doit faire partie des expériences quotidiennes des gens afin qu'ils finissent par intégrer notre culture. Il faut de la confiance et de l'authenticité. C'est essentiel pour maintenir des relations de travail axées sur la collaboration efficaces.

Une culture axée sur la collaboration est tout particulièrement nécessaire lorsque les contextes sont complexes, que l'avenir est incertain et qu'il y a des changements transformationnels, et ce sont toutes des caractéristiques très pertinentes dans le cadre du processus de transformation actuelle des soins de santé.

As we plan for an integrated child and youth mental health service delivery system, we have to be mindful of our culture and we have to be mindful of a number of givens and challenges.

One, we must understand that the whole young person is a whole young person. There is an interaction and an overlap between physical and mental health processes.

Two, we know that there are shared determinants affecting physical and mental health, including drivers such as poverty and social deprivation and the whole spectrum of child neglect, emotional, physical and sexual abuse.

Three, there is an awareness that children are not static in their development. There is a process of developmental change that occurs naturally over the child to youth to adult trajectory. These changes interact with the environmental circumstances of the individual, which include the kind of environment that they grow up in, life stresses that are predictable and unpredictable and cultural contexts.

So we have some big challenges. We heard mention of the growing incidence and prevalence of self-harm and suicide in our youth and the impact of addictions on the developing brain and body and the mental and physical risks that this poses for our children and youth. And then, of course, these are magnified in our First Nations youth and rooted in a cross-generational sense of hopelessness. How do we break the cycle and how do we intervene in culturally and trauma-informed ways?

I want to say a sidebar about disruptive innovations. We must disrupt our traditional system-driven, prescriptive approaches to care. I don't know whether you are familiar with his work, but Clayton Christensen, out of the Harvard Business School, wrote around 2002 about disruptive innovations in industry and business. Disruptive innovations are increasingly relevant to health care transformation.

They allow us to create new ways of doing things by developing adaptive models which harness new approaches that are much more congruent with current societal and health care needs.

In your handout, you will find that you have a disruptive model that requires you to take a moment and visualize a pyramid. At the base of the pyramid is a wide platform of front-line health-promoting opportunities. That would be tier one.

Tandis que nous planifions un système intégré de prestation de services en santé mentale pour les jeunes et les enfants, nous devons être conscients de notre culture et garder à l'esprit un certain nombre d'évidences et de défis.

Premièrement, il faut comprendre que les jeunes sont des personnes à part entière. Il y a une interaction et un chevauchement entre les processus liés à la santé physique et à la santé mentale.

Deuxièmement, nous savons qu'il y a des déterminants communs qui ont une incidence sur la santé physique et la santé psychologique, y compris des facteurs comme la pauvreté et la privation sociale et tout le spectre de la négligence des enfants et de la violence psychologique, physique et sexuelle.

Troisièmement, nous sommes conscients du fait que les enfants ne sont pas statiques dans le cadre de leur développement. Il y a un processus naturel de changement durant le développement, lorsque l'individu passe de la jeunesse à l'adolescence, puis à l'âge adulte. Ces changements interagissent avec les circonstances environnementales de la personne, ce qui inclut le genre d'environnement dans lequel les gens grandissent, les facteurs de stress de la vie qui sont prévisibles et imprévisibles et les contextes culturels.

Nous avons donc de grands défis à relever. On a entendu parler de la hausse de l'incidence et de la prévalence des cas d'automutilation et de suicide chez les jeunes ainsi que de l'impact de la toxicomanie sur le cerveau en développement et le corps, tout comme des risques psychologiques et physiques connexes auxquels nos enfants et nos jeunes sont exposés. Puis, bien sûr, tout ça est amplifié chez les jeunes des Premières Nations et ancré dans le sentiment intergénérationnel de désespoir. De quelle façon pouvons-nous briser ce cycle et intervenir de façon adaptée sur le plan culturel et tenant compte des traumatismes?

J'aimerais parler, en passant, des innovations perturbatrices. Nous devons ébranler nos approches traditionnelles axées sur les systèmes et normatives face aux soins. Je ne sais pas si vous connaissez ses travaux, mais Clayton Christensen, de la Harvard Business School, a écrit vers 2002 au sujet des innovations perturbatrices dans l'industrie et le milieu des affaires. Les innovations perturbatrices sont de plus en plus pertinentes dans le cadre du processus de transformation des soins de santé.

Elles nous permettent de créer de nouvelles façons de faire les choses en mettant au point des modèles adaptatifs qui misent sur de nouvelles approches beaucoup plus conformes aux besoins sociétaux et en matière de soins de santé actuels.

Dans le document, vous trouverez un tel processus perturbateur. Vous devez commencer par visualiser une pyramide. À sa base, il y a une large plateforme de possibilités de promotion de la santé de première ligne. C'est le premier niveau.

As you ascend the pyramid through tiers two, three, four, five and six, services become increasingly intensive, with effective early intervention and prevention geared to minimizing the need for the costlier and more intensive interventions at the top of the pyramid. These would be acute care hospital services and tertiary care programs. In this way, we hope that we can make that into a tip and have very broad base of tier one services.

We do have evolving models of care, in our wonderful country of Canada, that fit this paradigm. The most impressive of these, I believe, is the story of transformation in youth mental health in the Province of New Brunswick. I have taken the liberty of summarizing the development and evolution of this integrated service development and its networks of excellence that were developed from 2009 to the present in New Brunswick, including its outcome, evaluation and key success factors. I would be happy to talk about some of this as we have our discussion.

I think I'm under seven minutes. Thank you for your attention and I look forward to your questions.

Dr. Chris Wilkes, Professor, Canadian Psychiatric Association: Thank you, honourable senators, for this opportunity today. My name is Chris Wilkes. I am a psychiatrist and a lapsed paediatrician. I come from Calgary and am the section chief of child adolescent outpatient services over there and the division head of child psychiatry. I'm also a professor at the University of Calgary in the Department of Psychiatry.

I am pleased to be here today to represent the CPA, the Canadian Psychiatric Association, which is a voluntary professional association of about 5,000 psychiatrists and 900 psychiatric residents. It also has a council of academies, of which the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry is one.

Psychiatry is an evidence-based practice granted on the best research we have that allows for the best possible mental health outcomes.

Now, I would like to begin by thanking my colleagues at the CPA, and also you for paying careful and due diligence to this important topic, which is complex with child and youth mental health.

Research has clearly shown that healthy social and emotional development in the early years of life is essential, including in utero, as we know from the history of fetal alcohol difficulties and going back to thalidomide. We also now have research pointing out that toxic stress is very critical. These early years

Tandis qu'on grimpe dans la pyramide et qu'on passe aux niveaux 2, 3, 4, 5 et 6, les services deviennent de plus en plus intensifs, et les mesures précoces et efficaces d'intervention et de prévention visent à réduire au minimum le besoin de se tourner vers les interventions plus coûteuses et plus intensives situées en haut de la pyramide. Il s'agirait là des soins de santé aigus à l'hôpital et des programmes de soins tertiaires. De cette façon, nous espérons pouvoir limiter ces genres d'interventions à la toute fin du continuum et miser sur une base très large de services de premier niveau.

Nous avons des modèles de soins évolutifs dans notre merveilleux pays, et ces modèles correspondent à ce paradigme. Le modèle le plus impressionnant, selon moi, c'est celui de la transformation du cadre de santé mentale des jeunes au Nouveau-Brunswick. Je me suis permis de résumer le développement et l'évolution de ce cadre de services intégrés et des réseaux d'excellence connexes mis en place de 2009 à aujourd'hui au Nouveau-Brunswick, y compris les résultats du processus, son évaluation et les principaux facteurs de réussite. Je vous parlerai volontiers de certaines de ces choses durant notre discussion.

Je crois avoir respecté les sept minutes. Merci de votre attention. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

Dr Chris Wilkes, professeur, Association des psychiatres du Canada : Merci, honorables sénateurs, de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui. Je m'appelle Chris Wilkes. Je suis psychiatre et un ancien pédiatre. Je viens de Calgary, où je suis chef de la section des services ambulatoires à l'intention des enfants et des adolescents et chef de la division de pédopsychiatrie. Je suis aussi professeur au département de psychiatrie de l'Université de Calgary.

Je suis heureux d'être ici et de représenter l'APC, l'Association des psychiatres du Canada, une association professionnelle bénévole d'environ 5 000 psychiatres et 900 résidents en psychiatrie. L'Association compte aussi un conseil des académies, qui inclut l'Académie canadienne de psychiatrie des enfants et des adolescents.

La psychiatrie est une pratique fondée sur les données probantes qui repose sur les meilleures recherches que nous avons et qui permet d'obtenir les meilleurs résultats possible en matière de santé mentale.

J'aimerais commencer par remercier mes collègues de l'ACP et vous remercier vous aussi de faire preuve d'une diligence prudente et raisonnable relativement au sujet à la fois important et complexe qu'est la santé mentale des enfants et des jeunes.

Les recherches ont montré clairement qu'un développement social et émotionnel sain au cours des premières années de la vie est essentiel, y compris dans l'utérus, comme nous le rappellent les problèmes d'alcoolisation foetale et, si on remonte plus loin, le dossier de la thalidomide. Nous avons maintenant aussi accès

are a foundation for good mental health and resilience throughout life. And now, in fact, in many areas of the world mental health is defined as resilience in the face of adversity.

The Mental Health Commission of Canada has estimated that 1.2 million children and youth in Canada are affected by mental illness, and yet fewer than 20 or 25 per cent receive specialized access to treatment services. The mental health gap, even in a developed country like Canada, is significant, so we are clearly not out of the shadows yet.

Now, recent studies have found that half of all adult mental health disorders have their onset during childhood and 75 per cent really have developed by the time they are 25. So this issue of the developing brain as vulnerable and having multiple adverse child events that expose that developing brain does correlate with mental health adverse outcomes such as addiction, suicide and other disorders such as heart disease, obesity and diabetes in Canada. This is the traumatic spectrum of disorders of health.

Investing in child and youth mental health includes early intervention, improved access to appropriate evidence-based treatments and is essential if we are to avoid lifelong consequences for Canadians.

If we look at the social determinants of health, which are very important, such as food insecurity, inadequate housing, unemployment, racism and poor access to health care, we increase the likelihood of developing mental illness.

Now, Indigenous youth, whom we have heard about several times today, face additional challenges because of the disparities in wealth and also the disparities in access to services. Our Indigenous children and colleagues face historical injustices with an intergenerational trauma, socio-economic conditions and political marginalization.

However, there are innovative projects which we should direct your attention to. There is the Ontario early intervention program, Better Beginnings, Better Futures, and this has demonstrated how investing in prevention and promotion in early childhood can prevent poor developmental outcomes that then require less expensive interventions later on. This also is amply demonstrated and evidenced by the work of Heckman in 2009, which shows that for every dollar invested in early child care, you save $9 later on with reduced costs from education, specialized services being required, child welfare and justice,

à des recherches qui soulignent que le stress toxique joue un rôle crucial dans ce processus. Ces premières années sont le fondement de la bonne santé mentale et de la résilience tout au long de la vie. En fait, dans de nombreuses régions du globe, on définit maintenant la santé mentale comme la résilience face à l'adversité.

La Commission de la santé mentale du Canada estime que 1,2 million d'enfants et de jeunes au Canada ont des problèmes de maladie mentale et, malgré tout, moins de 20 à 25 p. 100 d'entre eux auront accès à des services de traitement spécialisés. L'écart en matière de santé mentale — même dans un pays industrialisé comme le Canada — est important, alors il est clair que nous ne sommes pas encore sortis du bois.

Et là, des études récentes ont révélé que la moitié des troubles de santé mentale chez les adultes sont déclenchés durant l'enfance et que 75 p. 100 des problèmes étaient déjà là lorsque la personne avait 25 ans. Par conséquent, il existe une corrélation entre toute la question de la vulnérabilité du cerveau en développement et de son exposition possible à de multiples événements néfastes durant l'enfance, d'une part, et les résultats négatifs en matière de santé mentale, comme la toxicomanie, le suicide et d'autres troubles, notamment les maladies cardiaques, l'obésité et le diabète d'autre part, au Canada. C'est le spectre traumatique des troubles de la santé.

Les investissements dans la santé mentale des enfants et des jeunes doivent inclure une intervention précoce et un meilleur accès à des traitements appropriés fondés sur des données probantes; c'est essentiel si nous voulons éviter aux Canadiens des conséquences permanentes.

Si on regarde les très importants déterminants sociaux de la santé, comme l'insécurité alimentaire, des logements inadéquats, le chômage, le racisme et un manque d'accès aux soins de santé, on constate qu'ils augmentent la probabilité de présenter une maladie mentale.

Comme on l'a déjà entendu plusieurs fois aujourd'hui, les jeunes Autochtones sont confrontés à des défis supplémentaires en raison des disparités au chapitre de la richesse et de l'accès aux services. Nos enfants et collègues autochtones sont confrontés à des injustices historiques, à quoi s'ajoutent les traumatismes intergénérationnels, les conditions socioéconomiques et la marginalisation politique.

Cependant, il y a des projets novateurs sur lesquels nous nous devons d'attirer votre attention, comme le programme ontarien d'intervention précoce, Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, qui a prouvé qu'un investissement dans la prévention et la promotion durant la petite enfance peut aider à prévenir de moins bons résultats développementaux, ce qui exigera moins d'interventions dispendieuses plus tard. C'est aussi quelque chose qui a été montré et prouvé par les travaux de Heckman, en 2009. En effet, ce dernier a montré que, pour chaque dollar investi dans les soins à la petite enfance, on économise 9 $ plus

and increased tax revenue as these people can grow on to be productive members of society.

Now, regrettably, if we look at our resources, in 2015, only 7 per cent of Canada's total health care spending went to non-dementia-related mental health care, which is far less than other countries like the U.K. and Australia, which spend approximately 12 to 14 per cent.

Now, thanks to public health awareness and anti-stigma efforts, more Canadians are seeking help for mental disorders. You have just heard about the CIHI data indicating increased numbers of visits to emergency room, increased numbers of admissions of youth and increased use of medication.

Now, a survey of Children's Mental Health Ontario clearly demonstrated that every few years there is a 10 per cent increase of referrals for counselling and therapy. In different parts of the country, the wait list times can reach as long as 6 to 18 months for the most in-demand services. This is not acceptable.

There is still much more that needs to be done to ensure better access to quality care. And as a reminder, suicide is never far from our minds. Suicide remains the second-leading cause of death for youth between the ages of 15 and 24. As you heard, there is an average of 11 suicides per day. But as you go west in Canada and up north to the Indigenous populations, this percentage increases. There is a five or six-fold increase in suicides in these vulnerable youth.

Chronic underfunding has led to inadequate access to comprehensive biopsychosocial care. We need to provide effective interventions in a timely way to children that are based on the best available evidence and delivered by the most appropriate health care provider in a tiered approach system, going from e-mental health, telepsychiatry, other psychosocial interventions and intensive high-needs treatment in hospitals.

Emerging data clearly indicates that the brain continues to develop up to 25 or 26. So, now we are trying to look at the role of youth and emerging adults. These are a particularly vulnerable population as they move from the child and adolescent services into the adult system. We know that about 52 per cent of these young people who are transitioning to adult services disengage at a time when serious mental illnesses are most likely to occur.

tard grâce à la réduction des coûts liés aux services d'éducation et aux services spécialisés requis, à la protection de l'enfance et à la justice et aux recettes fiscales accrues, puisque ces personnes peuvent devenir des membres productifs de la société.

Malheureusement, si nous regardons nos propres ressources, en 2015, seulement 7 p. 100 des dépenses totales en soins de santé au Canada ont été consacrés aux soins de santé mentale non liés à la démence, ce qui est beaucoup moins que dans d'autres pays, comme le Royaume-Uni et l'Australie, qui consacrent environ de 12 à 14 p. 100 dans de tels soins.

Grâce aux efforts de sensibilisation à la santé publique et à la lutte contre la stigmatisation, plus de Canadiens demandent de l'aide pour des troubles mentaux. Vous venez d'entendre parler des données de l'ICIS, qui note un nombre accru de visites à l'urgence, un nombre accru d'admissions de jeunes et un recours plus large à la médication.

Un sondage de Santé mentale pour enfants Ontario a montré clairement que, tous les deux ou trois ans, on note une augmentation de 10 p. 100 de l'aiguillage vers des services de counseling et de thérapie. Dans différentes régions du pays, le temps passé sur une liste d'attente peut atteindre de 6 à 18 mois dans le cas des services les plus demandés. C'est inacceptable.

Il reste encore beaucoup à faire pour assurer un meilleur accès à des soins de santé de qualité. Dois-je vous rappeler que le suicide n'est jamais loin de nous? Le suicide se classe au deuxième rang des causes de décès chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Comme vous l'avez entendu, il y a en moyenne 11 suicides par jour. Cependant, lorsqu'on se tourne vers l'ouest du Canada et vers le nord, vers les populations autochtones, ce pourcentage augmente. Le taux de suicide chez ces jeunes vulnérables est de cinq à six fois plus élevé.

Le sous-financement chronique a mené à un accès inadéquat à des soins biopsychosociaux complets. Nous devons fournir des interventions efficaces et rapides aux enfants, des interventions qui sont fondées sur les meilleures données probantes accessibles et offertes par les professionnels de la santé les plus appropriés en vertu d'une approche par paliers, allant de la santé mentale en ligne à la télépsychiatrie jusqu'à d'autres interventions psychosociales et au traitement intensif à l'hôpital des personnes dont les besoins sont élevés.

Les nouvelles données montrent clairement que le cerveau continue de se développer jusqu'à 25 ou 26 ans. Par conséquent, nous tentons maintenant d'examiner le rôle des jeunes et des nouveaux adultes. Il s'agit d'une population particulièrement vulnérable tandis qu'ils passent des services pour enfants et adolescents au système pour les adultes. Nous savons que 52 p. 100 des jeunes qui font la transition vers les services pour les adultes mettent fin au processus à un moment où les maladies mentales graves sont les plus susceptibles d'apparaître.

Without access to needed assessment and treatment, mental health and social services are going to be vital. There is a great human and economic cost and the evidence-based service delivery approach needs to be implemented and tracked for this population.

With 1.6 million Canadians facing unmet mental health needs and 75 per cent of the children not obtaining appropriate specialized care, it is important to invest in our system. We also to collect data and analyze that data to measure the impact of the strategies we are implementing.

Unfortunately, there is currently a lack of reliable, comparable data that spans children's services, social services, education, justice and health across the provinces and territories. The electronic health records that do exist often exist in silos and are not compatible.

There has been improvement with increased and sustained funding, and greater progress can be made. One such improvement is the power of partnerships. This builds capacity and mental health literacy. We also heard today about innovations in the school system and in primary care, the shared care model and the CanReach model. These help us to bridge a gap between ministries of health, child welfare and social services and the justice department and work in a comprehensive and integrated manner.

In summary, the four points CPA wants to emphasize are in alignment with the world Mental Health Action Plan of 2013 to 2020. This plan emphasizes the importance of effective leadership for greater investment in child and youth mental health, which includes early intervention and improved access to appropriate evidence-based treatments.

Federally based leadership here could certainly be a great asset. Some Canadian tax revenue from cannabis, which was legalized today, may want to go into mental health.

Also needed is support for the spread and delivery of innovative, cost-effective treatments, which can promote mental health literacy and also prevent mental discords in our vulnerable youth, particularly in schools.

We want improved data collection to promote research and inform policy and measure the impact of our additional resources that we are putting in this area.

Sans accès aux évaluations et traitements nécessaires, les services de santé mentale et les services sociaux seront vitaux. Il y a un énorme coût humain et économique, et il faut mettre en place une approche en matière de prestation de services fondée sur des données probantes et faire un suivi de cette population.

Étant donné que 1,6 million de Canadiens ont des besoins non comblés en matière de santé mentale et que 75 p. 100 des enfants n'obtiennent pas les soins spécialisés appropriés, il est important d'investir dans notre système. Il faut aussi recueillir des données et les analyser pour mesurer l'incidence des stratégies que nous mettons en place.

Malheureusement, il manque actuellement de données fiables et comparables qui portent sur les services pour les enfants, les services sociaux, l'éducation, la justice et la santé dans l'ensemble des provinces et des territoires. Les systèmes de dossiers de santé électronique qui existent sont souvent cloisonnés et non compatibles.

On a noté une amélioration grâce à un financement accru et permanent, et on peut faire encore plus de progrès. Une telle amélioration est liée au pouvoir des partenariats, qui renforcent les capacités et les connaissances en santé mentale. Nous avons aussi entendu parler aujourd'hui d'innovations dans le système scolaire et les soins primaires, du modèle de soins partagés et du modèle CanREACH. De tels modèles aident à combler le fossé entre les ministères de la Santé, les services de protection de l'enfance et les services sociaux et le ministère de la Justice et misent sur un cadre de travail global et intégré.

En résumé, les quatre points que voulait souligner l'ACP sont alignés sur ce qui est prévu dans le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 à l'échelle mondiale. Ce plan souligne l'importance d'un leadership efficace pour assurer de plus importants investissements dans la santé mentale des enfants et des jeunes, et notamment des interventions précoces et un accès accru à des traitements appropriés fondés sur des données probantes.

Ici, un leadership fédéral pourrait assurément être un grand atout. Certains des revenus fiscaux canadiens découlant de la vente du cannabis, légal depuis aujourd'hui, pourraient être consacrés à la santé mentale.

Il faut aussi soutenir la diffusion et la prestation de traitements novateurs et économiques qui permettent de promouvoir les connaissances en santé mentale et de prévenir les troubles mentaux chez nos jeunes vulnérables, surtout dans les écoles.

Nous voulons une meilleure collecte de données pour promouvoir la recherche, étayer les politiques et mesurer l'impact des ressources supplémentaires que nous consacrons dans ce domaine.

We also require increased access to services at the primary care level, mainlining mental health in community care systems so that we have an integrated, comprehensive and responsive system. In short, I'm emphasizing that if we work together, we are stronger and more effective. Thank you.

The Chair: Thank you to both our witnesses. We are ready for questions. I remind you that Dr. Fisman will have to leave. If you wish to ask a question directed to Dr. Fisman first, that would be fine.

Senator Seidman: Thank you very much for your valuable inputs. Indeed, Dr. Wilkes, you said this is a complex subject matter, and this is in fact the first stages of our study on youth mental health, with the hope that we're going to be able to narrow it down and really focus. We're looking for something that will be relevant and meaningful, always conforming to the idea that we need to keep the jurisdictional issues in mind. We're parliamentarians, and we have the tools of federal jurisdiction here.

With all this in mind, I'd like to posit the following, and then have some comment from you. It's been said that global issues, like dislocation in wars, social media and the Internet in a rapidly evolving world, the legalization of cannabis today, has given rise to new challenges to young people's mental health. I'm asking you if you believe this is the case, and if so, what would you say are these particular new challenges? I might start with you, Dr. Fisman.

Dr. Fisman: I think we talked a little bit about this in the previous session, and absolutely I think they've brought challenges. When I think about growing up and I think about kids growing up now, it's very different. The way that society is organized is quite different. There has been family disruption in what we knew as the traditional family. That doesn't make it right or wrong, but it's changed, and it's a massive change. Economics have meant that we have two parents working, so we have children who come home to empty houses after school. That wasn't all of our experiences. Then, as the Internet developed and we began to see the positives and the negatives, certainly in terms of mental health, issues like cyberbullying and its correlation with suicide became an everyday experience for us as health care providers.

These are all given, and what we have to do is develop systems that mitigate change and embrace it in the way that we can and work with new models so that we can grow healthy kids.. I think it's very tough to grow up now compared with 20, 30 years ago.

Nous avons aussi besoin d'un accès accru aux services de soins primaires. Il faut intégrer la santé mentale dans les systèmes de soins communautaires de façon à pouvoir compter sur un système intégré, complet et adapté. Bref, j'insiste sur le fait que, si nous travaillons en collaboration, nous serons plus forts et plus efficaces. Merci.

La présidente : Merci à nos deux témoins. Nous sommes prêts à passer aux questions. Je vous rappelle que la Dre Fisman doit bientôt partir. Si vous voulez commencer par lui poser directement une question, c'est parfait.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup de vos précieux commentaires. En effet, docteur Wilkes, vous avez dit que c'est un sujet complexe; nous en sommes en fait aux premières étapes de notre étude sur la santé mentale des jeunes et nous espérons pouvoir circonscrire l'enjeu et vraiment nous concentrer sur certaines choses précises. Nous cherchons quelque chose qui sera pertinent et significatif tout en gardant à l'esprit les enjeux liés aux sphères de compétence. Nous sommes des parlementaires, et nous avons accès aux outils qui relèvent de la compétence fédérale.

Cela dit, j'aimerais dire ce qui suit, puis écouter ce que vous avez à dire à ce sujet. Il a été dit que des enjeux mondiaux, comme les bouleversements causés par les guerres, les médias sociaux et Internet dans un monde en rapide évolution et la légalisation du cannabis, aujourd'hui même, eh bien, que tout ça a créé de nouveaux défis en ce qui a trait à la santé mentale des jeunes. J'aimerais savoir si, selon vous, c'est le cas et, dans l'affirmative, quels sont, selon vous, ces nouveaux défis précis? Pourquoi ne pas commencer par vous, docteure Fisman.

Dre Fisman : Je pense que nous en avons parlé un peu durant la séance précédente et, selon moi, il ne fait aucun doute que tout ça a créé des défis. Lorsque je pense au fait de grandir et que je pense aux enfants qui passent par là aujourd'hui, c'est très différent. L'organisation de la société est très différente. Il y a eu des bouleversements familiaux dans ce que nous appelions la famille traditionnelle. Je ne dis pas que c'est bien ou mal, mais il y a du changement, beaucoup de changements. L'économie fait en sorte que les deux parents travaillent, et, après l'école, les enfants reviennent donc dans des maisons vides. Ce n'est pas ce que nous avons vécu. Puis, lorsqu'Internet a pris de l'expansion, nous avons commencé à voir des aspects positifs et des aspects négatifs, certainement sur le plan de la santé mentale; des problèmes comme la cyberintimidation et son lien avec le suicide sont devenus une expérience quotidienne pour nous en tant que professionnels de la santé.

Tout ça, c'est notre réalité, et ce que nous devons faire, c'est mettre au point des systèmes qui permettent d'atténuer le changement et de l'accepter comme on peut et d'utiliser de nouveaux modèles afin que nous puissions avoir des enfants sains. Je crois que c'est très difficile de grandir, aujourd'hui, comparativement à il y a 20 ou 30 ans.

Senator Seidman: Thank you.

Dr. Wilkes: It's a good question and I'd emphasize that whenever we challenge our biology we will lose. Liquid modernity doesn't always foster easy identification of role and identity. Certainly, we face more problems and challenges with relational poverty rather than material poverty in many populations. It's the relational poverty, the modelling, which helps emotional regulation skills. A lot of children we see in emergency rooms at the moment have less emotional regulation skills and so they use common substances like pot, alcohol or shopping as a way of making a connection for themselves and making themselves feel better. They search for the "magical other" instead of having an opportunity to have an adult where they can actually develop the skills of building their own personal responsibility and containment. There's no question that we have difficulties with emotional maturation. That data is already out there. In the last 50 to 60 years there has been an increased number of narcissistic scores and lack of altruism in college students in North America. It takes longer to grow up. The old 18 is now 28 in a lot of cases. There are challenges, and yet you have access to the Internet and immediate gratification and it supports impulsivity. You have a difficult situation where you have delayed maturation of emotional skills, but you've got increased access to modern privileges which are dangerous.

Dr. Fisman: We talked about emotional regulation, effect, dysregulation a couple of times today, and that is rooted in early development. It's rooted in that caretaker-infant relationship and learning to modulate emotion very early on. Given the changes and societal disruption, we see that that emotional regulation doesn't happen as regularly as it used to happen. The earlier we can intervene in terms of developing coping skills for emotional regulation, the more likely we are to still save our youth from adult psychopathology, and the classic psychopathology is borderline personality disorder.

There is an evidence-based intervention that we've tried to grow in southwestern Ontario, to give you a microcosm of something that works well, called dialectical behaviour therapy. We're doing a longitudinal study at the moment looking at the outcome. The beauty of dialectical behaviour therapy done in its purest form in adolescence is that it involves a caregiver or parent, and the youth. They do a 20-week intervention with modules where they learn the skills together. There is one particular set of skills they learn, a module called middle path, where they learn to negotiate with each other and resolve conflict.

La sénatrice Seidman : Merci.

Dr Wilkes : C'est une bonne question, et j'insiste sur le fait que, chaque fois que nous allons à l'encontre de notre biologie, nous perdons. La modernité est fluide et elle ne permet pas toujours une identification facile en matière de rôle et d'identité. Bien sûr, dans de nombreuses populations nous sommes confrontés à plus de problèmes et de défis liés à la pauvreté relationnelle plutôt que la pauvreté matérielle. C'est la pauvreté relationnelle, la modélisation, qui favorisent les techniques de régulation des émotions. Beaucoup d'enfants que nous voyons à l'urgence en ce moment possèdent moins de techniques de régulation des émotions et ils utilisent des expédients courants comme le cannabis et l'alcool ou encore le magasinage pour créer des liens et se sentir mieux. Ils cherchent l'« autre magique » plutôt que d'avoir l'occasion de compter sur un adulte, ce qui leur permettrait de vraiment acquérir les compétences nécessaires pour définir leurs responsabilités personnelles et acquérir de la retenue. Il ne fait aucun doute qu'il y a des problèmes de maturation émotionnelle. Les données sont déjà là. Au cours des 50 à 60 dernières années, on note un nombre accru de cas de narcissisme et d'absence d'altruisme dans les étudiants au niveau collégial en Amérique du Nord. Il faut plus de temps pour devenir adulte. L'ancien cap de 18 ans est maintenant passé à 28 ans dans beaucoup de cas. Il y a des défis, et, malgré tout, on a accès à Internet et à la gratification immédiate, ce qui favorise l'impulsivité. On se retrouve dans une situation où la maturation des compétences émotionnelles est retardée, tout en ayant un accès accru aux privilèges modernes. Tout ça est dangereux.

Dre Fisman : Nous avons parlé à quelques reprises aujourd'hui de la régulation émotionnelle, de l'effet, des troubles émotifs, et tout ça est enraciné dans le développement précoce. C'est enraciné dans la relation entre le soignant et l'enfant et l'apprentissage très précoce de la modulation des émotions. Étant donné les changements et la perturbation sociale, nous constatons qu'une telle régulation émotionnelle ne se produit pas aussi régulièrement qu'avant. Plus rapidement nous pouvons intervenir afin de permettre l'acquisition des compétences d'adaptation favorisant la régulation émotionnelle, plus on est susceptibles de réussir à sauver nos jeunes de la psychopathologie à l'âge adulte, et la psychopathologie classique, c'est le trouble de la personnalité limite.

Nous avons essayé d'appliquer à plus grande échelle une intervention fondée sur des données probantes dans le Sud-Ouest de l'Ontario — pour donner une idée à petite échelle de quelque chose qui fonctionne bien —, ce qu'on appelle la thérapie comportementale dialectique. Nous réalisons une étude longitudinale en ce moment pour en connaître les résultats. La beauté de la thérapie comportementale dialectique dans sa forme la plus pure, à l'adolescence, c'est qu'elle fait intervenir un soignant ou un parent et le jeune. On procède à une intervention de 20 semaines comptant des modules, et les participants apprennent les compétences ensemble. Il y a un ensemble de

Dr. Wilkes has talked about evidence-based and we've heard over people talk about evidence-based. As an example, the emerging evidence base for DBT is really strong. Our program is delivered by nurses. Nurses are skilled. They need to be trained in the intervention. Child and youth workers can be trained. At the moment, however, they're not a regulated profession, so they can't deliver DBT. So, we need to change policies to allow freedom, to allow things to happen that disrupt our systems and allow us to do these kinds of interventions, which are very effective at a relatively low cost.

The Chair: Thank you, Dr. Fisman.

Senator Munson: I'm an Ontario senator, but I'm from New Brunswick. New Brunswick doesn't have a lot of money. You have put in front of us this plan. In layperson terms, can you tell us why this plan is good and why it should be a Canadian model? Has the model been effective in the province of New Brunswick?

Dr. Fisman: The metrics look excellent. The beauty of the program is that it brought together people who could provide funding. Economics is always important. The political will to do something significant is also important. In New Brunswick this started at the top. There was the political will to make a difference, to make a change. A number of departments came together around the child and created a governance model that enabled this.

I think that you need to train people, engage people, create collaboration, which are all things they did. This didn't happen overnight. It was a process. It was led by two university professors in concert with government and service providers, over time. Their metrics, which are summarized in the two-pager, demonstrate reductions in wait-lists, and an increase in the numbers of people seen, and seen earlier. Then — and I'm going to use the word metastasized — the program metastasized to different parts of New Brunswick and then the province as a whole.

This is over nine years. It's going to be important to sustain it. But I think it's a model that's worth looking at. It's very impressive.

compétences précis que les participants acquièrent, un module qu'on appelle la voie du centre, et qui permet aux participants d'apprendre à négocier avec l'autre et à régler les conflits.

Le Dr Wilkes a parlé des données probantes, et nous avons entendu d'autres personnes en parler aussi. Par exemple, les nouvelles données probantes qui appuient la TCD sont vraiment solides. Notre programme est offert par du personnel infirmier. Ces personnes sont qualifiées. Il faut les former pour qu'elles puissent réaliser l'intervention. Ceux qui travaillent auprès des enfants et des jeunes peuvent être formés. En ce moment, cependant, ils ne sont pas des professionnels réglementés et ils ne peuvent donc pas offrir la TCD. Par conséquent, il faut modifier les politiques pour donner un peu plus de liberté, permettre à des choses de se produire, des interventions qui perturbent nos systèmes et nous permettent de réaliser ces genres d'intervention, qui sont très efficaces et qui coûtent relativement peu d'argent.

La présidente : Merci, docteure Fisman.

Le sénateur Munson : Je suis un sénateur de l'Ontario, mais je viens du Nouveau-Brunswick. Il n'y a pas beaucoup d'argent au Nouveau-Brunswick. Vous nous avez présenté ce plan. En termes simples, pouvez-vous nous dire pourquoi c'est un bon plan et pourquoi ce devrait être le modèle canadien? Le modèle a-t-il fait ses preuves au Nouveau-Brunswick?

Dre Fisman : Les données semblent excellentes. La beauté du programme, c'est qu'il a permis de réunir des bailleurs de fonds. La question économique est toujours importante. La volonté politique de faire quelque chose de majeur est aussi importante. Au Nouveau-Brunswick, tout a commencé par le haut. La volonté politique de changer les choses et d'apporter des changements était là. Un certain nombre de ministères se sont réunis autour du thème de l'enfant et ont créé un modèle de gouvernance qui a permis tout ça.

Selon moi, vous devez former les gens, les mobiliser, créer des relations de collaboration... Toutes les choses que nous avons faites. On n'y est pas arrivé du jour au lendemain. C'est un processus. Le processus était dirigé par deux professeurs d'université de concert avec le gouvernement et des fournisseurs de services, et le processus a été progressif. Leurs mesures, qui sont résumées dans le document de deux pages, montrent des réductions des listes d'attente et un nombre accru de personnes rencontrées et rencontrées plus rapidement. Puis — et je vais utiliser le mot métastase — le programme s'est métastasé dans différentes régions du Nouveau-Brunswick et a fini par être réalisé dans toute la province.

Cela s'est fait sur une période de neuf ans. Ce sera important de maintenir la cadence, mais, selon moi, c'est un modèle qui vaut la peine d'être examiné. C'est très impressionnant.

The Chair: Thank you very much, Dr. Fisman, for being here. I know you have a flight to catch, but we really appreciate that you took the extra time.

Dr. Fisman: Thank you for the opportunity.

The Chair: We have 10 minutes left, so I want to encourage my colleagues and the witness to be short in their questions and answers, if possible.

Senator Ravalia: Thank you very much for that excellent presentation. I was wondering whether you were concerned about the volume of psychotropic medicines that are being prescribed to our youth and mental cohort, and whether you feel there may be some metabolic differences in the way these drugs are handled by different groups, vis-a-vis settler versus Indigenous versus immigrant populations.

Dr. Wilkes: To answer that question the simple way: Yes, we are concerned. There's a lot more medication being prescribed. I'll give you an example of a result of discussions over this that have happened in Calgary, Alberta. We've had a lot of youth who were users of the emergency room, long stay and patients coming in and not being able to be discharged because of their behaviour. They were on a lot of medication. Some of them have borderline personality disorder, some of them have PDD and ASD, and developmental disabilities like fetal alcohol or autism spectrum.

We found that when we do a wraparound program with child welfare, nongovernment organizations who provide some residential care, and health and mental health working together, we're able to save 98 per cent hospital days, which added up to about 1,000 when we did our last review. That is very cost-effective when you think that if you save one day at hospital, you save $1,000. So if you've saved 1,000, you've saved a lot of money.

We know that the wraparound for those children who are using a lot more of the medication is very effective.

We also know that something like 3 per cent of the children who are often in child welfare system are the ones who use the most resources. It's often those who have the most complex neurodevelopmental problems who are also using the most of the medications. They also have the most disrupted follow-up care; they move from one doctor to another, and no doctor wants to really discontinue and make the situation worse. However, if you have a residential program and you're working with other partners, you can do that. But without that, doctors are trying to

La présidente : Merci beaucoup, docteure Fisman d'être là. Je sais que vous avez un avion à prendre, mais nous vous sommes vraiment reconnaissants d'avoir pris un peu plus de temps.

Dre Fisman : Merci de m'en avoir donné l'occasion.

La présidente : Il nous reste 10 minutes, alors je veux encourager mes collègues à poser des questions brèves et notre témoin, à s'en tenir à des réponses courtes, si possible.

Le sénateur Ravalia : Merci beaucoup de votre excellent exposé. Je me demande si vous êtes préoccupés par la quantité de médicaments psychotropes prescrits à nos jeunes et aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale. En outre, selon vous, y a-t-il, peut-être, des différences métaboliques quant à la façon dont ces médicaments sont absorbés par les membres de différents groupes, entre les colons, les Autochtones, les populations immigrantes...

Dr Wilkes : Pour répondre simplement à cette question, oui, nous sommes inquiets. Il y a beaucoup plus de médicaments prescrits. Je vais vous donner un exemple du résultat des discussions qu'on a eues à ce sujet à Calgary, en Alberta. Il y a eu beaucoup de jeunes qui se retrouvaient à l'urgence, des personnes qui étaient hospitalisées longtemps et des patients qui faisaient l'aller-retour et qui ne pouvaient pas obtenir de congé en raison de leur comportement. Ils prenaient beaucoup de médicaments. Certains affichaient un trouble de la personnalité limite, d'autres des TED et des TSA ou encore des déficiences développementales comme des problèmes d'alcoolisation foetale ou des troubles du spectre autistique.

Nous avons constaté que, lorsque nous réalisons un programme qui mise sur une approche englobante de pair avec les services de protection de l'enfance, des organisations non gouvernementales qui fournissent des soins en établissement et des services de santé et de santé mentale et que tous ces intervenants travaillent ensemble, nous réussissons à éliminer 98 p. 100 des jours d'hospitalisation, ce qui a représenté environ 1 000 jours lorsque nous avons réalisé notre dernier examen. C'est très rentable quand on pense qu'une journée à l'hôpital coûte 1 000 $. Si on a évité 1 000 jours d'hospitalisation, c'est beaucoup d'argent.

Nous savons que l'approche enveloppante est très efficace pour les enfants qui consomment beaucoup plus de médicaments.

Nous savons également que quelque chose comme environ 3 p. 100 des enfants qui sont souvent pris en charge par le système de protection de l'enfance sont ceux qui utilisent le plus de ressources. Ce sont souvent eux qui affichent les problèmes neurodéveloppementaux les plus complexes et qui consomment le plus de médicaments. Ce sont aussi eux qui ont reçu les soins de suivi les plus perturbés. Ils passent d'un médecin à l'autre, et aucun médecin ne veut vraiment arrêter la médication et empirer la situation. Cependant, si on a un programme résidentiel et

provide safety through pharmacological containment so the child doesn't run out into traffic, murder a parent or show aggression to others.

But it is an area of much concern for many doctors. We know if there's a history of trauma, these are often the adolescents who don't do so well with traditional treatments.

There's the Sheldon Kennedy Child Advocacy Centre that has pooled together health, mental health, justice and child welfare. When you have that group working closely together, you reduce the amount of medications used.

We have to redefine what we mean by therapy. For example, canine, equine, music and sports therapy are great emotional regulators. If you have a secure base, you can start to use other interventions.

Senator Omidvar: One of your recommendations, Dr. Wilkes — your first one — states that the CPA recommends effective leadership for greater investments in child and youth mental health. I wonder if I could get your comments on the investments the federal government has announced it is making in Budget 2017. I have the breakdown here. It's roughly $5 billion over 10 years, and it's parsed out to provinces based on the size of their population. For instance, your province, Alberta, would get over 10 years $586 million. The province of Ontario, where I'm from, would get $1.9 billion.

Would you say this is a good first step? Would you say it's not enough? Do you have a sense of how much this envelope needs to be enriched, or is it more a sense of how it should be used? "It's not the absolute amount of money, but it's deployment." I wonder if you can help me with that.

Dr. Wilkes: It's an excellent question. In Alberta, we have been fortunate to lobby and advocate with the corporate community. We often have joint projects where the community has matched the government money to build different projects. We've had new hospitals. We've got a new mental health centre, which is in the process of being built.

So to the first point, it's a really good first step, but it is also a question of reminding people that this comes down to a human rights issue. You can have excellent services in cities but very poor distribution and poor access. We have to follow that up with supporting people to use those services: for example, supporting parking and extending the hours that the clinic is

qu'on travaille en collaboration avec d'autres partenaires, on peut le faire. Cependant, sans ça, les médecins essaient d'assurer la sécurité des jeunes grâce à un encadrement pharmacologique de façon à ce que les enfants n'aillent pas courir au milieu des voitures, n'assassinent pas un parent ou ne montrent pas d'agression à l'égard des autres.

Il s'agit effectivement d'un enjeu qui préoccupe beaucoup de médecins. Nous savons que, s'il y a des antécédents de traumatismes, il s'agit habituellement d'adolescents chez qui les traitements traditionnels ne fonctionnent pas très bien.

Le Sheldon Kennedy Child Advocacy Centre a réuni des responsables de la santé, de la santé mentale, de la Justice et de la protection de l'enfance. Lorsqu'un tel groupe d'intervenants travaille en étroite collaboration, on réduit la quantité de médicaments prescrits.

Il faudrait définir ce qu'on veut dire par thérapie. Par exemple, les thérapies canine, équine, musicale ou sportive sont d'excellentes façons de maîtriser les émotions. Une fois la base solide, on peut commencer à miser sur d'autres interventions.

La sénatrice Omidvar : Docteur Wilkes, l'une de vos recommandations — la première — c'est que l'APC recommande un leadership efficace pour accroître les investissements dans la santé mentale des enfants et des jeunes. Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez des investissements que le gouvernement fédéral a annoncés dans le budget de 2017? J'ai une ventilation, ici. On parle d'environ 5 milliards de dollars sur 10 ans, et ce montant est réparti entre les provinces en fonction de la taille de la population. Par exemple, votre province, l'Alberta, obtient 586 millions de dollars sur 10 ans. La province de l'Ontario, d'où je viens, 1,9 milliard de dollars.

Diriez-vous que c'est une bonne première étape? Que ce n'est pas assez? Avez-vous une idée des fonds supplémentaires qu'il faut fournir ou s'agit-il plutôt de réfléchir à la façon dont les fonds sont utilisés? « Ce n'est pas la quantité de fonds en tant que telle, mais la façon qu'on les utilise. » Pouvez-vous m'aider à comprendre.

Dr Wilkes : C'est une excellente question. En Alberta, nous avons eu la chance de faire du lobbying et de la promotion auprès du milieu des affaires. Nous réalisons souvent des projets conjoints dans le cadre desquels la collectivité a versé une somme équivalente à celle du gouvernement afin de réaliser différents projets. Nous avons eu de nouveaux hôpitaux. Nous avons un nouveau centre de santé mentale, qui est en train d'être construit.

Par conséquent, pour ce qui est du premier point, c'est vraiment une bonne première étape, mais il faut aussi rappeler aux gens que, au bout du compte, c'est une question de droits de la personne. Il y a d'excellents services dans les villes, mais la répartition est très mauvaise, tout comme l'accès. Il faut faire un suivi et soutenir les gens afin qu'ils utilisent ces services. Par

open until the evening to accommodate single-parent families. There are a lot of other finer details that make a difference in terms of how a service is delivered and how it is accessed. But it is a very good step.

Senator Omidvar: Since you're from Alberta, you've described the Sheldon Kennedy initiative, which I'm somewhat familiar with, and you have brought together stakeholders to provide wraparound, holistic services. Alberta has been allotted $586 million over ten years, and this amount would be complemented by whatever Alberta and municipalities fund. I want to know if you are at the table as the distribution of this money is discussed in Alberta.

Dr. Wilkes: I would not be at the table. That would be above my pay grade or position, I think. But the provincial government, such as Sarah Hoffman, the Minister of Health, and other parts of the Alberta health services executive would be involved.

Senator Omidvar: Would the CPA be consulted on that?

Dr. Wilkes: Good question. The CPA is not consulted on that specifically. We have physicians who are part of those board meetings, and they are asked their opinions and where the money should be going. There's a round-table discussion of stakeholders.

Senator Dasko: Dr. Wilkes, you mentioned e-health?

Dr. Wilkes: E-mental health, yes.

Senator Dasko: Do you see e-mental health as an effective, lower-cost method of delivering services, and does it create more accessibility? Is it something you're promoting?

Dr. Wilkes: In Alberta, we are trying to promote that as being an increased way of accessing information for people in the community to promote mental health literacy. As said earlier, there are a lot of people who struggle with poor emotional regulation. We're trying to improve community mental health literacy at the schools and in other areas, such as Indigenous areas and reservations. We also want to make sure this is easily accessible for family doctors who can access that information and redirect their patients to these other resources.

exemple, aider pour ce qui est du stationnement et prolonger les heures d'ouverture des cliniques jusqu'au soir pour répondre aux besoins des familles monoparentales. Il y a beaucoup d'autres détails plus précis qui peuvent changer la donne quant à la façon dont un service est offert et la façon dont on peut y avoir accès, mais ça reste un très bon premier pas.

La sénatrice Omidvar : Puisque vous venez de l'Alberta, vous avez décrit l'initiative Sheldon Kennedy, que je connais un peu, et vous avez réuni des intervenants pour fournir des services holistiques fondés sur l'approche englobante. L'Alberta s'est vu attribuer 586 millions de dollars sur 10 ans, et ce montant ira s'ajouter à tout ce que l'Alberta et les municipalités fourniront. J'aimerais savoir si vous participez aux discussions quant à la façon dont l'argent est distribué en Alberta.

Dr Wilkes : Je ne participe pas à ces réunions. C'est pour des gens plus haut placés que moi, je crois. Cependant, le gouvernement provincial, comme Sarah Hoffman, la ministre de la Santé, et d'autres cadres des autres composantes des services de santé albertains y participent.

La sénatrice Omidvar : Est-ce que l'APC est consultée à ce sujet?

Dr Wilkes : Bonne question. L'ACP n'est pas consultée à ce sujet, précisément. Il y a des médecins qui participent à ces réunions de conseil, et on leur demande leur avis quant à la façon dont l'argent doit être dépensé. Les intervenants discutent en table ronde de tout ça.

La sénatrice Dasko : Docteur Wilkes, vous avez mentionné la cybersanté?

Dr Wilkes : Les services de santé mentale en ligne, oui.

La sénatrice Dasko : Selon vous, est-ce que les services de santé mentale en ligne constituent une méthode efficace et moins coûteuse d'assurer la prestation de services et ont-ils pour effet d'accroître l'accessibilité? Est-ce quelque chose dont vous faites la promotion?

Dr Wilkes : En Alberta, nous tentons de promouvoir ces services comme une meilleure façon pour les gens d'avoir accès à l'information dans les collectivités pour promouvoir la littéracie en matière de santé mentale. Comme on l'a dit précédemment, beaucoup de personnes ont de la difficulté à maîtriser leurs émotions. Nous tentons d'améliorer les connaissances communautaires en matière de santé mentale dans les écoles et dans d'autres régions, comme dans les régions Autochtones et les réserves. Nous voulons aussi nous assurer que tout ça est facilement accessible pour les médecins de famille qui peuvent consulter l'information et aiguiller leurs patients vers ces autres ressources.

There are the ABCs of cognitive therapy, which is a well-known treatment approach for depression — can be available. Resources, if you're struggling with bullying — resources, if you are struggling with issues of being abused or neglected. So it is trying to empower youth to access services.

Senator Dasko: So it covers a range of areas?

Dr. Wilkes: Yes, and I am at that table discussing how we can roll out e-mental health to try to improve the services. Like any province, the northern areas away from the main cities in the more rural areas have less resources. This is another way of providing help for family doctors, also other psychiatrists who haven't specialized knowledge of child adolescence but they can access e-mental health.

The Chair: I want to thank our witnesses.

Your input, insight and expertise has already proven to be very valuable to our study, and I want to thank you.

(The committee adjourned.)

Il y a l'ABC de la thérapie cognitive, une approche de traitement bien connue pour lutter contre la dépression, qui est accessible. Des ressources pour les gens qui sont aux prises avec l'intimidation, des ressources pour ceux qui ont des problèmes de violence ou de négligence. On tente de permettre aux jeunes d'avoir accès aux services.

La sénatrice Dasko : Donc ça couvre beaucoup de domaines?

Dr Wilkes : Oui, et je participe aux discussions quant à la façon dont nous pouvons mettre en place des services de santé mentale en ligne afin d'essayer d'améliorer les services. Comme toute province, les régions nordiques, loin des grandes villes, dans les zones plus rurales, ont moins de ressources. C'est une autre façon de fournir de l'aide aux médecins de famille, et aussi à d'autres psychiatres, qui n'ont pas de connaissances spécialisées liées aux enfants et à l'adolescence, mais qui peuvent avoir accès à ces services de santé mentale en ligne.

La présidente : Je tiens à remercier nos témoins.

Vos commentaires, vos idées et votre expertise se sont déjà révélés très précieuses dans le cadre de notre étude, et je tiens à vous en remercier.

(La séance est levée.)

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, October 18, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m. to continue its study on issues relating to social affairs, science and technology generally (topic: study on child and youth mental health).

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Good morning and welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

My name is Chantal Petitclerc, a senator from Quebec. I am pleased to be chairing the meeting this morning.

[*English*]

Before we give the floor to our witnesses, whom we are pleased to have with us, I would invite my colleagues to introduce themselves.

Senator Seidman: Judith Seidman, deputy chair of the committee, Montreal, Quebec.

Senator Eaton: Nicole Eaton, Ontario.

Senator Ravalia: Mohamed Ravalia, Newfoundland and Labrador.

Senator Manning: Fabian Manning, Newfoundland and Labrador.

[*Translation*]

The Chair: Today we are continuing our study on child and youth mental health. These are preliminary meetings.

[*English*]

This is the third preliminary meeting on this study. It's been very valuable. When it comes to youth and mental health, it has many faces, challenges and silos. We are very much looking forward to your insights and expertise in order to help us with recommendations for the federal government.

I will introduce our first of two panels today. On the first panel, we have Madam Calla Barnett, President of the Canadian Centre for Gender and Sexual Diversity. We are also happy to

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 18 octobre 2018

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, afin de poursuivre son étude des questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général (sujet : l'étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents).

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

La présidente : Bonjour et bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Je m'appelle Chantal Peticlerc, sénatrice du Québec. C'est avec plaisir que je préside la réunion de ce matin.

[*Traduction*]

Avant de céder la parole aux témoins, que nous sommes heureux d'accueillir, j'invite mes collègues à se présenter.

La sénatrice Seidman : Judith Seidman, vice-présidente du comité, de Montréal, au Québec.

La sénatrice Eaton : Nicole Eaton, de l'Ontario.

Le sénateur Ravalia : Mohamed Ravalia, de Terre-Neuve-et-Labrador.

Le sénateur Manning : Fabian Manning, de Terre-Neuve-et-Labrador.

[*Français*]

La présidente : Nous poursuivons aujourd'hui notre étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Il s'agit de rencontres préliminaires.

[*Traduction*]

Il s'agit de la troisième réunion préliminaire dans le cadre de la présente étude. Ce processus a été très utile. Lorsqu'il est question des jeunes et de la santé mentale, il y a de nombreuses considérations, de nombreux défis et beaucoup de cloisonnements. Nous avons très hâte de connaître vos points de vue et de bénéficier de votre expertise de façon à ce que nous puissions formuler nos recommandations au gouvernement fédéral.

Je vais maintenant présenter notre premier groupe de témoins de la journée. Nous accueillons Mme Calla Barnett, présidente du Centre canadien de la diversité des genres et de la sexualité.

have with us Karen Cohen, Chief Executive Officer of the Canadian Psychological Association.

[*Translation*]

Welcome, everyone.

[*English*]

I will ask you to start with your opening remarks. Try to keep them under seven minutes.

[*Translation*]

We'll start with you, Ms. Cohen.

[*English*]

Karen Cohen, Chief Executive Officer, Canadian Psychological Association: Good morning.

The CPA, the Canadian Psychological Association, is the national association for the science, practice and education of psychology in Canada. We are very pleased that this committee is looking at child and youth mental health. In 2006, it was the same committee that published *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental illness and Addiction Services in Canada*. This report was truly a watershed moment for advancing the mental health of Canadians.

We have come a long way since the report was released: the Mental Health Commission was created and Canada's first national mental health strategy was released. Mental health is top of mind, and stigma and discrimination are decreasing.

Budget 2017 included $5 billion over 10 years for mental health. Although CPA is highly supportive of this commitment, we believe that long-term, sustainable and predictable funding tied to improving access to evidence-based services is required to realize parity between physical and mental illnesses in Canada.

Page 5 of the report makes an important point:

> Statistics prove that medication alone is not as successful as a combination of both psychotherapy and medication. Other forms of therapy are not available to those of us on fixed income or incomes that do not allow for the sometimes high cost of therapy through psychologists, social workers and alternative therapists.

Nous sommes aussi heureux d'accueillir Karen Cohen, chef de la direction de la Société canadienne de psychologie.

[*Français*]

Bienvenue à tous.

[*Traduction*]

Je vais vous demander de commencer votre déclaration préliminaire. Essayez de vous en tenir à moins de sept minutes.

[*Français*]

Nous allons commencer avec vous, madame Cohen.

[*Traduction*]

Karen Cohen, chef de la direction, Société canadienne de psychologie : Bonjour.

La SCP, la Société canadienne de psychologie, est l'association nationale de la science, de la pratique et de l'éducation de la psychologie au Canada. Nous sommes très heureux de savoir que le comité s'intéresse à la santé mentale des enfants et des jeunes. En 2006, c'est le même comité qui a publié le rapport *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, rapport qui a vraiment constitué un moment décisif pour l'avancement de la santé mentale des Canadiens.

Nous avons fait beaucoup de chemin depuis la publication du rapport : on a créé la Commission de la santé mentale et publié la première stratégie nationale en matière de santé mentale. La santé mentale est un sujet important, et la stigmatisation et la discrimination diminuent.

Le budget de 2017 prévoyait 5 milliards de dollars sur 10 ans pour la santé mentale. Même si la SCP appuie fortement cet engagement, nous croyons qu'un financement à long terme, durable et prévisible lié à l'amélioration de l'accès à des services fondés sur des données probantes est requis pour qu'il soit possible d'atteindre la parité entre les maladies physiques et les maladies mentales au Canada.

La page 5 du rapport souligne un point important :

> Les statistiques prouvent que les médicaments seuls ne donnent pas des résultats aussi efficaces que lorsqu'ils sont jumelés à des séances de psychothérapie. D'autres types de thérapies ne sont pas accessibles à ceux et celles d'entre nous qui ont un revenu fixe ou un revenu insuffisant pour pouvoir couvrir les coûts parfois élevés liés à des thérapies faisant appel à des psychologues, des travailleurs sociaux et à des praticiens de médecine douce.

Unfortunately, despite our mental health accomplishments over the past 12 years, this statement is still true today.

According to the Mental Health Commission of Canada, an estimated 1.2 million children and youth in our country are affected by mental illness, yet fewer than 20 per cent will receive appropriate treatment. By age 25, approximately 20 per cent of Canadians will have developed a mental illness.

At any given time, approximately 12.6 per cent of children between the ages of 4 and 17 experience clinically significant mental health problems which can lead to serious consequences such as poor school performance, substance use and self-harm. Children with significant problems can be identified as early as age 4 to 7.

The strongest evidence for return on investment in mental health involves services and supports for children and youth — services that reduce conduct disorders and depression, deliver parenting skills, provide anti-bullying and anti-stigma education, promote health in schools and provide screening in primary health care settings for depression and alcohol misuse.

Reaching children where they live, learn and play is critical. This means reaching them in schools, where psychologists play an important role in the prevention, early intervention and treatment of mental health problems. Psychologists in schools bring specialized experience in developing and evaluating prevention and intervention programs, as well as in assessing and diagnosing psychological and cognitive disorders. When treatment is needed, school psychologists can apply evidence-based interventions.

To ensure that school psychologists can deliver these services, an appropriate ratio of psychologists to students must be maintained. Generally, the ratio should not exceed one school psychologist for every 1,000 students. When scope of practice includes comprehensive prevention and treatment services, such as assessments, teacher and parent consultations, crisis response and psychological treatments, this ratio should not exceed one school psychologist for every 500 to 700 students. When psychologists are assigned to work primarily with student populations who have significant special needs, such as those living with severe emotional, behavioural or developmental disorders, the school psychologist to student ratio should be even lower.

Malheureusement, malgré les réalisations liées à la santé mentale des 12 dernières années, cette affirmation est toujours d'actualité.

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, environ 1,2 million d'enfants et de jeunes au pays ont des problèmes de maladie mentale, mais moins de 20 p. 100 recevront un traitement approprié. Rendu à 25 ans, environ 20 p. 100 des Canadiens afficheront une maladie mentale.

À tout moment, environ 12,6 p. 100 des enfants âgés de 4 à 17 ans éprouvent des problèmes de santé mentale cliniquement importants, des problèmes pouvant avoir de graves conséquences, comme un mauvais rendement à l'école, la toxicomanie ou l'automutilation. On peut cerner les enfants qui ont des problèmes importants dès l'âge de 4 à 7 ans.

Les données probantes les plus solides du rendement des investissements en santé mentale concernent les services et les mesures de soutien pour les enfants et les jeunes : les services qui permettent de réduire les troubles du comportement et la dépression, de fournir des compétences parentales, de fournir une éducation contre l'intimidation et la stigmatisation, de promouvoir la santé dans les écoles et d'assurer un dépistage de la dépression et de l'alcoolisme dans le cadre des soins de santé primaires.

Il est essentiel d'atteindre les enfants là où ils vivent, apprennent et jouent, ce qui signifie qu'il faut les joindre dans les écoles, où les psychologues jouent un rôle important dans la prévention, l'intervention précoce et le traitement des problèmes de santé mentale. Les psychologues dans les écoles mettent à profit leur expérience spécialisée dans l'élaboration et l'évaluation de programmes de prévention, d'intervention, d'évaluation et de diagnostic relativement aux troubles psychologiques et cognitifs. Lorsqu'un traitement est nécessaire, les psychologues scolaires peuvent avoir recours à des interventions fondées sur des données probantes.

Pour s'assurer que les psychologues scolaires peuvent offrir ces services, il faut maintenir un ratio adéquat entre les psychologues et les étudiants. De façon générale, le ratio ne devrait pas dépasser un psychologue scolaire pour 1 000 étudiants. Lorsque le champ d'exercice inclut des services complets de prévention et de traitement, comme des évaluations, des consultations avec les enseignants et les parents, l'intervention en cas de crise et des traitements psychologiques, un tel ratio ne devrait pas dépasser un psychologue scolaire pour de 500 à 700 étudiants. En outre, lorsque les psychologues doivent travailler principalement avec les étudiants qui ont d'importants besoins spéciaux, comme ceux qui ont de graves troubles émotionnels, comportementaux ou développementaux, le ratio entre les psychologues scolaires et les étudiants devrait être encore plus bas.

Integrating mental health services into primary care is also an important step, because this is often where parents and families first bring their health concerns. Staffing primary care settings with psychologists and other mental health providers can ensure a stepped care approach that is timely and responsive.

L'intégration des services de santé mentale dans les services de soins primaires est aussi une étape importante, parce que c'est souvent là que les parents et les familles font part pour la première fois de leur préoccupation en matière de santé. Le fait d'affecter des psychologues et d'autres fournisseurs de soins de santé mentale dans les milieux de soins primaires peut permettre l'adoption d'une approche de soins progressive à la fois rapide et adaptée.

Earliest development impacts the whole lifespan, including mental health later in life. The substantial neurological, physical, cognitive and behavioural development that occurs in the first few years of life is heavily influenced by experience. Parents and caregivers can shape these experiences, providing an optimal target for earliest interventions to support lifetime mental health.

Le développement durant la petite enfance a une incidence sur tout le reste de la vie, y compris la santé mentale aux étapes ultérieures de la vie. L'important développement neurologique, physique, cognitif et comportemental qui se produit durant les premières années est fortement influencé par l'expérience. Les parents et les soignants peuvent façonner ces expériences, et les enfants sont les cibles parfaites pour des interventions le plus précoces possible, de façon à soutenir la santé mentale des gens tout au long de leur vie.

Support for families and infants can include: informational campaigns that are as simple and inexpensive as signs in locations families typically frequent, such as supermarkets or bus stops, identifying specific, easy ways parents can encourage optimal development; home visits, already employed in Canada, have been found to be effective in reducing emergency health care use, as well as negative cognitive, mental health and behavioural outcomes; and mental health supports for parents, particularly parents experiencing challenges.

Le soutien aux familles et aux bébés peut inclure des campagnes d'information. De telles campagnes peuvent être aussi simples et peu coûteuses que le fait de poser des affiches dans des endroits souvent fréquentés par les familles, comme des supermarchés et des arrêts d'autobus. Ces affiches peuvent cerner des façons précises et faciles pour les parents d'encourager un développement optimal. En outre, les visites à domicile, qu'on réalise déjà au Canada, se sont révélées efficaces pour réduire le recours aux soins de santé d'urgence et les résultats négatifs du point de vue cognitif, comportemental et psychologique, et le soutien en santé mentale pour les parents, particulièrement les parents qui éprouvent des difficultés.

Despite efforts geared at health promotion and illness prevention, some people will develop psychological problems and disorders for which they will need treatment. Access to effective intervention for mental health problems should be available to all Canadians and not depend on income level or access to privately secured health care insurance.

Malgré les efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies, certaines personnes vont finir par afficher des problèmes et des troubles psychologiques pour lesquels ils auront besoin d'un traitement. Il faudrait offrir à tous les Canadiens un accès à une intervention efficace pour lutter contre les problèmes de santé mentale, et ce, peu importe leur niveau de revenu ou l'accès à une assurance-maladie privée.

If mental health staffing ratios in Canada's public institutions is not realistic or maintained, children and families who cannot afford to pay for treatment in the private sector end up on long wait lists, depend on medications alone or do not get help at all.

Si les ratios de dotation de personnel en santé mentale dans les établissements publics du Canada ne sont pas réalistes ou ne sont pas respectés, les enfants et les familles qui n'ont pas les moyens de se payer un traitement dans le secteur privé se retrouvent sur de longues listes d'attente, se tournent vers la seule médication ou n'obtiennent pas d'aide du tout.

If we want a health care system that delivers cost and clinically effective care, then we must revision the policies, programs and funding structures through which health care is provided.

Si nous voulons un système de soins de santé qui offre des soins efficaces du point de vue des coûts et des résultats cliniques, il faut revoir les politiques, les programmes et les structures de financement par l'intermédiaire desquels on assure la prestation des soins de santé.

CPA urges all levels of government to invest in evidence-based mental health solutions. Canada has fallen behind other countries like the United Kingdom, Australia, the Netherlands and Finland, which have established mental health initiatives that

La SCP exhorte tous les ordres de gouvernement à investir dans des solutions de santé mentale fondées sur des données probantes. Le Canada a pris du retard sur d'autres pays, comme le Royaume-Uni, l'Australie, les Pays-Bas et la Finlande, qui ont

include covering the services of psychologists through public health systems. These initiatives are proving both cost and clinically effective. These initiatives provide care people need by the regulated health providers trained to deliver it. Thank you.

The Chair: Thank you very much. Now to you, Madam Barnett.

Calla Barnett, President, Canadian Centre for Gender and Sexual Diversity: Thank you very much. As President of the Canadian Centre for Gender and Sexual Diversity, I'm here to talk about specifically mental health in LGBTQ2SIA youth. That's lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, two-spirited, intersex and asexual.

We are an advocacy and education organization. We work in the schools across Canada. We also work with the federal public service and other organizations seeking training. Some of the training is offered for free, others are charged. It depends on the situation, and we're always happy to negotiate.

We work with youth very specifically on a wide scale. Last year we put out something called the Pink Agenda. It highlights our priorities in various intersectional areas of LGBTQ2SIA advocacy against discrimination. The three main highlights we have for mental health issues are that we need more resources, more training and more funding, and not just in the schools. The training, especially, we need for the psychologists, psychiatrists and social workers working with our LGBTQ2SIA youth because they don't necessarily have access to the information they need to be effective in dealing with a suicidal trans-child. Queer and transgender suicide is very much a prevalent issue. I just read a study by Veale et al. explaining that for every four cisgender suicides there are 16 transgender suicides. It's pervasive in our communities.

The second issue is we need to ban conversion therapy. Conversion therapy is therapy wherein a child suspected of being LGBTQ2SIA is placed usually at a camp and taught to be straight or cisgender. The methods for doing this are generally quite abusive and can affect the mental health of that youth. As we all know, we're born this way — the queer and transgender community — and sending them somewhere where they're told they're bad all day, every day will have detrimental effects on these young people for the rest of their lives.

tous mis en place des initiatives en santé mentale qui incluent la couverture publique des services des psychologues. De telles initiatives se révèlent efficaces du point de vue tant des coûts que des résultats cliniques. Ce sont des initiatives qui fournissent aux gens les soins dont ils ont besoin, des soins qui sont fournis par des professionnels de la santé réglementés qui ont reçu la formation appropriée. Merci.

La présidente : Merci beaucoup. Nous allons maintenant passer à vous, madame Barnett.

Calla Barnett, présidente, Centre canadien de la diversité des genres et de la sexualité : Merci beaucoup. En tant que présidente du Centre canadien de la diversité des genres et de la sexualité, je suis ici pour parler précisément de la santé mentale des jeunes LGBTQ2SIA, soit les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les queers, les bispirituels, les intersexués et les asexuels.

Nous sommes un organisme de défense des droits et d'éducation. Nous travaillons dans les écoles partout au Canada. Nous travaillons aussi avec la fonction publique fédérale et d'autres organismes qui veulent de la formation. Certains cours sont offerts gratuitement, et d'autres sont facturés. Cela dépend de la situation, et nous sommes toujours heureux de négocier.

Nous travaillons très précisément avec les jeunes, et ce, à grande échelle. L'année dernière, nous avons produit ce que nous avons appelé le programme rose, qui souligne nos priorités dans divers domaines intersectionnels de la défense des droits des LGBTQ2SIA contre la discrimination. Nos trois points saillants en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale sont que nous avons besoin de plus de ressources, de plus de formation et plus de financement, et pas seulement dans les écoles. Tout particulièrement, il faut former les psychologues, les psychiatres et les travailleurs sociaux qui travaillent auprès de nos jeunes LGBTQ2SIA, parce qu'ils n'ont pas nécessairement accès à l'information nécessaire pour composer efficacement avec un enfant transsexuel suicidaire. Le suicide chez les queers et les jeunes transgenres est un problème très prévalent. Je viens de lire une étude de Veale et de ses collaborateurs selon laquelle, pour chaque suicide de cisgenre, il y a 18 suicides de transgenre. C'est un problème omniprésent dans nos collectivités.

Deuxièmement, il faut interdire la thérapie de conversion. La thérapie de conversion est une thérapie en vertu de laquelle un enfant soupçonné d'être LGBTQ2SIA est habituellement envoyé dans un camp où il apprend à être hétérosexuel ou cisgenre. Les méthodes utilisées sont généralement très violentes et peuvent avoir un impact sur la santé mentale du jeune. Comme nous le savons tous, nous sommes nés comme ça — les queers et les transgenres —, et le fait d'envoyer les jeunes à un endroit où on leur dit qu'ils sont mauvais toute la journée... Chaque jour passé dans un tel endroit aura des répercussions néfastes sur ces jeunes, et ce, pour le reste de leur vie.

Finally, we advocate for access to free mental health services and mental wellness programs across the country. Those are our main three issues. I would like to highlight that Ontario, Manitoba and, most recently, I think on September 25, Nova Scotia, have introduced some sort of ban on conversion therapy. We applaud these efforts and hope to see them go further.

Thank you very much. They're brief statements. I'm more than happy to answer your questions.

[*Translation*]

The Chair: Thank you to our two witnesses.

[*English*]

We have questions, I'm sure many of them. We will start with the deputy chair.

Senator Seidman: Thank you very both for your presentations.

If I might dig down a little bit further on the statistics that you presented — is it Professor Cohen or Ms. Cohen?

Ms. Cohen: I have a PhD.

Senator Seidman: Dr. Cohen, the Public Health Agency of Canada's 2016 progress report on the federal framework for suicide prevention summarized some of the statistics in Canada. We know that suicide is the second leading cause of death among children and youth aged 10 to 19. Of course, I think accidents are the first cause, which makes sense, sadly. As much as 90 per cent of the 4,000 people who die by suicide in Canada each year were living with a mental illness — 90 per cent. If we could look more specifically at children and youth who die by suicide, if you have those stats, what proportion of them were affected by mental illness?

Ms. Cohen: Are you asking me if that proportion is also around 90 per cent?

Senator Seidman: Right.

Ms. Cohen: I don't have that data readily at hand. I would suspect it would be similar to what we would find, but I can certainly get it for you.

Senator Seidman: Okay. That would be great.

Do we know, for example, gender differences among those youths from 10 to 19 years? The gender differences, if any, among rates of suicide, attempted suicide, and self-harm? There are three categories.

Enfin, nous préconisons l'accès gratuit aux services de santé mentale et aux programmes de bien-être mental partout au pays. Ce sont nos trois principaux points. J'aimerais souligner que l'Ontario, le Manitoba et, plus récemment, le 25 septembre, si je ne m'abuse, et la Nouvelle-Écosse ont interdit d'une façon ou d'une autre la thérapie de conversion. Nous applaudissons ces efforts et espérons qu'on ne s'arrêtera pas là.

Merci beaucoup. Ce sont de brèves déclarations. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

[*Français*]

La présidente : Merci à nos deux témoins.

[*Traduction*]

Nous avons des questions. Je suis sûre qu'il y en aura beaucoup. Nous allons commencer par la vice-présidente.

La sénatrice Seidman : Merci à vous deux de vos exposés.

Si vous me permettez d'examiner un peu plus en profondeur les statistiques que vous avez présentées... Dois-je vous appeler Mme Cohen ou...?

Mme Cohen : Je suis titulaire d'un doctorat.

La sénatrice Seidman : Madame Cohen, le rapport d'étape de 2016 de l'Agence de la santé publique du Canada sur le cadre fédéral de prévention du suicide résume certaines statistiques canadiennes. Nous savons que le suicide arrive au deuxième rang des causes de décès chez les enfants et les jeunes âgés de 10 à 19 ans. Bien sûr, je crois que les accidents sont la première cause, ce qui va malheureusement de soi. Jusqu'à 90 p. 100 des 4 000 personnes qui se suicident chaque année au Canada ont une maladie mentale; 90 p. 100. Si on regarde plus précisément la situation des enfants et des jeunes qui se suicident — si vous avez ces statistiques —, quelle proportion d'entre eux avaient des problèmes de santé mentale?

Mme Cohen : Me demandez-vous si la proportion est aussi d'environ 90 p. 100?

La sénatrice Seidman : Oui.

Mme Cohen : Je n'ai pas l'information sous la main. J'imagine que ce serait similaire à ce qui a été constaté, mais je peux obtenir cette information pour vous.

La sénatrice Seidman : D'accord. Ce serait parfait.

Savons-nous, par exemple, quelles sont les différences au chapitre du genre entre ces jeunes âgés de 10 à 19 ans? Les différences liées au genre, le cas échéant, pour ce qui est des taux de suicide, des tentatives de suicide et de l'automutilation? Il y a trois catégories.

Ms. Cohen: I can try to get that data for you too.

Mme Cohen : Je peux essayer, là aussi, d'obtenir ces données pour vous.

Senator Seidman: Okay.

La sénatrice Seidman : D'accord.

Ms. Cohen: The only gender differences I've been aware of are at a different end of the age continuum, older men, but I can look into that for you as well.

Mme Cohen : Les seules différences liées au genre dont j'ai eu connaissance concernent la fin du continuum de l'âge, et je parle ici des hommes âgés, mais je peux aussi me pencher là-dessus pour vous.

Senator Seidman: And are you aware of any other risk factors, such as socio-demographic factors or other things that would help us try to understand if there are important differences in the population? I'm looking for population statistics.

La sénatrice Seidman : Et êtes-vous au fait d'autres facteurs de risque, comme des facteurs sociodémographiques, ou encore d'autres facteurs qui peuvent nous aider à comprendre s'il y a des différences importantes au sein de la population? J'aimerais obtenir des statistiques démographiques.

Ms. Cohen: When we prepared a paper several years ago for committee, one of the things we suggested is because of the very high proportion of people who end their lives by suicide have problems with mental health and mental illness, the time to provide intervention obviously is much earlier. One of the great challenges we face across the country — and I think Calla alluded to this as well — is the fact that there are some real barriers and some real economic barriers to getting mental health help.

Mme Cohen : Lorsque nous avons produit un document il y a plusieurs années pour le comité, l'une des choses que nous avons suggérées, c'est que, en raison de la très haute proportion de personnes qui avaient des problèmes de santé mentale et des maladies mentales, il est évident qu'il fallait intervenir beaucoup plus rapidement. L'un des grands défis auxquels nous sommes confrontés partout au pays — et je crois que Calla y a fait aussi allusion — c'est qu'il y a de réels obstacles et parfois de réels obstacles économiques, aussi, pour obtenir de l'aide en santé mentale.

Senator Seidman: Exactly, and also age-specific barriers, as we've heard.

La sénatrice Seidman : Exactement et il y a aussi des obstacles liés à l'âge, comme nous l'avons entendu.

Ms. Cohen: Yes. Part of the age-specific barriers relate to the other point we made, which is we have to reach children where they live and where they are, not necessarily in tertiary facilities like hospitals, but in schools and communities and in primary care practices where often the funding for mental health help or the availability of mental resources are too sparse.

Mme Cohen : Oui. Une partie des obstacles liés à l'âge sont associés à l'autre point que nous avons soulevé, soit le fait qu'il faut joindre les enfants là où ils vivent et là où ils sont, pas nécessairement dans des installations tertiaires, comme des hôpitaux, mais dans les écoles et les collectivités, et dans les cliniques de soins primaires, où, trop souvent, le financement pour une aide en santé mentale ou des ressources accessibles en matière de santé mentale se font trop rares.

Senator Seidman: I wish to ask you specifically about something you said in your presentation. You said evidence-based mental health solutions are important. I bring this up now because you're talking about schools in primary care settings — and so did you, Ms. Barnett. The importance of delivering services in those settings — getting to these kids before we face these huge crises. You said Canada has fallen behind other countries like the U.K. and Finland and you named some others.

La sénatrice Seidman : J'aimerais vous poser une question précise au sujet de quelque chose que vous avez dit dans votre déclaration. Vous avez dit qu'il est important de miser sur des solutions en santé mentale fondées sur des données probantes. Je le soulève maintenant, parce que vous avez parlé des écoles, parmi les lieux de soins primaires. C'est aussi quelque chose dont vous avez aussi parlé, madame Barnett : l'importance d'offrir des services dans ces milieux, aider ces enfants avant qu'on se retrouve avec d'énormes crises. Vous avez dit que le Canada a pris du retard sur d'autres pays, comme le Royaume-Uni et la Finlande. Vous en avez nommé quelques autres.

Are there evidence-based mental health solutions? How have we fallen behind? What is it exactly you're referring to here?

Y a-t-il des solutions fondées sur des données probantes en matière de santé mentale? Dans quelle mesure avons-nous pris du retard? À quoi faites-vous référence exactement, ici?

Ms. Cohen: I can speak to the more programmatic things that the U.K. and Australia have done. The U.K. has their increasing access to psychological services program. They started with sentinel conditions of depression and anxiety and making that kind of care available. These are developed cognitive behavioural approaches to depression and anxiety. They train therapists, supervised often by psychologists who evaluate their outcomes. They collect data on the efficacy of these programs — up to 90 per cent of sessions, as I understand it. I believe it's about 45 per cent of folks who go through the programs, then go off disability of the ones who have been on it. They have a lot of measures indicating it's effective. They've been doing this under the public purse. That is easier to do in the U.K. than Canada because it's one national health service, whereas we have multiple so it's hard to coordinate. It was something about which our association has talked to Health Canada and the Public Health Agency of Canada for some time, particularly at the time when government was contemplating its targeted transfers for mental health that we think about doing something a little bit more systematic.

Australia took a different approach. They do it through primary care that is nationally funded, whereas tertiary care is state-based. I believe what they were able to do is have psychologists, trained social workers and OTs available again through the public system in primary care.

They deliver a certain number of covered sessions to people who need it. That is overseen through referral by a family doctor. They've done a better job at facilitating access to publicly funded treatments.

Certainly Quebec and Ontario have announced some intention with the targeted transfers of what they're going to do with mental health, and that's terrific. I believe in Ontario it is geared to children and youth. They're going to be using what they call structured psychotherapy, which I understand is basically cognitive behavioural kinds of interventions. These are commonly used for things like depression, anxiety, anger management, all kinds of issues. It's just that other countries have been able to scope it, scale it and particularly make it accessible in a more funded way.

Senator Eaton: Thank you very much for both of your presentations. I have questions for both of you.

Mme Cohen : Je peux vous parler des interventions qui misent davantage sur des programmes réalisés au Royaume-Uni et en Australie. Le Royaume-Uni mise sur un programme d'amélioration de l'accès aux services psychologiques. Les Britanniques ont commencé par les conditions révélatrices, la dépression et l'anxiété, et la prestation de soins connexes. Il s'agit d'approches cognitivocomportementales élaborées pour lutter contre la dépression et l'anxiété. Ils forment des thérapeutes, qui sont souvent supervisés par des psychologues chargés d'évaluer leurs résultats. Ils recueillent des données sur l'efficacité de ces programmes... Jusqu'à 90 p. 100 des séances, si j'ai bien compris. Si je ne m'abuse, environ 45 p. 100 des participants au programme qui étaient aussi bénéficiaires dans le cadre d'un programme d'invalidité cessent d'être bénéficiaires d'un tel programme après l'intervention. Ils ont beaucoup de mesures qui confirment l'efficacité des interventions. C'est quelque chose qu'ils ont fait avec les deniers publics. C'est plus facile à faire au Royaume-Uni qu'au Canada, parce qu'il y a là-bas un seul service de santé national, tandis que, ici, nous en avons plusieurs, et la coordination est donc plus difficile. C'est quelque chose dont notre association a parlé à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada, et ce, depuis un certain temps, particulièrement au moment où le gouvernement envisageait des transferts ciblés pour la santé mentale; nous estimions alors qu'il fallait miser sur une approche un peu plus systématique.

L'Australie a adopté une approche différente. Les Australiens le font par l'intermédiaire des soins primaires, qui sont financés à l'échelle nationale, tandis que les soins tertiaires relèvent des États. Si je ne m'abuse, ils ont recours à des psychologues, des travailleurs sociaux formés et des ergothérapeutiques, et encore là, par l'intermédiaire du système public de soins primaires.

Ils offrent un certain nombre de séances couvertes aux gens qui en ont besoin. Tout ça est supervisé grâce au renvoi d'un médecin de famille. Ils ont réussi à faciliter l'accès à des traitements financés publiquement.

Il est certain que le Québec et l'Ontario ont annoncé en partie leurs intentions en ce qui a trait aux transferts ciblés et ce qu'ils comptent faire du point de vue de la santé mentale, et c'est parfait. Je crois que l'Ontario veut concentrer ses efforts sur les enfants et les jeunes. Les Ontariens ont utilisé ce qu'on appelle la psychothérapie structurée, qui, si j'ai bien compris, mise essentiellement sur des interventions de type cognivocomportemental. Ce sont des interventions qu'on utilise souvent pour des choses comme la dépression, l'anxiété, la maîtrise de la colère et tous ces genres de problèmes. C'est tout simplement que d'autres pays ont réussi à le faire à plus grande échelle et, surtout, à rendre les interventions accessibles au moyen d'un financement accru.

La sénatrice Eaton : Merci beaucoup à vous deux de vos exposés. J'ai des questions pour vous deux.

Dr. Cohen, this school idea seems like such a logical way to start. Have the school boards shown any interest in having a greater number of psychologists evaluating kids firsthand when they go to kindergarten and pre-kindergarten, watching them? Has there been a big move by schools to take this on?

Ms. Cohen: Multiply all the provinces and territories by the number of school boards. There probably is a different state of situation from school board to school board. What we hear from our members who work in schools are a number of things. Often there's not enough of them. Children are waiting maybe a year to 18 months for an assessment.

Senator Eaton: Which is too long.

Ms. Cohen: If a child has a learning disorder or developmental problem and they're not assessed in a timely way, what happens? Well, that's a year or 18 months when maybe they are made fun of or not having social success because they're not getting help for a problem that has been identified. Certainly a shortage is one issue.

Another has to do with how the roles and jobs of psychologists are profiled when there are not enough. Are they just testing kids, or are they actually intervening to do something to assist kids?

I know locally I've often heard from colleagues who work in pediatric psychology that even in the private sector here, you can wait two to three months to see someone. Parents will do that; they want their children assessed and helped quickly.

Senator Eaton: What you're basically saying to me is schools have not yet seen this as an opportunity to start helping people at a very young age? They have not yet devoted the resources to hiring more psychologists?

Ms. Cohen: Or they may not have enough. I guess that's the challenge. I know certainly what our profession has experienced is that when the public institutions face pressures, whether it's a hospital, school or correctional facility, it ultimately impacts their salaried human resource, which includes psychologists. I've heard administrators of institutions say people can get that in the community. Well, they can't get it in the community covered by our health insurance.

Senator Eaton: You made the excellent point that children should be served where they work and play.

Madame Cohen, cette idée sur les écoles semble être une façon tellement logique de commencer. Est-ce que les commissions scolaires ont affiché un intérêt à ce qu'un plus grand nombre de psychologues évaluent directement les enfants qui sont à la maternelle et à la prématernelle, qu'ils les observent? Constate-t-on un engouement marqué des écoles afin d'aller de l'avant?

Mme Cohen : Multipliez toutes les provinces et les territoires par le nombre de commissions scolaires. La situation est probablement différente d'une commission scolaire à l'autre. Nous avons entendu un certain nombre de choses de nos membres qui travaillent dans des écoles. Souvent, ils ne sont pas assez nombreux. Les enfants attendent peut-être 12 ou 18 mois pour faire l'objet d'une évaluation.

La sénatrice Eaton : C'est trop long.

Mme Cohen : Si un enfant a un trouble d'apprentissage ou un problème de développement et qu'il n'est pas évalué en temps opportun, qu'arrive-t-il? Eh bien, cette année ou ces 18 mois durant lesquels on rit peut-être de lui ou durant lesquels il ne réussit pas sur le plan social parce qu'il n'obtient pas l'aide dont il a besoin pour composer avec un problème connu... Il est évident que la pénurie est un des problèmes.

Il y a aussi la question de la façon dont les rôles et les tâches des psychologues sont définis lorsqu'ils ne sont pas assez nombreux. Doivent-ils seulement évaluer les enfants? Ou doivent-ils intervenir et faire quelque chose pour les aider?

Je sais que, localement, j'ai souvent entendu des collègues qui travaillent en psychologie pédiatrique dire que, même dans le secteur privé, il faut parfois attendre deux ou trois mois avant de voir quelqu'un. Les parents le font. Ils veulent que leurs enfants soient évalués et ils veulent un soutien rapide.

La sénatrice Eaton : Ce que vous me dites, essentiellement, c'est que les écoles n'ont pas encore vu là une occasion de commencer à aider les enfants à un très jeune âge? Elles n'ont pas encore consacré les ressources nécessaires pour embaucher plus de psychologues?

Mme Cohen : Ou elles n'en ont peut-être pas assez. J'imagine que c'est ça, le défi. Assurément, je sais ce que les membres de notre profession vivent : lorsque les institutions publiques font face à des pressions, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'une école ou d'un établissement correctionnel, au bout du compte, la situation a une incidence sur les ressources humaines salariées, y compris les psychologues. J'ai entendu des administrateurs d'établissement dire que les gens pouvaient obtenir ce genre de soins dans la collectivité. Eh bien, dans la collectivité, de tels soins ne sont pas couverts par notre régime d'assurance-maladie.

La sénatrice Eaton : Vous avez fait valoir un excellent point, à savoir qu'il faut cibler les enfants là où ils travaillent, là où ils jouent.

Ms. Barnett, do you have something to add? Then I have a question for you.

Ms. Barnett: I do. It's a bit anecdotal, but I'm the child of a master of social work and grew up in social work community. I also have a daughter with ADHD who has been through the school system in terms of getting access to psychological help.

Here in Ottawa, in the French public school board, they have two psychologists for the entire school board. That's everyone from the age of 4 to the age of 17 across this city. I don't know what that number is, but what it means is they prioritize by urgency. My daughter getting suspended every day for two weeks because she has ADHD and couldn't control herself takes a back burner to a suicidal teen, but that can create issues for my daughter later on. Everything got sorted out — they were incredible — but it took an incredible effort on my part as a parent. Part of the issue is getting parents more involved in the child's mental health.

Senator Eaton: Or getting the school more involved from the very beginning.

Ms. Barnett: Perhaps, yes, but in my case they were involved.

Senator Eaton: But they didn't have enough resources?

Ms. Barnett: Exactly.

Senator Eaton: You said that very often for transgender and gay children, psychologists don't have the information they need to spot a child who could be suicidal.

Ms. Barnett: Right. It's a little more complicated than that.

Senator Eaton: Elucidate for me. I'm asking you the question.

Ms. Barnett: Absolutely. It's not just about spotting suicidal tendencies; it's about how to support that child if they are suicidal or depressed. What might be happening for that child is real, true fear that they're going to be rejected by their families. What's happening for that child is they're being told they're too young to make those decisions for themselves and that they're forced to be someone they're not. They're afraid they're going to be rejected by their teachers and their schools. Maybe if they're from a religion that's not Christianity, there's a different religious aspect to what they're going to face.

Madame Barnett, aviez-vous quelque chose à ajouter? J'ai ensuite une question à vous poser.

Mme Barnett : Oui. C'est un peu anecdotique, mais un de mes parents a une maîtrise en travail social, et j'ai grandi dans le milieu du travail social. J'ai aussi une fille qui souffre de TDAH et qui est passée par le système scolaire pour obtenir un soutien psychologique.

Ici, à Ottawa, dans le conseil scolaire public francophone, il y a deux psychologues pour l'ensemble du territoire. Deux pour toutes les personnes âgées de 4 à 17 ans de la ville. Je ne sais pas combien il y a de personnes, mais une telle situation exige d'établir les priorités en fonction du niveau d'urgence. Le fait que ma fille était suspendue tous les jours pendant deux semaines en raison de son TDAH et parce qu'elle n'arrivait pas à se contrôler passe après le cas d'un adolescent suicidaire, mais cette situation est à même de créer des problèmes pour ma fille plus tard. Tout a fini par s'arranger — les gens ont été incroyables —, mais j'ai dû déployer beaucoup d'efforts en tant que parent. Une partie du problème, c'est qu'il faut faire participer davantage les parents lorsqu'il est question de la santé mentale de leurs enfants.

La sénatrice Eaton : Ou faire participer davantage les écoles d'entrée de jeu.

Mme Barnett : Peut-être, oui, mais, dans mon cas, l'école participait.

La sénatrice Eaton : Mais elle n'avait pas assez de ressources?

Mme Barnett : Exactement.

La sénatrice Eaton : Vous avez dit que, très souvent, dans le cas des enfants transgenres ou gais, les psychologues n'ont pas l'information dont ils ont besoin pour repérer un enfant pouvant être suicidaire.

Mme Barnett : Oui. C'est un peu plus compliqué que ça.

La sénatrice Eaton : Expliquez-le-moi. Je vous pose la question.

Mme Barnett : Absolument. Il ne s'agit pas seulement de repérer les tendances suicidaires, il faut savoir de quelle façon soutenir cet enfant s'il est suicidaire ou déprimé. L'enfant peut être aux prises avec une peur bien réelle qu'il sera rejeté par sa famille. Ce qui arrive à cet enfant, c'est qu'on lui dit qu'il est trop jeune pour prendre de telles décisions et on le force à être quelque chose qu'il n'est pas. Il a peur d'être rejeté par son enseignant et son école. Il est peut-être d'une autre confession que la confession chrétienne et, dans un tel cas, la composante religieuse de ce à quoi il est confronté peut être différente.

There is real shame that not every psychologist is trained to deal with, such as body dysmorphia, not believing your body is yours, which is a common issue for trans youth who are suicidal. What that means —

Senator Eaton: They don't identify with their bodies.

Ms. Barnett: They don't identify with their bodies. What's in their head and what's in their body don't match. Even if they're accepted, even if everybody is okay with who they are, even if they've come out and everything is okay, they are still depressed.

Access to training like that is not commonplace for mental health professionals across the country. Many mental health professionals have that training but it's optional. It's a choice. That's something we could discuss more, especially in the schools.

Senator Eaton: Do I have more time? No?

The Chair: We can put you on the second round.

Senator Manning: Welcome to our guests. I have many questions in a short period of time.

You mentioned earlier, Dr. Cohen, the initial distribution of $5 billion over 10 years, which was committed last year by the federal government. In fiscal year 2017-18, it was $100 million that was distributed on a per capita basis to the provinces and territories, which represents about 2 per cent of the total $5 billion.

In your view, is the level of investment — we're looking at nine more years. Where would the priority areas be? Do we need to step it up? At that rate, if we stay at the same amount, we're only going to spend $1 billion out of the announced $5 billion and spending the extra amount. I wonder if you could touch on that.

Ms. Cohen: There are a couple of issues related to that. The CPA is a member of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. One of the things they've been advocating for is the proportion of the health budget that's spent on mental health needs to increase. Typically it's been about 7 per cent. It should be 9. The targeted transfers, as I said, are a terrific start, but I think the provinces need to be able to count on the sustainability of that funding. I think the solutions need to be tailored to the jurisdiction. Different jurisdictions may have different issues when it comes to the mental health of their populations.

C'est vraiment honteux que tous les psychologues ne soient pas formés pour composer avec de tels cas, des choses comme la dysmorphie corporelle, par exemple, le fait de croire que notre corps n'est pas le nôtre, ce qui est un problème courant chez les jeunes transgenres suicidaires. Ce que cela signifie...

La sénatrice Eaton : Ils ne s'identifient pas à leur corps?

Mme Barnett : Ils ne s'identifient pas à leur corps. Ce qu'ils ont dans la tête et ce qu'ils ressentent dans leur corps ne correspondent pas. Même si on les accepte, même si tout le monde accepte qui ils sont, même s'ils sont sortis du placard et que tout va bien, ils restent déprimés.

L'accès à ce genre de formation n'est pas courant pour les professionnels de la santé mentale partout au pays. Beaucoup de professionnels de la santé mentale ont reçu une formation, mais elle est facultative. C'est un choix. C'est quelque chose dont nous pourrions discuter davantage, surtout dans les écoles.

La sénatrice Eaton : Me reste-t-il du temps? Non?

La présidente : Nous pouvons vous inscrire au deuxième tour.

Le sénateur Manning : Bienvenue à nos invités. J'ai beaucoup de questions et peu de temps pour les poser.

Vous avez mentionné tantôt, madame Cohen, la répartition initiale de 5 milliards de dollars sur 10 ans, financement relativement auquel s'est engagé le gouvernement fédéral l'année dernière. Durant l'exercice 2017-2018, c'est 100 millions de dollars qui ont été distribués au prorata de la population aux provinces et aux territoires, soit environ 2 p. 100 des 5 milliards.

Selon vous, est-ce que ce niveau d'investissement... Il reste encore neuf ans. Quels sont les domaines prioritaires? Doit-on en faire plus? À ce rythme, si nous continuons de verser le même montant, nous allons seulement dépenser environ 1 milliard de dollars sur les 5 milliards de dollars annoncés... Et dépenser le montant supplémentaire... Je me demande si vous pourriez nous en parler.

Mme Cohen : Il y a deux ou trois enjeux liés à tout ça. La SCP est membre de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. L'une des choses que ce groupe a demandées, c'est l'augmentation de la proportion du budget de la santé consacré aux besoins en santé mentale. Habituellement, cette proportion est d'environ 7 p. 100. Elle devrait être de 9 p. 100. Les transferts ciblés, comme je l'ai dit, sont un très bon début, mais, selon moi, les provinces doivent pouvoir compter sur la durabilité de ce financement. Je crois que les solutions doivent être adaptées à l'administration. Différentes administrations peuvent avoir des problèmes différents lorsqu'il est question de la santé mentale de leur population.

One of the concerns CPA has had historically, though, is we talk about mental health as if it's a unitary thing. We have a Mental Health Commission. We would never have a physical health commission. That would sound preposterous. We behave as if there's one mental health problem and there's one mental health solution. There is not.

Even what Ontario and Quebec are advocating for now — as I mentioned in Ontario, structured programs for children and youth — are not going to solve the mental health needs of every person living in Ontario, which is why I think the primary health care approach has some appeal. A primary health care service can staff itself according to the needs of the people and the patients that it serves.

That wasn't a terribly fiscal response, I guess, but maybe a little bit more complicated.

Senator Manning: That's fine. Ms. Barnett, I'm not sure if I caught exactly what you said. One of the issues you have is access to free mental health care or access to health care?

Ms. Barnett: Free mental health care.

Senator Manning: Can you elaborate on that somewhat for us? How do we address that situation? Do you have suggestions on how we address that?

Ms. Barnett: Well, there have been a lot of suggestions made by Dr. Cohen in terms of putting psychologists in the schools and reaching children where they are. Other issues come from provincial health-care plans, which used to cover certain mental health services and no longer do. That choice has been made. I know there's been a significant change recently in Ontario around how mental health is structured.

All the social work agencies are scrambling to meet reporting requirements that had just changed and they had just gotten used to in the first place. Lots of money is being cycled through the changing governments in provinces, which leads to less money being spent on service and access, and more money being spent on reporting and accountability.

In addition, it's also about the private insurance and health care plans that aren't available in the universities. Young people in university have coverage, but they have three sessions of coverage. That is not enough. Three sessions with a psychiatrist is barely enough. Ten sessions may be enough. Then you have psychiatrists who choose to bill at a higher level if you have

L'une des préoccupations qu'a eues la SCP dans le passé, cependant, c'est que nous parlons de la santé mentale comme s'il s'agissait d'une chose unique. Nous avons une Commission de la santé mentale. Nous n'aurions jamais une commission de la santé physique. Ce serait ridicule. Nous agissons comme s'il y avait un seul problème de santé mentale et une seule solution, aussi. Ce n'est pas le cas.

Même ce que l'Ontario et le Québec proposent actuellement — comme je l'ai mentionné, en Ontario, on parle de programmes structurés pour les enfants et les jeunes — ne permettra pas de répondre aux besoins en matière de santé mentale de tous les résidents de l'Ontario, et c'est la raison pour laquelle, selon moi, une approche fondée sur les soins de santé primaires présente un certain attrait. Un service de soins de santé primaires peut se doter d'employés en fonction des besoins des personnes et des patients qu'il sert.

J'imagine que ce n'était pas une mauvaise réponse budgétaire, mais la situation est peut-être un peu plus compliquée.

Le sénateur Manning : C'est parfait. Madame Barnett, je ne suis pas sûr d'avoir compris exactement ce que vous avez dit. L'un de vos problèmes, c'est l'accès à des soins de santé mentale gratuits ou l'accès à des soins de santé?

Mme Barnett : Des soins de santé mentale gratuits.

Le sénateur Manning : Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? De quelle façon peut-on corriger le tir? Avez-vous des suggestions sur la façon de procéder?

Mme Barnett : Eh bien, Mme Cohen a formulé beaucoup de suggestions pour ce qui est d'envoyer des psychologues dans les écoles afin de joindre les enfants là où ils sont. D'autres problèmes découlent des régimes de santé provinciaux qui, avant, couvraient certains services de santé mentale, ce qui n'est plus le cas. C'est un choix qu'on a fait. Je sais qu'il y a eu un changement important récemment en Ontario en ce qui a trait à la structure des services de santé mentale.

Toutes les agences qui font du travail social font des pieds et des mains pour respecter les exigences redditionnelles qui viennent d'être changées alors qu'elles venaient tout juste de s'habituer aux exigences précédentes. Beaucoup d'argent est englouti lorsque les gouvernements provinciaux se succèdent, ce qui fait en sorte que moins de fonds sont consacrés aux services et à l'accès, et plus d'argent est affecté aux rapports et à la responsabilisation.

De plus, les régimes privés d'assurance et les régimes d'assurance-maladie ne sont pas offerts dans les universités. Les jeunes qui vont à l'université sont couverts, mais seulement pendant trois séances. Ce n'est pas assez. Trois séances avec un psychiatre, c'est à peine suffisant. Dix pourraient être assez. Puis, il y a les psychiatres qui décident de facturer plus cher

insurance, and when that runs out, they bill you at a lower level. There are a whole bunch of things happening that make it difficult to access health care financially. I will leave it at that.

Senator Manning: I am concerned about the access regardless of where you live in Canada. I come from a small rural community in Newfoundland and Labrador. I know of children who have mental health issues. There is a stigma related to that, especially in a small community and a small school. The federal government announces a fair amount of money for the program. The delivery of health care in most cases is provincial jurisdiction.

Could either one of you tell us whether something is being done in Ontario, Quebec, Manitoba or wherever that we should be emulating in other provinces with respect to the delivery of mental health care? My concern is across the country, it is up and down, especially when you go to coastal or rural communities away from the major centres. I will leave it at that.

Ms. Barnett: I don't know what is going on in every province in terms of access to care in rural areas. I know that in Ontario, for example, they have recently set up mental health care services on reserves for Indigenous people to access that are run by Indigenous people for Indigenous people. That is a good step in the right direction.

On the other hand, there have been recent changes making it more difficult. I don't think Ontario is necessarily something to emulate, although there are definitely good programs.

Ms. Cohen: I think there has been a fair bit of talk of scaling up programs that work in one jurisdiction to another. For a time the council of the federation was looking at team-based care that spread across jurisdictions.

I think each jurisdiction has its own unique needs. It may have constraints on whether something applicable in one will have legs in another.

The Mental Health Commission has an advisory group we are a member of on e-mental health. I think a lot of attention is being paid now in remote areas as to whether we can deliver care other than face-to-face. There are services for children and youth that make use of a lot of new technologies and delivering services and supports. I think those are promising. I think they still need to be evidence-based and delivered or overseen by people licensed to deliver that care.

lorsqu'une personne a une assurance, et qui, une fois le montant écoulé, facturent leurs clients à un taux plus bas. Il se produit plein de choses qui font en sorte qu'il est difficile d'avoir accès aux soins de santé pour des raisons financières. Je vais m'arrêter ici.

Le sénateur Manning : Je suis préoccupé par la question de l'accès, peu importe où on vit au Canada. Je viens d'une petite collectivité rurale de Terre-Neuve-et-Labrador. Je connais des enfants qui ont des problèmes de santé mentale. Il y a une stigmatisation à cet égard, surtout dans les petites collectivités et les petites écoles. Le gouvernement fédéral a annoncé pas mal d'argent pour le programme. La prestation des soins de santé est, dans la plupart des cas, une compétence provinciale.

Est-ce que l'une ou l'autre d'entre vous pourrait me dire si on fait quelque chose en Ontario, au Québec, au Manitoba ou je ne sais trop où, que les autres provinces devraient imiter en ce qui a trait à la prestation des soins de santé mentale? Ma préoccupation concerne l'ensemble du pays, en haut comme en bas, surtout lorsqu'on parle des collectivités côtières ou rurales, loin des grands centres. Je vais en rester là.

Mme Barnett : Je ne sais pas ce qui se passe dans toutes les provinces en ce qui a trait à l'accès aux soins dans les régions rurales. Je sais que, en Ontario, par exemple, les responsables ont récemment mis en place des services de soins de santé mentale à l'intention des Autochtones dans les réserves. Ces services sont gérés par les Autochtones et leur sont destinés. C'est un pas dans la bonne direction.

D'un autre côté, il y a eu de récents changements qui ont fait en sorte que les choses sont plus difficiles. Je ne crois pas que l'Ontario est nécessairement une province à imiter, même s'il est évident qu'elle offre de bons programmes.

Mme Cohen : Je pense qu'on a beaucoup parlé d'étendre les programmes qui fonctionnent d'une administration à l'autre. Pendant un certain temps, le Conseil de la fédération s'est penché sur la question des soins offerts par des équipes qui se sont répandues dans toutes les administrations.

Je crois que chaque administration a ses propres besoins uniques. Il n'est pas évident que quelque chose qui fonctionne à un endroit aura du succès dans un autre.

La Commission de la santé mentale possède un groupe consultatif sur les soins de santé mentale en ligne dont nous sommes membres. Je pense qu'on accorde beaucoup d'attention à l'heure actuelle dans les régions éloignées à la possibilité de fournir des soins autrement qu'en personne. Il y a des services pour les enfants et les jeunes qui misent beaucoup sur les nouvelles technologies pour assurer la prestation des services et fournir du soutien. Je crois que ce sont des choses prometteuses.

I certainly agree with Ms. Barnett on the importance of cultural competence when we deliver care. Any provider needs to understand the issues specific to the population or people with whom they are working.

In 2016, we came out with a statement opposing the use of reparative therapy and how it does more harm than good and has negative outcomes. In it, we affirm the importance of children and youth being able to, when they have mental health problems, whether or not it is related to any kind of LGBTQ issues, meet with a therapist who is affirming and has a positive approach to the issues.

Senator Ravalia: Thank you very much. My first question is for Ms. Cohen. Again, I am from a small community in Newfoundland and Labrador. In our school system, we've had to disproportionately rely on the work of guidance counsellors to deal with these issues. They then determine which child gets an appointment with a psychologist or which child goes to a primary care model because access to psychiatric services is virtually zero.

Do you have any evidence to suggest that the guidance counsellor model works? Do they need additional specified training because of their own vulnerability and risk of burnout? Do you think this may be a model that could, in a cohesive and relatively financially neutral way, improve access for these vulnerable children?

Ms. Cohen: That is an interesting question. There are several ways to look at it.

One of the things we have been talking about is it is important at the gate to have a reliable screen so that you are giving the right child or right person the right care. You can accomplish that by putting your most trained resource at the gate; that tends not to be the way we do it, but that is one way to do it. You are getting an effective triage so an anxiety disorder is not misdiagnosed or a learning disorder is not missed.

That said, in programs such as the ones in the U.K., the folks who deliver it and screen for its use are very supervised and supported in that delivery. I think you probably could make use of guidance counsellors as long as their work was embedded in sufficient training and direction when problems are encountered.

Selon moi, il faut tout de même que ces approches soient fondées sur des données probantes et que les services soient offerts ou supervisés par des personnes accréditées pour fournir de tels soins.

Je suis bien sûr tout à fait d'accord avec Mme Barnett quant à l'importance des compétences culturelles dans le cadre de la prestation des soins. Tout fournisseur de soins doit comprendre les enjeux propres à la population ou aux personnes qu'il sert.

En 2016, nous avons fait une déclaration pour nous opposer à l'utilisation de la thérapie réparatrice, soulignant qu'elle fait plus de tort que de bien et qu'elle a des résultats négatifs. Dans la déclaration, nous avons affirmé l'importance pour les enfants et les jeunes d'avoir accès — lorsqu'ils ont des problèmes de santé mentale, qu'ils soient ou non liés à un quelconque enjeu LGBTQ — à un thérapeute qui s'affirme et qui aborde ces questions de façon positive.

Le sénateur Ravalia : Merci beaucoup. Ma première question est destinée à Mme Cohen. Encore une fois, je viens d'une petite collectivité de Terre-Neuve-et-Labrador. Dans notre système scolaire, nous avons dû nous appuyer de façon disproportionnée sur le travail des conseillers en orientation pour gérer ces problèmes. Ce sont eux qui déterminent si un enfant aura un rendez-vous avec un psychologue ou quel enfant doit être aiguillé vers des soins primaires, parce que l'accès à des services psychiatriques est quasiment inexistant.

Avez-vous des données probantes qui laissent entendre que le modèle des conseillers en orientation fonctionne? Ces intervenants ont-ils besoin de formation précise supplémentaire en raison de leur propre vulnérabilité et du risque d'épuisement professionnel? Croyez-vous qu'il pourrait s'agir d'un modèle susceptible, d'une manière cohérente et relativement neutre sur le plan financier, d'améliorer l'accès pour ces enfants vulnérables?

Mme Cohen : C'est une autre question intéressante. Il y a plusieurs façons d'aborder cette situation.

L'une des choses dont nous avons parlé, c'est qu'il est important, d'entrée de jeu, de réaliser une évaluation fiable, de façon à ce qu'on fournisse au bon enfant ou à la bonne personne les soins dont l'intéressé a besoin. On peut y arriver en plaçant les ressources les mieux formées au début du processus. On n'a pas tendance à procéder de cette façon, mais c'est une façon de faire. On peut ainsi faire un bon tri, de façon à ce qu'un trouble anxieux ne soit pas mal diagnostiqué ou qu'on ne passe pas à côté d'un trouble d'apprentissage.

Cela dit, dans les programmes comme ceux du Royaume-Uni, les gens qui assurent la prestation des programmes et qui procèdent aux évaluations connexes sont très supervisés et ils ont beaucoup de soutien dans le cadre de leur travail. Je crois qu'on pourrait probablement avoir recours aux conseillers en

You will be hearing from the Canadian Mental Health Association later today. They have a program called BounceBack; you may want to ask Dr. Smith about it. I believe it's a model where providers deliver the service but they have access in their screening and intervention to more specialized providers like psychologists.

Senator Ravalia: Do you have access to some of the literature from the U.K. that could be made available to us, please?

Ms. Cohen: I can look into that for you, yes.

The Chair: Do you want to add to that, Ms. Barnett?

Ms. Barnett: No.

Senator Ravalia: I have a question for Ms. Barnett as well.

Similarly, we have seen a rise of vulnerability amongst our LGBTQ kids in rural communities. Not only do they face the potential of being ostracized within their families but also within their church groups and so on. There has been specific media attention paid to a community in Newfoundland and Labrador that went through such a crisis.

In particular, the most vulnerable are our trans children. In our own setting, because we have had excellent counsellors, we've created this concept of a safe space where these children have the opportunity for one-on-one counselling and referral to appropriate services.

Do you have any examples of whether that exists across the board or whether there is an opportunity for us to protect these extremely vulnerable youth?

Ms. Barnett: Safe space is pretty common across the board. We talk about safer spaces and brave spaces. No space is 100 per cent safe because someone can always say the wrong thing. That is a really good concept, especially for young trans children. In high school, that might be different for them. They might not trust it even though it exists.

I think it sounds like a great idea. I'm not sure what is being implemented in other schools. I like that idea. I would recommend that those counsellors, though, have trained in terms of LGBT outreach and intersectional issues that LGBT youth

orientation tant que, dans leur travail, ils bénéficient d'une formation et d'encadrement suffisants pour gérer les problèmes qu'ils rencontrent.

Vous allez accueillir l'Association canadienne pour la santé mentale plus tard aujourd'hui. Elle offre un programme appelé Retrouver son entrain. Vous devriez peut-être poser des questions à M. Smith à ce sujet. Je crois que c'est un modèle dans le cadre duquel les fournisseurs offrent le service, mais pour ce qui est du dépistage et des interventions, ils ont accès à des professionnels plus spécialisés, comme des psychologues.

Le sénateur Ravalia : Avez-vous accès à certains documents britanniques que vous pourriez nous fournir, s'il vous plaît?

Mme Cohen : Oui, je peux me pencher là-dessus.

La présidente : Avez-vous quelque chose à ajouter, madame Barnett?

Mme Barnett : Non.

Le sénateur Ravalia : J'ai une question pour Mme Barnett aussi.

Dans un même ordre d'idées, nous avons constaté une augmentation de la vulnérabilité des enfants LGBTQ dans les collectivités rurales. Non seulement ces jeunes risquent d'être ostracisés au sein de leur propre famille, mais ils peuvent aussi l'être dans leur groupe confessionnel et ailleurs. Les médias se sont attardés à une collectivité de Terre-Neuve-et-Labrador qui a vécu une telle crise.

Plus particulièrement, les enfants les plus vulnérables sont les enfants transsexuels. Dans notre propre milieu, parce que nous avons eu d'excellents conseillers, nous avons créé cette notion d'un espace sécuritaire où les enfants ont la possibilité de bénéficier d'un counselling en tête-à-tête. Ils peuvent aussi être aiguillés vers des services appropriés.

Avez-vous des exemples de services similaires offerts à grande échelle ou y a-t-il une occasion pour nous de protéger ces jeunes extrêmement vulnérables?

Mme Barnett : Les espaces sûrs sont chose assez courante partout. On parle d'endroits plus sécuritaires et d'« espaces des braves ». Aucun endroit n'est sécuritaire à 100 p. 100, parce que quelqu'un peut toujours dire quelque chose qu'il ne devrait pas dire. C'est vraiment un très bon concept, surtout pour les jeunes enfants transsexuels. À l'école secondaire, la situation peut être différente pour ces jeunes. Ils peuvent ne pas faire confiance à de telles initiatives même si elles existent.

Selon moi, ça me semble une excellente idée. Je ne sais pas exactement ce qui est offert dans les autres écoles. J'aime cette idée. Cependant, je recommanderais que ces conseillers reçoivent une formation liée à la sensibilisation aux enjeux des

face. By that I mean if you have a young person of colour who is a trans woman, then you will have an entirely different set of issues than with a white trans woman, for example. They would have to be trained for that to be truly effective.

They would also need to be trained in safe talk. These are basic trainings. Safe talk is training to determine whether or not one is suicidal. We get that training for our program coordinators at CCGSD. Some basic knowledge for people in those positions to be able to appropriately support the youth coming to them so that youth might be able to come and say these things and get it off their chest and not be judged for it. But then what? That is where the next step is.

Senator Munson: Thank you very much for being here.

Sometimes when I come to these meetings I say to my assistant, "I'm not going to ask a question today. I'm just going to listen." Then a witness says something that startles me. You said, "Ban conversion therapy camps and teaching people to be straight." I'm startled — maybe I should know better. In this country, could you tell me where these camps are? Who's doing this to Canada's children?

Ms. Barnett: Well, there have been camps. The camps may be gone now. I knew there was one near Toronto. That's gone because of the ban that happened in Ontario. It does happen in churches and in other religious organizations. It's not all the churches. Some churches are particularly welcoming; other churches are still figuring it out; other churches still prefer to help people not be gay.

Nobody does it maliciously or to harm. They do it because they think they are helping. You are faced with a community group that you belong to that and has said they love you and, all of a sudden, you are bad and wrong. I am talking about it from the perspective of a child here. You can't get out of it. You're stuck. Even if it's not a camp, it's your family, your church and your school. Everyone is banding together to tell you the way you are is wrong — but they love you. That mixed message can create a problem.

Senator Munson: That's a mental health issue. Do we have psychologists who have the empathy and understanding of dealing with what a 15-year-old might be going through, who innocently went to a church camp and heard all the things you just described, to personally be able to have the courage to say,

LGBT et aux problèmes d'intersectionnalité auxquels les jeunes LGBT sont confrontés. Et ce que je veux dire ici, c'est qu'on peut avoir une jeune personne de couleur qui est aussi une femme transsexuelle et qui devra composer avec un ensemble complètement différent d'enjeux comparativement à une femme transsexuelle blanche, par exemple. Les gens doivent être formés pour qu'une telle initiative soit vraiment efficace.

Il faudrait aussi leur fournir une formation sur les paroles sécurisantes. On parle ici de formations de base. Dans le cas de la formation sur les paroles sécurisantes, il s'agit d'aider à déterminer si une personne est suicidaire ou non. C'est une formation fournie par nos coordonnateurs de programmes du CCDGS. Il faut fournir certaines connaissances de base aux gens qui occupent ces postes afin qu'ils puissent soutenir de façon appropriée les jeunes qui viennent les voir, de façon à ce que ces derniers puissent se présenter et dire tout ce qu'ils pensent, qu'ils puissent se vider le cœur sans être jugés. Ensuite, qu'est-ce qu'on fait? Elle est là, la prochaine étape.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup d'être là.

Parfois, lorsque je viens participer à ces réunions, je dis à mon adjoint : « Je ne vais pas poser de questions aujourd'hui. Je vais seulement écouter ». Puis, un témoin dit quelque chose qui m'interpelle. Vous avez dit qu'il faut « interdire les camps de thérapie de conversion et l'enseignement hétérosexuel pour les gens ». Je suis étonné... Peut-être devrais-je le savoir. Dans ce pays, pouvez-vous me dire où de tels camps sont situés? Qui fait ça à des enfants canadiens en ce moment?

Mme Barnett : Eh bien, il y a eu des camps, mais ils n'existent peut-être plus. Je sais qu'il y en avait un près de Toronto. Il n'est plus là, maintenant, en raison de l'interdiction imposée en Ontario. C'est quelque chose qui se produit dans les églises et au sein d'autres organisations religieuses. Ce ne sont pas toutes les églises. Certaines églises sont particulièrement accueillantes, tandis que d'autres essaient encore de s'y retrouver et que d'autres préfèrent encore aider les gens à ne pas être gais.

Personne ne le fait par malice ou méchanceté. Les gens le font parce qu'ils pensent aider. Vous êtes devant un groupe communautaire auquel vous appartenez, un groupe dont les membres ont dit vous aimer et, tout d'un coup, ce que vous êtes est mal, et vous êtes dans le tort. J'adopte ici le point de vue d'un enfant. On ne peut pas s'en sortir. On est coincé. Ce n'est même pas un camp, c'est votre famille, votre église et votre école. Tout le monde se rassemble pour vous dire que vous avez tort, mais qu'ils vous aiment. De tels messages contradictoires peuvent créer des problèmes.

Le sénateur Munson : C'est un enjeu de santé mentale. Avons-nous des psychologues qui ont l'empathie nécessaire et qui peuvent comprendre ce qu'un jeune de 15 ans peut vivre, un jeune qui serait allé innocemment dans un camp religieux et qui a entendu toutes les choses que vous venez de décrire, afin de

"Here is what has happened to me. I don't feel this way." Are we dealing with this in real time in this country?

Ms. Barnett: Not as a concerted effort. There is advocacy and then you see provinces bringing in bans. I'm not sure what's being done on the mental health side of things in terms of training. Maybe you could speak to that, Ms. Cohen.

We are trying. We have been going province by province because those mandates are there. I guess this is why we are here. If there were a federal position on conversion therapy coming from Health Canada, that may help. That might help to prod the provinces into enacting legislation around it.

As far as what mental health professionals are doing, I will let Dr. Cohen speak to that.

Ms. Cohen: I can only speak to ours. We're a national association of psychologists and our membership is divided up into sections. We have one on sexual orientation and gender identity. There are researchers and practitioners within the profession who specialize in this area and become involved and develop the training programs and recommendations for best practice in terms of treatment. Not all psychologists will work in this area, just as all psychologists don't work with adults, or people with disabilities, or whatever. It can be a very specialized field.

I think there is wisdom, guidance and research in this area about how to do it in a way that is evidence based. It's the evidence that is very clear that reparative therapies do no good. They do more harm than good.

Senator Munson: This has to do with autism and mental health. If we have a chance for a second round, perhaps I can get into that: the whole idea of mental health issues with those with intellectual disabilities, which is a serious issue.

The Chair: We will put you on the second round.

[*Translation*]

Senator Mégie: I have a question for Ms. Cohen. Is this shortage due to the fact that psychologists do not choose to work with children with mental health problems? Is it the absolute number of psychologists that is low or is it a lack of political will on the part of the educational community? You said that we need

pouvoir, par lui-même, avoir le courage de dire : « Voici ce qui m'est arrivé. Je ne me sens pas de cette façon. » Est-ce un problème avec lequel nous composons en ce moment même au pays?

Mme Barnett : Il n'y a pas d'efforts concertés. Il y a des efforts de défense des droits, et certaines provinces imposent des interdictions. Je ne suis pas sûre de ce qu'on fait du côté de la santé mentale et du point de vue de la formation. Peut-être que Mme Cohen pourrait en parler.

Nous essayons. Nous nous adressons à toutes les provinces, parce que ce sont les provinces qui ont les mandats. J'imagine que c'est la raison aussi pour laquelle nous sommes ici. Une position fédérale en matière de thérapie de conversion, une position énoncée par Santé Canada, pourrait être utile. Une telle position serait peut-être aussi à même de convaincre les provinces d'adopter des lois à ce sujet.

Quant à ce que font les professionnels de la santé mentale, je vais laisser Mme Cohen vous en parler.

Mme Cohen : Je peux seulement vous parler de nos membres. Nous sommes une association nationale de psychologues, et nos membres sont divisés en sections. Nous en avons une sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Il y a des chercheurs et des praticiens au sein de la profession qui se spécialisent dans ce domaine et qui participent à l'élaboration de programmes de formation et la formulation de recommandations quant aux pratiques exemplaires pour le traitement. Ce ne sont pas tous les psychologues qui travaillent dans le domaine, tout comme ce ne sont pas tous les psychologues qui travaillent auprès d'adultes ou de personnes handicapées, entre autres. Ce peut être un domaine très spécialisé.

Je pense qu'il y a de la sagesse, des conseils et de la recherche dans ce domaine : il faut œuvrer d'une manière fondée sur des données probantes. Ce sont les données probantes qui montrent très clairement que les thérapies réparatrices ne font pas de bien. Elles font plus de mal que de bien.

Le sénateur Munson : Il est question ici d'autisme et de santé mentale. Si nous avons l'occasion de faire un deuxième tour, je vais peut-être aborder toute la question des problèmes de santé mentale des personnes qui ont une déficience intellectuelle. C'est là aussi un problème grave.

La présidente : Nous allons vous inscrire pour le deuxième tour.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : J'ai une question qui s'adresse à Mme Cohen. Est-ce que cette pénurie s'explique par le fait que les psychologues ne choisissent pas de travailler avec les enfants ayant des problèmes de santé mentale? Est-ce que c'est le nombre absolu des psychologues qui est bas ou est-ce un manque

professionals who work with young children in their environment. The school environment is ideal for reaching these young people, but there aren't enough psychologists. What are the possible causes of this shortage of specialists?

Ms. Cohen: I understood your question very well, but I will speak in English.

[*English*]

I think there are a lot of factors into why there are some human resource challenges when it comes to psychologists working in schools. They're complex. I don't think there is only one factor. There are four times as many psychologists as psychiatrists in the country but there is an access problem, because psychiatrist services will be covered by the provincial health care plans and the psychologists' will not.

As public institutions face budget pressures and decrease their salaried resource, professionals like psychologists, or occupational therapists, or physiotherapists go to work in the private sector and they don't come back because they're doing fairly well. There aren't the incentives to bring them back into the public sector even if the institution could hire them again.

The other piece concerns conditions of work. In my remarks I said you can't give someone 10 cents and say go buy a loaf of bread. If you want to have sufficient resources in a school, you can't have one psychologist for 5,000 students because they will succeed in not being able to contribute very much.

[*Translation*]

Senator Mégie: Yesterday, one of our witnesses spoke about a web platform that could help make up for the lack of resources. Young people who feel depressed can use this platform to obtain advice. Have you consulted these platforms, and how effective are they? Is there a negative aspect for young people who consult them?

Ms. Barnett: I'm not familiar with the platform. I didn't know it existed. This tool gives young people the possibility to seek help. My concern is that, without a person present, it isn't always possible to see the problems young people hide. Take for example a 13-year-old boy who says he feels depressed. He is offered the web platform. However, this boy doesn't suffer from depression but has bipolar disorder. We can't always know what's going on in a young person's head. This tool can help to find resources and determine who needs help in person. It can be a sounding board, even if there isn't an answer as such.

de volonté politique de la part des milieux d'enseignement? Vous avez dit qu'il faut des professionnels qui côtoient les enfants en bas âge dans leur milieu. Le milieu scolaire est tout indiqué pour aller vers ces jeunes, mais il n'y a pas assez de psychologues. Quelles sont les causes possibles de cette pénurie de spécialistes?

Mme Cohen : J'ai très bien compris votre question, mais je vais m'exprimer en anglais.

[*Traduction*]

Je pense qu'il y a beaucoup de facteurs qui expliquent pourquoi les psychologues qui travaillent dans les écoles éprouvent des difficultés sur le plan des ressources humaines. Tout ça est complexe. Je ne crois pas qu'il y a un seul facteur. Il y a quatre fois plus de psychologues que de psychiatres au pays, mais l'accès est problématique, parce que les services de psychiatrie sont couverts par les régimes de santé des provinces, mais pas les services de psychologie.

Tandis que les institutions publiques font face à des pressions budgétaires et réduisent leurs ressources salariées, des professionnels, comme des psychologues, des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes se tournent vers le secteur privé et ne reviennent pas parce qu'ils s'en tirent bien. Il n'y a pas d'incitatifs pour les ramener dans le giron du secteur public, même si les institutions publiques pourraient les réembaucher.

L'autre élément concerne les conditions de travail. Dans ma déclaration, j'ai dit qu'on ne peut pas donner 10 cents à quelqu'un pour aller acheter du pain. Si vous voulez avoir des ressources suffisantes dans une école, il ne peut pas y avoir un psychologue pour 5 000 étudiants, parce qu'il ne réussira pas à vraiment changer les choses.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Hier, parmi nos invités, on a entendu parler d'une plateforme web qui pourrait aider à pallier le manque de ressources. Les jeunes qui se sentent déprimés peuvent consulter cette plateforme pour obtenir des conseils. Avez-vous déjà consulté ces plateformes, et dans quelle mesure sont-elles efficaces? Y a-t-il une facette néfaste pour les jeunes qui les consulteront?

Mme Barnett : Je ne connais pas la plateforme. Je ne savais pas qu'elle existait. Cet outil donne aux jeunes la possibilité d'aller chercher de l'aide. Ce qui me préoccupe, c'est que sans la présence d'une personne, on ne voit pas toujours les problèmes que les jeunes cachent. Prenons par exemple un jeune de 13 ans qui affirme se sentir déprimé. On lui propose la plateforme web. Par contre, ce jeune ne souffre pas de dépression, il a plutôt un trouble bipolaire. On ne sait pas toujours ce qui se passe dans la tête d'un jeune. Cet outil peut aider à trouver des ressources et à déterminer qui a besoin d'aide en personne. Cela peut donner un son de cloche, même si on n'a pas de réponse comme telle.

[*English*]

Ms. Cohen: There is a researcher out of, I believe, the University of Regina who works on delivering web-based therapies. There's a lot of evidence they are effective for some people with some kind of problem at some time. I could echo what Calla said. It's not a one-stop shop solution. Do they have a use? Asbolutely. Are they going to work for everyone at any point in time? No, they are not.

Senator Omidvar: I have a number of questions. In the interest of time I will try the first one and see how far we get.

Ms. Barnett, I'm like Senator Munson. I think I'm going to sit here and soak it in and learn and then someone asks something that piques my curiosity and interest. I am interested in this conversion therapy you talked about. I looked online and found that Manitoba, Ontario and Nova Scotia have a ban; Vancouver has a ban. Alberta is considering a ban.

Malta has a national ban with a fine of $15,000 and a year in jail. The U.K. is considering a ban. Should the federal Government of Canada consider a ban on conversion therapy and should it be a recommendation in our report? Keep in mind the federal government doesn't actually deliver these services.

Ms. Barnett: Yes. It's a human rights issue. That seems pretty self-explanatory to this room. It is a human rights issue. I believe because conversion therapy and forcing children into conversion therapy violates the rights of the child for safety and security. Yes, I believe the federal government can implement a ban. I believe it should be the recommendation of this committee.

Senator Omidvar: I agree completely that providing primary care to children and youth in schools is an optimal way of going forward. The challenge becomes an issue of resources. I may not come from a small, rural community like some of my colleagues. I am from Toronto, but I can tell you anecdotally I know parents whose children have been on a waiting list for 18 months to get an assessment. Parents will then choose to pay themselves. I know how much that can cost, up to $3,000 to get an assessment which doesn't do anything, it just gives you an assessment. Then you have to go further and find a psychologist, et cetera. This is not a level playing field for anyone.

[*Traduction*]

Mme Cohen : Je crois qu'il y a un chercheur à l'Université de Regina, si je ne m'abuse, qui s'intéresse à la prestation des thérapies sur le Web. Il y a beaucoup de données probantes selon lesquelles elles sont efficaces auprès de quelques personnes, des gens qui ont des problèmes à certains moments. Je pourrais me faire l'écho de ce que Calla a dit : il n'y a pas de solution universelle. Ces services ont-ils une utilité? Absolument. Vont-ils être appropriés pour tout le monde un jour? Non, ça n'arrivera pas.

La sénatrice Omidvar : J'ai plusieurs questions. Par souci de brièveté, je vais poser la première, et on verra bien où on en sera.

Madame Barnett, je suis comme le sénateur Munson. J'imagine que je vais rester assise, à imbiber tout ce qui est dit et à apprendre, puis quelqu'un pose une question qui pique ma curiosité et qui suscite mon intérêt. Je m'intéresse à la question des thérapies de conversion dont vous avez parlé. J'ai regardé en ligne et constaté que le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse les ont interdites. Même chose à Vancouver, et l'Alberta envisage de le faire.

Malte a une interdiction nationale assortie d'une amende de 15 000 $ et d'une peine d'emprisonnement de un an. Le Royaume-Uni envisage une interdiction. Le gouvernement fédéral canadien devrait-il envisager une interdiction des thérapies de conversion et devrait-on formuler une recommandation à ce sujet dans notre rapport? N'oubliez pas que le gouvernement fédéral n'assure en fait pas la prestation de ces services.

Mme Barnett : Oui. C'est une question de droits de la personne. Ça me semble assez clair pour tous les gens ici présents. C'est une question de droits de la personne. Je le crois, parce qu'une thérapie de conversion et le fait de forcer les enfants à y participer est une violation des droits à la sécurité des enfants visés. Oui, je crois que le gouvernement fédéral peut appliquer une interdiction. Je crois que ce devrait être une des recommandations du comité.

La sénatrice Omidvar : Je suis tout à fait d'accord pour dire que la prestation des soins primaires aux enfants et aux jeunes dans les écoles est une façon optimale de procéder à l'avenir. Le défi devient une question de ressources. Je ne viens peut-être pas d'une petite collectivité rurale comme certains de mes collègues — je viens de Toronto —, mais je peux vous dire de façon anecdotique que je connais des parents dont les enfants attendent sur une liste depuis 18 mois pour subir une évaluation. Les parents choisissent alors de payer eux-mêmes. Je sais à quel point ce peut être coûteux, jusqu'à 3 000 $, pour une évaluation qui ne règle rien, qui ne fait qu'évaluer. Puis, il faut aller plus loin et trouver un psychologue et ainsi de suite. Les règles du jeu ne sont équitables pour personne.

Is it possible, within the new funding that the federal government has provided for mental health services that Senator Manning referred to, to target it particularly for expenditures in the school system, in primary care? The federal government can do this if persuaded. It is able to say this much money will be spent in this way without getting lost in the maze of transfer payments.

Ms. Cohen: That is an interesting question. Way back when we were meeting with the Public Health Agency and Health Canada, we had commissioned a study a number of years ago on how Canada could learn from what has been done in other countries and better target funds to make psychological care more accessible, we had been advocating for a more centralized approach for how this money could be spent. The constitutional reality of this country is complex, because health care is provincially and territorially delivered, how many parameters can be around those targeted funds?

One realistic place to put it would be in schools for children and youth. Another reasonable case might be primary care. I imagine it would be challenging for the federal government and the provinces to reach that understanding of how they will best use it.

Senator Omidvar: I am a bit concerned — perhaps you can help me out, Dr. Cohen — that more access to care is better, but when that access to care leads to an unhealthy reliance and addiction on medication for children. Again, anecdotally I have heard stories. You go to a psychologist and they will put you on medication and you can zoom out.

I want to have comfort that your profession understands addiction and understands the danger of prescription medication and that when the addiction starts early in life, it is that much harder to kick.

Ms. Cohen: Psychologists have PhDs not MDs. In Canada we do not prescribe medication. In some U.S. jurisdictions psychologists have prescriptive authority, but not in Canada. I couldn't agree with you more. There are many ways to address mental health problems. The two sentinel treatments when it comes to mental disorders are medications and psychological treatment. Psychotherapy, cognitive behavioural therapies, interpersonal therapies, there are all kinds of evidence-based therapies. In Canada neither of those interventions are covered. We don't have a pharmacare plan and we don't cover psychotherapy, which is mainly delivered by psychologists. Some psychiatrists do psychotherapy but it is mainly psychologists, social workers and other trained counsellors who are delivering it.

Est-il possible grâce, au nouveau financement que le gouvernement fédéral a fourni pour les services de santé mentale dont le sénateur Manning a parlé, de cibler particulièrement les dépenses dans le système scolaire, les soins primaires? Le gouvernement fédéral peut le faire s'il est convaincu du bien-fondé de la démarche. Il a le pouvoir de dire que tel montant doit être dépensé de telle façon, sans se perdre dans les dédales des paiements de transfert.

Mme Cohen : C'est une question intéressante. À l'époque, lorsque nous avions rencontré l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada, nous avions commandé une étude — c'était il y a un certain nombre d'années — sur la façon dont le Canada pourrait apprendre de ce qui avait été fait dans d'autres pays afin de mieux cibler les fonds et de rendre les soins psychologiques plus accessibles. Nous avions demandé une approche plus centralisée quant à la façon dont les fonds sont dépensés. La réalité constitutionnelle du pays est complexe, parce que les soins de santé sont de compétence provinciale et territoriale. Combien de paramètres peut-on imposer relativement à ces fonds ciblés?

Une façon réaliste de les dépenser serait dans les écoles, pour les enfants et les jeunes. Il serait aussi raisonnable de les consacrer aux soins primaires. J'imagine que ce serait difficile pour le gouvernement fédéral et les provinces de s'entendre sur la meilleure façon d'utiliser les fonds.

La sénatrice Omidvar : Je suis un peu préoccupée — vous pouvez peut-être m'aider, madame Cohen — par le fait qu'un meilleur accès aux soins est préférable, mais quand un tel accès mène à un recours malsain à la médication pour les enfants et aux problèmes de dépendance connexes... Encore une fois, c'est anecdotique, mais j'ai entendu des histoires... On va voir un psychologue, ce dernier nous donne des médicaments, et on peut perdre la carte.

Je veux être sûre que votre profession comprend la dépendance, les dangers des médicaments d'ordonnance et comprend aussi que, lorsque la dépendance commence tôt dans la vie, il est d'autant plus difficile de la combattre.

Mme Cohen : Les psychologues ont des doctorats et ne sont pas des médecins. Au Canada, nous ne pouvons pas prescrire de médicaments. Dans certaines administrations américaines, les psychologues ont un pouvoir d'ordonnance, mais pas au Canada. Je ne pourrais pas être plus d'accord avec vous. Il y a de nombreuses façons de s'attaquer aux problèmes de santé mentale. Les deux traitements phares, lorsqu'il est question de troubles mentaux, sont la médication et la psychologie. La psychothérapie, les thérapies cognitivocomportementales, les thérapies interpersonnelles sont toutes des types de thérapie fondés sur des données probantes. Au Canada, aucune de ces interventions n'est couverte. Nous n'avons pas un régime d'assurance-médicaments et nous ne couvrons pas les soins de psychothérapie, qui sont principalement fournis par des

I couldn't agree with you more that there are other things to try first. There are other things that work. The evidence will tell you that when it comes to anxiety disorders, for example, psychological treatments are indicated over and above medication. Part of the challenge is that people go to the funded door and our health providers give what is available to them to give.

The Chair: I have a quick question for you, Ms. Barnett. In terms of the community you represent, you talked about the challenges of accessing professionals and the cost when it comes to health or intervention and treatment. What about the expertise when you finally reach out to professionals? Do we still have a gap in terms of their education and ability to serve the community that you represent?

Ms. Barnett: Yes, there is definitely a gap. There are definitely social workers, psychologists and psychiatrists with an incredible amount of expertise in order to support the LGBTQ2SIA community. Not everybody has that ability. Some people think they do and they don't. Some people know they don't. It is kind of the luck of the draw. With the funding systems the way they are, it is hard to switch psychiatrists or psychologists once you have been assigned one. There is not a database of experts on LGBTQ2SIA issues in terms of psychiatry, psychology, social work and counselling. One particular area is street-involved youth. There are a lot of trans folk and queer kids on the street. They will walk in and get a counsellor that will either understand their issues or not. It is just whoever happens to be on call that day in the walk-in clinic.

There is a lot of work to do.

Senator Munson: I put autism on the table. I think we can ask that question of other witnesses.

We are always talking about children but parental barriers are important, too. What are the parental barriers? What is most common that is preventing children from getting the help they need? Is it stigma, financial situation, poverty, their own mental health? We talk about schools and millions of dollars from governments, and so on. It starts with the parent.

psychologues. Certains psychiatres font de la psychothérapie, mais ce travail revient principalement aux psychologues, aux travailleurs sociaux et à d'autres conseillers formés qui en assurent la prestation.

Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il y a d'autres choses à essayer en premier. D'autres méthodes fonctionnent. Les données probantes nous apprennent que, lorsqu'il est question de troubles anxieux, par exemple, les traitements psychologiques sont plus indiqués que la médication. Une partie du défi tient au fait que les gens se tournent vers les soins financés et que nos fournisseurs de soins de santé leur donnent ce à quoi ils ont accès.

La présidente : Madame Barnett, je veux vous poser une question rapidement. Pour ce qui est de la communauté que vous représentez, vous avez parlé des défis liés au fait d'avoir accès à des professionnels et des coûts lorsqu'il est question de santé, d'intervention et de traitement. Qu'en est-il de l'expertise lorsqu'une personne finit par se tourner vers des professionnels? Y a-t-il encore un écart en ce qui concerne leur éducation et leur capacité de fournir des services à la communauté que vous représentez?

Mme Barnett : Oui. Il y a définitivement un écart. Il existe bien sûr des travailleurs sociaux, des psychologues et des psychiatres qui ont une incroyable expertise leur permettant de soutenir les LGBTQ2SIA. Ils n'en ont pas tous la capacité. Certaines personnes croient à tort l'avoir, et certaines personnes savent qu'elles ne l'ont pas. C'est un peu comme un tirage au sort. Étant donné la situation actuelle des systèmes de financement, il est difficile de changer de psychiatre ou de psychologue une fois qu'on s'en voit attribuer un. Il n'y a pas de base de données des experts des enjeux LGBTQ2SIA en ce qui a trait à la psychiatrie, la psychologie, le travail social et le counseling. Un domaine précis concerne les jeunes de la rue. Il y a beaucoup de gens transgenres et d'enfants queers dans la rue. Ils vont voir un conseiller qui comprendra ou ne comprendra pas ce qu'ils vivent. Ils rencontrent tout simplement la personne qui était présente, ce jour-là, dans la clinique sans rendez-vous.

Il y a beaucoup de travail à faire.

Le sénateur Munson : Je vais laisser de côté la question de l'autisme. Je crois que nous pourrons aborder cet enjeu auprès d'autres témoins.

On parle toujours des enfants, mais les obstacles pour les parents sont importants aussi. Quels sont les obstacles pour eux? Quel est l'obstacle le plus courant qui empêche les enfants d'obtenir les soins dont ils ont besoin? Est-ce la stigmatisation, la situation financière, la pauvreté, la santé mentale des parents? Nous avons parlé des écoles et des millions de dollars du gouvernement et de tout ça. Tout commence avec le parent.

Ms. Cohen: When we were doing a bit of research among our membership for your presentation today, one of the messages we got from our membership of pediatric psychologists is you are absolutely right, reaching parents and giving them the supports they need is incredibly important. There are programs that have been adopted in Canada. One I am aware of is the Triple P parenting program out of Australia which has been excellent to give parents the skills they need to support the mental wellness of their children. Those are population level things that I think is in the purview of the federal government and are critically important.

In terms of barriers, no matter how much we devote to health promotion and illness prevention there will be people, children and adults among them, who need help. The barriers to getting that help are all of the above. It could be demographic or resources in that area.

Senator Seidman: I want to zero in on something I think this committee is concerned with. We are a federal jurisdiction.

Youth mental health is a very complex and huge area. We're trying to begin our study with a bit of exploratory work, so we can narrow it down and really focus on something that can make a difference to this field.

We're trying to get our witnesses, such as you, to put forward to if you could identify a specific gap in knowledge or aspects of the youth mental health issue that we, as parliamentarians, could focus on and really pursue in order to improve child and youth mental health.

You focused a lot on accessibility and delivery of services. It's frustrating as a parliamentarian, because I so empathize. We have heard this over and over: accessibility and delivery of mental health services. I'm trying to find an angle as a federal legislator that would allow me to pursue that.

Now I'm biasing you as I ask you this question, but please look at the broader aspect here. If you could provide us with some insight, that would be great.

I might start with you, Ms. Barnett.

Ms. Barnett: Yes, I've been thinking about that for days. As far as access is concerned, it's probably only through recommendations at Health Canada that Parliament can make any kind of wave in terms of financial access, what's covered

Mme Cohen : Lorsque nous avons effectué un peu de recherche auprès de nos membres pour préparer notre témoignage d'aujourd'hui, l'un des messages de nos membres qui sont des pédopsychiatres, c'est que vous avez absolument raison : il est extrêmement important de joindre les parents et de leur donner le soutien dont ils ont besoin. Il y a des programmes qui ont été adoptés au Canada. L'un que je connais, c'est le programme triple P sur les compétences parentales de l'Australie, un excellent programme lorsqu'il s'agit de donner aux parents les compétences dont ils ont besoin pour assurer le bien-être mental de leurs enfants. Ce sont des choses réalisées au niveau de la population qui, selon moi, relèvent du gouvernement fédéral et sont d'une importance cruciale.

Pour ce qui est des obstacles, peu importe les sommes que nous consacrons à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, il y aura des personnes, des enfants et des adultes, qui ont besoin d'aide. Les obstacles à la prestation d'un soutien sont tout ce qu'on a déjà mentionné. Ce pourrait être une question démographique ou une question de ressources dans cette zone.

La sénatrice Seidman : J'aimerais parler d'une question qui, selon moi, préoccupe le comité. Nous représentons une compétence fédérale.

La santé mentale des jeunes est un domaine énorme et très complexe. Nous tentons de commencer notre étude par un peu de travail exploratoire, de façon à ce que nous puissions vraiment préciser nos travaux et mettre l'accent sur quelque chose à même de changer la donne dans ce domaine.

Nous voulons que nos témoins, comme vous, puissent cerner, si possible, des lacunes précises en matière de connaissances ou des aspects de l'enjeu de la santé mentale des jeunes que nous, en tant que parlementaires, nous pouvons approfondir et auxquels nous pouvons vraiment donner suite afin d'améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes.

Vous avez beaucoup insisté sur l'accessibilité et la prestation des services. C'est frustrant en tant que parlementaire, parce que j'ai beaucoup d'empathie. C'est quelque chose que nous entendons sans cesse : l'accessibilité et la prestation de services dans le domaine de la santé mentale. J'essaie de trouver un angle qui, en ma qualité de législatrice fédérale, me permettrait de faire quelque chose.

Je sais que je vous pose là une question qui risque de biaiser votre propos, mais, s'il vous plaît, essayez de tenir compte du contexte plus général, ici. Si vous pouvez nous éclairer, ce serait formidable.

Je vais peut-être commencer par vous, madame Barnett.

Mme Barnett : Oui. J'y réfléchis depuis des jours. Pour ce qui est de l'accès, c'est probablement uniquement grâce à des recommandations à l'intention de Santé Canada que le législateur peut changer des choses sur le plan de l'accès et des

and statements about the rights to accessing health care. Considering mental health as a part of standard health care in Canada is a really big deal.

We've been talking about conversion therapy. Something I would be happy to hang my hat on is rights-based legislation around ending conversion therapy across the country.

Senator Seidman: In fact, including mental health in the Canada Health Act, right, because it's right now not really part of the Canada Health Act? Mental health is not —

Ms. Barnett: Yes.

Senator Seidman: That's great.

Ms. Cohen: I would add that the health promotion or population health level to provide resources to parents around parenting programs and those kinds of things are probably easier to do as a federal government. But I agree with you about the Canada Health Act. I would go further and say it's challenging. We talk about having a public health care system. We don't really. We have a public medical care system. We pay certain kinds of providers to deliver care in certain venues. That's what we do.

It's Canada, and health care has evolved. We started with Medicare. We have hundreds of thousands of health-care providers who are not physicians, and their services are simply not covered.

I do think there's a systematic problem to fix. For example, in the study we commissioned, we found out that family doctors in Canada — about $356 million for family doctors to do counselling and psychotherapy. This is not part of their core skill set necessarily, but that's where the money and funding is accessible. Some go out and get specialized training, which is wonderful, but we have social workers, psychotherapists and psychologists who are trained to deliver this, and there is this huge gap.

I'll end with saying when there was talk about targeted transfers for mental health, looking at the what the U.K. is doing, there was an opportunity to do something centrally, rolling out across the country, collecting data in a systematic way so we know it's effective. That might be another approach to take.

finances, de ce qui est couvert et des déclarations sur les droits liés à l'accès aux soins de santé. Il serait vraiment important de considérer la santé mentale comme un élément des soins de santé réguliers au Canada.

Nous avons parlé des thérapies de conversion. Parfois, j'aimerais pouvoir m'en tenir à une loi fondée sur les droits permettant de mettre fin aux thérapies de conversion partout au pays.

La sénatrice Seidman : En fait, on parle d'inclure la santé mentale dans la Loi canadienne sur la santé, non? Parce que, actuellement, elle n'en fait pas partie. La santé mentale n'est pas...

Mme Barnett : Oui.

La sénatrice Seidman : C'est parfait.

Mme Cohen : J'ajouterais que, au niveau de la promotion de la santé ou de la santé de la population, il est probablement plus facile de fournir des ressources aux parents sur les programmes de compétences parentales et ces genres de choses à l'échelon fédéral. Cependant, je suis d'accord avec ce que vous dites au sujet de la Loi canadienne sur la santé. J'irais plus loin et je dirais que c'est difficile. On parle d'avoir un système public de soins de santé. Nous n'en avons pas vraiment un. Nous avons un système de soins médicaux publics. Nous payons certains fournisseurs qui offrent des soins à divers endroits. C'est ce que nous faisons.

Nous sommes au Canada, et les soins de santé ont évolué. Nous avons commencé par l'assurance-maladie. Nous avons des centaines de milliers de fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas des médecins, et leurs services ne sont tout simplement pas couverts.

Je pense vraiment qu'il y a un problème systémique à régler. Par exemple, dans l'étude que nous avons commandée, nous avons constaté que les médecins de famille au Canada... il en coûte environ 356 millions de dollars pour que les médecins de famille offrent des services de counseling et de psychothérapie. Cela ne fait pas nécessairement partie de leurs compétences de base, mais c'est là où l'argent et les fonds sont accessibles. Certains vont suivre une formation spécialisée, et c'est merveilleux, mais nous avons des travailleurs sociaux, des psychothérapeutes et des psychologues qui sont formés pour faire ce genre de choses, et il y a une énorme lacune.

Je terminerai en disant que, lorsqu'il a été question de transfert ciblé pour la santé mentale — à la lumière de ce qui se fait au Royaume-Uni — il y avait une possibilité de faire quelque chose de centralisé, à l'échelle du pays, de recueillir des données de façon systématique afin de savoir que c'est efficace. C'est peut-être une autre façon de faire.

Senator Seidman: These recommendations in a study that you have — you referred to a study.

Ms. Cohen: Yes, it's called *An Imperative for Change*. We commissioned it in 2013-14. I'd be happy to share it with you.

Senator Seidman: That would be great if you could send it to the clerk of the committee.

The Chair: Thank you to both of our panellists. It's been informative and insightful.

We will now welcome our second panel regarding this study on youth mental health.

For the next panel we have with us, and we are pleased to have you with us, Dr. Patrick Smith, National Chief Executive Officer from the Canadian Mental Health Association. We also have with us from HealthCareCAN Dr. Zul Merali, representative, President and CEO The Royal's Institute of Mental Health Research.

We will start with you, Dr. Merali.

Zul Merali, Representative, President and CEO, The Royal's Institute of Mental Health Research, HealthCareCAN: Good morning, honourable senators. Thank you for this opportunity to speak to today.

My name is Dr. Zul Merali. I am President and CEO of The Royal's Institute of Mental Health Research, affiliated with the University of Ottawa. I am joining you as a representative of HealthCareCAN, a national voice for health care organizations and hospitals across Canada.

We know mental illnesses such as depression can develop at a very young age. More than half of adult depression manifests before the age of 14, and over 70 per cent of adults with depression report having symptoms by the age of 18. Not only is the scope of mental illness significant in our country, affecting more than one in four Canadians, but the fact it starts early and is often chronic and recurrent means that prioritizing child and youth mental health is extremely important.

A focus on early intervention and prevention would yield the biggest bang for our buck, so to say. In terms of mental health investment in our country, intervening early would not only improve the life trajectory for many youth, in terms of education and social connectedness, but would also have a significant downstream effect benefit for the Canadian economy as a whole. This week alone, for instance, 500,000 Canadians will not go to work due to mental health-related issues. If we can begin to systematically prevent mental health problems early in life, we

La sénatrice Seidman : Ces recommandations dans une étude que vous avez... Vous avez mentionné une étude.

Mme Cohen : Oui, c'est un rapport appelé *An Imperative for Change*. Nous l'avons commandé en 2013-2014. Je serai heureuse de vous le fournir.

La sénatrice Seidman : Ce serait formidable si vous pouviez l'envoyer au greffier du comité.

La présidente : Merci à nos deux témoins. La rencontre a été instructive et intéressante.

Nous allons maintenant accueillir notre deuxième groupe de témoins dans le cadre de notre étude sur la santé mentale des jeunes.

Pour ce qui est du prochain groupe de témoins, nous accueillons M. Patrick Smith, chef de la direction nationale de l'Association canadienne de la santé mentale, ainsi que M. Zul Merali, représentant, président et chef de la direction de l'Institut de recherche en santé mentale du Royal, de SoinsSantéCAN.

Nous allons commencer par vous, monsieur Merali.

Zul Merali, représentant, président et chef de la direction, Institut de recherche en santé mentale du Royal, SoinsSantéCAN : Bonjour, honorables sénateurs. Merci de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je suis Zul Merali. Je suis président et chef de la direction de l'Institut de recherche en santé mentale du Royal, un centre affilié à l'Université d'Ottawa. Je comparais aujourd'hui en tant que représentant de SoinsSantéCAN, un porte-parole national des organisations de soins de santé et des hôpitaux de partout au Canada.

Nous savons que les maladies mentales comme la dépression peuvent apparaître à un très jeune âge. Plus de la moitié des cas de dépression chez les adultes se manifestent avant l'âge de 14 ans, et plus de 70 p. 100 des adultes atteints de dépression déclarent afficher des symptômes avant l'âge de 18 ans. Non seulement l'ampleur des maladies mentales est importante au pays, plus d'un Canadien sur quatre étant touché, mais en plus, le fait que la maladie mentale apparaît tôt et qu'elle est souvent chronique et récurrente signifie qu'il est extrêmement important d'accorder la priorité à la santé mentale des enfants et des jeunes.

C'est en mettant l'accent sur l'intervention et la prévention précoces qu'on pourrait en avoir le plus pour notre argent, pour ainsi dire. En ce qui concerne les investissements dans la santé mentale au pays, intervenir tôt permettrait non seulement d'améliorer la trajectoire de vie de nombreux jeunes, en ce qui concerne l'éducation et les liens sociaux, mais une telle intervention précoce aurait aussi un important effet bénéfique en aval sur l'ensemble de l'économie canadienne. Cette semaine seulement, par exemple, 500 000 Canadiens n'iront pas au travail

can help ease the growing social and financial burden and level of lost productivity due to mental illness that it imposes on the workplace and the Canadian economy.

Only one in three that need help will actually seek help; however, as stigma around mental illness continues to dissipate, more and more people are now coming forward and asking for help. As it stands, however, our country's health care system has nowhere near the capacity needed to treat the number of individuals who are struggling. Furthermore, about half of those who do get help do not respond adequately to the treatments we have for them.

We know that if we can detect mental illness early, then we can intervene early. The fact that our current mental health treatments don't work very well — we need much greater investment in research. We need to find better and more innovative ways of treating mental illness.

The reality is there will never be enough resources to meet all the needs of our country, unless we take new approaches to deal with the demand. As one focuses on prevention and early intervention strategies that are informed by research, like we did for polio and like we do for cancer, such needs to happen for mental illness. Through these strategies, we can provide better access to treatment and, importantly, ensure that those treatments are evidence-based.

On this front at The Royal, we recently created an international network through the Government of Canada's Networks of Centres of Excellence program, a program called Frayme, which focuses on gathering and sharing best evidence and practice-based knowledge about integrating youth services and putting those learnings into more impactful models of care.

As we develop more evidence-based care, we also want to ensure that our treatments are more holistic and easily accessible and that our health care models equally prioritize physical and mental health.

One particularly successful model that we can look to for guidance is Foundry out of British Columbia, where centres have provided a one-stop-shop for youth aged 12 to 24 across mental health care, primary care, social services and other supports.

en raison d'un problème lié à la santé mentale. Si nous pouvons commencer à prévenir de façon systématique les problèmes de santé mentale tôt dans la vie des gens, nous pouvons aider à réduire le fardeau social et financier de plus en plus lourd ainsi que le niveau de perte de productivité découlant de la maladie mentale qu'on constate en milieu de travail et dans l'économie canadienne.

Seulement une personne sur trois qui a besoin d'aide en obtiendra, mais, malgré tout, tandis que la stigmatisation entourant la maladie mentale continue de se dissiper, de plus en plus de personnes se présentent et demandent de l'aide. Actuellement, toutefois, le système de soins de santé de notre pays est très loin d'avoir les capacités nécessaires pour traiter le nombre de personnes qui ont des problèmes. En outre, près de la moitié des personnes qui demandent de l'aide ne réagissent pas adéquatement aux traitements que nous leur offrons.

Nous savons que, si nous pouvons détecter les maladies mentales rapidement, alors nous pouvons intervenir de façon précoce. Le fait que nos traitements actuels en matière de santé mentale ne fonctionnent pas très bien signifie que nous avons besoin d'investir beaucoup plus dans la recherche. Nous devons trouver des façons meilleures et plus novatrices de traiter la maladie mentale.

En réalité, il n'y aura jamais assez de ressources pour répondre à tous les besoins au pays, sauf si nous adoptons de nouvelles approches pour composer avec la demande. Tout comme on a mis l'accent sur la prévention et les stratégies d'intervention précoces fondées sur des recherches — c'est ce qu'on a fait pour la polio et le cancer — la même approche est nécessaire pour la santé mentale. Grâce à de telles stratégies, nous pouvons fournir un meilleur accès aux traitements et, ce qui est important, s'assurer que les traitements fournis sont fondés sur des données probantes.

À cet égard, au Royal, nous avons récemment créé un réseau international par l'intermédiaire du programme du Réseau des centres d'excellence du gouvernement du Canada, un programme appelé CADRE, qui vise à recueillir et communiquer des meilleures données probantes et des connaissances fondées sur la pratique concernant l'intégration des services à l'intention des jeunes et à intégrer ces apprentissages dans des modèles de soins plus efficaces.

Tandis que nous élaborons des soins fondés davantage sur des données probantes, nous voulons aussi nous assurer que nos traitements sont plus holistiques et facilement accessibles et que nos modèles de soins de santé accordent la même priorité à la santé physique qu'à la santé mentale.

Nous pouvons nous inspirer tout particulièrement du modèle du programme Foundry en Colombie-Britannique, dans le cadre duquel des centres fournissent un guichet unique à l'intention des jeunes âgés de 12 à 24 ans, des centres qui réunissent les

It is not only important to provide young people with access to effective, cutting-edge treatments when they fall ill, but it is equally important to try and keep individuals well, by recognizing those at risk and dealing with early symptoms to prevent detrimental outcomes associated with mental illness occurring in the first place.

We can do this partly by harnessing some cutting-edge technologies and artificial intelligence. For instance, there are very few antidepressants available to the youth; there are many for the adults but not for the youth. Those who are prescribed have often undesirable side effects that young people don't particularly like, such as weight gain and sexual side effects. Research indicates, however, that we can effectively alter brain activity in other ways too by using non-invasive technologies, such as repeated transcranial magnetic stimulation, whereby you can change brain activity in a non-invasive way. This rTMS technology has proven to be effective quite rapidly to alleviate symptoms of depression, particularly in those individuals who are treatment-resistant. However, our current provincial plans do not cover such treatments.

Another cutting-edge approach to prevention is being led by Dr. Zachary Kaminsky who holds a DIFD-Mach Gaensslen Chair in Suicide Prevention Research at The Royal. He has developed algorithms that use artificial intelligence to predict suicide risk based on analytics around Twitter messages that they send.

Such an approach can be seen as a decision-making aid to identify those who are at risk very early so intervention and suicide-prevention strategies can be mobilized, particularly amongst Canadians between the ages of 15 and 34 for whom suicide is one of the leading causes of death.

Finally, through all our approaches to prevention and treatment, we must keep a strong focus on personalized interventions. Just as there are many types of cancer, we know through research there are several subtypes of mental illnesses such as depression.

At The Royal's Institute of Mental Health Research, we are currently working to establish a first episode depression research and intervention centre, which will harness some of the latest brain imaging technologies to subtype depression in individuals, and figure out which treatment best works for individuals based on the subtyping of the illness. We want to test, for example, the efficacy of drug therapy versus rTMS, repeated transcranial magnetic stimulation, versus talk therapy. We want to see who

soins en santé mentale, les soins primaires, les services sociaux et d'autres mesures de soutien.

Il est non seulement important de fournir aux jeunes l'accès à des traitements efficaces et à la fine pointe de la technologie lorsqu'ils tombent malades, mais il est tout aussi important d'essayer de les garder en bonne santé, en reconnaissant ceux qui sont à risque et en s'attaquant rapidement aux symptômes précoces de façon à prévenir d'entrée de jeu les effets néfastes associés à la maladie mentale.

Nous pouvons y parvenir en partie en exploitant certaines technologies de pointe et l'intelligence artificielle. Par exemple, il y a très peu d'antidépresseurs disponibles pour les jeunes. Il y a en beaucoup pour les adultes, mais pas pour les jeunes. Ceux qui sont prescrits sont souvent accompagnés d'effets secondaires indésirables que les jeunes n'aiment pas particulièrement, comme un gain de poids et des effets secondaires de nature sexuelle. Les recherches indiquent cependant que nous pouvons réussir à modifier l'activité cérébrale d'autres façons, aussi, en utilisant des technologies non invasives, comme la stimulation magnétique transcrânienne répétée, grâce à laquelle on peut modifier l'activité cérébrale de façon non invasive. Cette technologie s'est révélée efficace assez rapidement pour éliminer les symptômes de dépression, particulièrement chez les personnes qui résistent au traitement. Cependant, nos régimes provinciaux actuels ne couvrent pas de tels traitements.

Une autre approche à la fine pointe de la technologie en matière de prévention est dirigée par Zachary Kaminsky, qui est titulaire de la chaire DIFS-Mach Gaensslen en recherche sur la prévention du suicide au Royal. Il a élaboré des algorithmes qui utilisent l'intelligence artificielle pour prédire le risque de suicide en se fondant sur l'analyse des messages que les gens envoient sur Twitter.

Une telle approche peut être considérée comme une aide à la prise de décisions visant à identifier les personnes qui sont à risque très tôt, afin qu'on puisse intervenir et mettre en place des stratégies de prévention du suicide, surtout auprès des Canadiens âgés de 15 à 34 ans, dont le suicide est l'une des principales causes de décès.

Enfin, dans toutes nos approches en matière de prévention et de traitement, nous devons continuer de mettre l'accent sur des interventions personnalisées. Tout comme il existe de nombreux types de cancer, la recherche nous a appris qu'il y a plusieurs sous-types de maladies mentales comme la dépression.

À l'Institut de recherche en santé mentale du Royal, nous travaillons actuellement à l'établissement d'un premier centre de recherche et d'intervention sur les épisodes de dépression, qui exploitera certaines des plus récentes technologies d'imagerie cérébrale pour cerner les sous-types de dépression chez les personnes et déterminer quel traitement est le plus adapté pour elles en fonction du sous-type décelé. Nous voulons évaluer, par exemple, l'efficacité de la pharmacothérapie par opposition à la

should be getting those treatments and who is going to best respond.

To conclude, it has been incredibly encouraging in recent years to see public dialogue and government policies pushing for greater access to mental health care, particularly as it pertains to vulnerable groups such as children and youth.

Now, if we are able to direct increased investment towards mental health research, we can ensure the strategies and resources that are being rolled out are effective and evidence-based, and in many cases able to prevent mental health crisis from occurring in the first place. Thank you.

Patrick Smith, National Chief Executive Officer, Canadian Mental Health Association: Thank you, Madam Chair. Thank you for inviting me here today. I'm Dr. Patrick Smith, national CEO of the Canadian Mental Health Association. CMHA/ACSM is a Canada-wide organization that serves more than 1.3 million Canadians directly. We serve all Canadians because all Canadians have mental health. We are in over 330 bricks-and-mortar locations across the country and serve rural and remote communities from those bricks-and-mortar locations to many, many more communities across Canada.

CMHA is Canada's most established and most extensive community mental health organization working to prevent mental illness, support recovery and resilience and promote flourishing.

Today my remarks will emphasize what we see as key challenges and opportunities for action in child and youth mental health.

There is no doubt the growing attention to mental health is starting to break down stigmas around mental illness. The Government of Canada has shown strong leadership in this regard, infusing $5 billion into mental health over the next 10 years. However, it's important to recognize that even with that investment Canada spends the lowest percentage of our health-care budget on mental health. We're at 7.2 per cent. The $5 billion still keeps us at the bottom. Countries like the U.K. spend 13 per cent of their health-care budget on mental health.

It's important to recognize that has real implications. That's not just one year. That's year over year over year. The gaps are significant. I'm a clinical psychologist trained in the States — a recovering American and have been here for well over 20 years

stimulation magnétique transcrânienne répétée et la thérapie par le dialogue. Nous voulons déterminer qui devrait obtenir ces traitements et qui y réagira le mieux.

En conclusion, il a été incroyablement encourageant au cours des dernières années de voir le discours public et les politiques gouvernementales promouvoir un meilleur accès aux soins de santé mentale, particulièrement pour les groupes vulnérables comme les enfants et les jeunes.

Et maintenant, si nous pouvons aiguiller des investissements accrus vers la recherche en santé mentale, nous pourrions garantir que les stratégies et les ressources utilisées le sont de façon efficace et conformément aux données probantes. En outre, on pourra, dans de nombreux cas, prévenir les crises en santé mentale avant même qu'elles ne se produisent. Merci.

Patrick Smith, chef de la direction national, Association canadienne pour la santé mentale : Merci, madame la présidente, de m'avoir invité ici aujourd'hui. Je suis Patrick Smith, chef de la direction national de l'Association canadienne pour la santé mentale. La CMHA/ACSM est une organisation pancanadienne qui dessert directement plus de 1,3 million de Canadiens. Nous servons tous les Canadiens, parce que tous les Canadiens ont une santé mentale. Nous sommes présents, sur place, dans plus de 330 emplacements au pays et depuis ces endroits nous desservons des collectivités rurales et éloignées et les résidants de très nombreuses autres collectivités partout au Canada.

L'ACSM est l'organisme de santé mentale communautaire le plus établi et le plus important au Canada; il vise à prévenir la maladie mentale, à soutenir le rétablissement et la résilience et à promouvoir l'épanouissement.

Durant ma déclaration aujourd'hui, je vais mettre l'accent sur ce que nous considérons comme les principaux défis et les principales possibilités d'action liées à la santé mentale des enfants et des jeunes.

Il ne fait aucun doute que l'attention croissante portée à la santé mentale commence à ébranler la stigmatisation liée à la maladie mentale. Le gouvernement du Canada a fait preuve d'un solide leadership à cet égard, affectant 5 milliards de dollars à la santé mentale au cours des 10 prochaines années. Cependant, il est important de reconnaître que, malgré un tel investissement, le Canada est le pays qui dépense le plus faible pourcentage de son budget consacré aux soins de santé à la maladie mentale. Nous en sommes à 7,2 p. 100. Malgré les 5 milliards de dollars, nous restons au bas du classement. Des pays comme le Royaume-Uni consacrent 13 p. 100 de leur budget de la santé à la santé mentale.

Il est important de reconnaître que tout cela a des répercussions réelles. Ce n'est pas seulement une année, c'est une année après l'autre. Les écarts sont importants. Je suis un psychologue clinique formé aux États-Unis, un Américain en

and don't plan to go back. It's astonishing to know that social workers, psychologists, specialized peer support workers, they're all here in Canada, but we're all sitting on the sidelines of a publicly funded medical care system.

I'm head of the Addiction Psychiatry Program at UBC, at the University of Toronto, and I concur in terms of the need to invest in more research. There's way too much we know already works that we are not implementing in Canada. I think that's where we need to focus. I am confident we're all here today because of some awareness of that situation.

For 70 per cent of people living with mental illness, onset does occur between the ages of 14 and 24. In 2016, 12,000 youth in Ontario waited 18 months to access a psychiatrist. Many more waited to access psychologists and social workers, and many didn't even line up because you have to pay out-of-pocket or have private coverage.

Suicide is the second-leading cause of death in young people and the leading cause of death in Indigenous youth. These figures suggest the depth and scale of the challenge we are facing.

We must determine effective funding, resourcing and programming solutions. For our efforts to be meaningful in the short term and sustainable in the long term, we must also attend to the inequities that negatively impact child and youth mental health in the country. I will offer a few examples.

Our most recent reports on child poverty indicate that poverty affects upwards of 1.2 million children. These rates are far more severe for Indigenous children, 50 per cent of whom experience poverty. Several recent studies of low-income communities in different parts of Canada link poverty to things like anxiety and depression.

Persistent gender inequality, including sexual violence, has a considerable impact on the mental health of girls. The rate of sexual assault is 18 times higher for girls and women aged 15 to 24 than for Canadians aged 55 and older. Girls who experience sexual assault have higher incidences of depression, self-harm, anxiety and eating disorders.

We also know mental health disparities exist for LGBTQ and transgender youth, in particular, struggle. Indigenous youth is the fastest growing segment of the population, yet they experience the highest mortality rates. In addition to higher rates of death by

convalescence qui est ici depuis plus de 20 ans et qui n'a pas l'intention de repartir là-bas. Je suis stupéfait de savoir que les travailleurs sociaux, les psychologues, les travailleurs spécialisés en entraide... Ils sont tous ici, au Canada, mais nous restons sur les lignes de côté, exclus du système de soins de santé financé par l'État.

Je dirige le programme de psychiatrie des toxicomanies à l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Université de Toronto, et je peux confirmer qu'il faut investir dans plus de recherches. Il y a déjà beaucoup trop de choses dont nous connaissons l'efficacité et qui ne sont pas appliquées au Canada. Selon moi, c'est là où il faut mettre l'accent. Je suis convaincu que nous sommes tous ici aujourd'hui parce que nous sommes conscients de cette situation.

Pour 70 p. 100 des personnes qui vivent avec une maladie mentale, l'apparition s'est produite entre 14 et 24 ans. En 2006, 12 000 jeunes de l'Ontario ont attendu 18 mois pour avoir accès à un psychiatre. Ils sont beaucoup plus nombreux à attendre de voir des psychologues et des travailleurs sociaux, et beaucoup ne font même pas la queue parce qu'il faut payer de sa poche ou avoir une assurance privée.

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes et la principale cause de décès chez les jeunes Autochtones. Ces chiffres montrent la profondeur et l'ampleur du défi auquel nous sommes confrontés.

Nous devons trouver des solutions efficaces en matière de financement, de ressources et de programmes. Pour que nos efforts donnent des résultats à court terme et soient durables à long terme, nous devons aussi éliminer les inégalités qui ont une incidence négative sur la santé mentale des enfants et des jeunes au pays. Je vais vous donner quelques exemples.

Selon les rapports les plus récents sur la pauvreté infantile, la pauvreté touche plus de 1,2 million d'enfants. Ces taux sont beaucoup plus élevés chez les enfants autochtones, dont 50 p. 100 vivent dans la pauvreté. Plusieurs études récentes dans des collectivités à faible revenu de différentes régions canadiennes révèlent un lien entre la pauvreté et des choses comme l'anxiété et la dépression.

Les inégalités persistantes en matière de genre, y compris la violence sexuelle, ont une incidence importante sur la santé mentale des filles. Au Canada, les taux d'agression sexuelle sont 10 fois plus élevés chez les filles et les femmes âgées de 15 à 24 ans que chez les personnes âgées de 55 ans et plus. Les filles qui sont victimes de violence sexuelle affichent des taux plus élevés de dépression, d'automutilation, d'anxiété et de troubles de l'alimentation.

Nous savons aussi que les jeunes LGBTQ et transgenres, en particulier, doivent composer avec des disparités en matière de santé mentale. Les jeunes Autochtones constituent le segment de la population qui affiche la croissance démographique la plus

suicide, Indigenous youth in Canada experience higher rates of problematic substance use and addiction because of the effects of early childhood trauma, generational trauma and separation from family.

The impact of social media on children and youth has also come into focus. As recent research in child and adolescent psychology has shown that social media can have a deleterious effect on psychological well-being and development. International studies show that 23 per cent of youth who experience cyberbullying report reduced self-esteem and higher rates of withdrawal, anxiety and depression. Alongside these challenges, children and youth in Canada must navigate a complex array of available providers and services and youth often must undergo multiple assessments, if they do get access to care. This complexity is challenging for any busy family, and even more challenging for families experiencing racial, social and income inequality.

Moving forward on child and youth mental health demands a multidisciplinary cross-sectoral approach that increases public investment while harnessing Canada's capacity for research and innovation.

First and foremost, Canada must address chronic inequality and underfunding in mental health. The reality is this level of deferred maintenance will not be solved in one budget and it will not be solved even in one sitting government. We need to address the inequalities and we need to do as the Honourable Norman Lambin the U.K. did when he introduced parity of esteem legislation. He said the first thing we have to do is stop justifying the unjustifiable. It's just speaking the truth about how big the gap is.

Imagine if we found out in Canada that in one community, in Kamloops, just the way it evolved organically, we had fifth and sixth grade only and 30 kilometres down the road we had a community that only had kindergarten and junior high. We wouldn't scratch our heads, put a task force together or try to figure out what to do. If that was the case across Canada, with everything the developed world knows about the needs of a Piaget developmental model for education, we would just put in that developmental model, make sure kids have access to second, third fourth grade and so on.

marquée, mais c'est aussi eux qui affichent les plus hauts taux de mortalité. En plus de présenter des taux de décès par suicide plus élevés, les jeunes Autochtones du Canada affichent des taux supérieurs de consommation de substances problématiques et de toxicomanie en raison des répercussions des traumatismes durant la petite enfance, des traumatismes générationnels et de la séparation des familles.

L'impact des médias sociaux sur les enfants et les jeunes a également été mis en évidence. Une récente recherche sur la psychologie des enfants et des adolescents a révélé que les médias sociaux peuvent avoir un effet négatif sur le bien-être psychologique et le développement. En effet, des études internationales révèlent que 23 p. 100 des jeunes qui sont victimes de cyberintimidation ont une moins bonne estime de soi et des taux plus élevés de repli sur soi, d'anxiété et de dépression. En plus de ces défis, les enfants et les jeunes du Canada doivent s'y retrouver parmi la gamme complexe de fournisseurs de soins et de services disponibles, et les jeunes doivent souvent faire l'objet de plusieurs évaluations, lorsqu'ils réussissent à avoir accès à des soins, bien sûr. Cette complexité peut être problématique pour n'importe quelle famille occupée et elle l'est encore plus dans le cas des familles qui vivent des inégalités raciales, sociales et liées au revenu.

Pour aller de l'avant en ce qui a trait à la santé mentale des jeunes et des enfants, il faut adopter une approche transsectorielle et multidisciplinaire qui augmente les investissements publics tout en misant sur la capacité du Canada dans le domaine de la recherche et de l'innovation.

En premier lieu, le Canada doit s'attaquer aux inégalités chroniques et au sous-financement dans le domaine de la santé mentale. La réalité, c'est qu'on ne pourra pas rattraper le retard causé par ce financement déficient en un seul budget ni même en une seule législature. Nous devons nous attaquer aux inégalités et nous devons faire comme l'a fait l'honorable Norman Lambin, au Royaume-Uni, lorsqu'il a présenté une loi sur l'égale considération : il a dit que la première chose qu'il faut faire, c'est arrêter de justifier l'injustifiable. Il s'agit simplement de reconnaître à quel point la lacune est importante.

Imaginez si nous découvrions que, au Canada, dans une collectivité, à Kamloops, en raison de la façon dont les choses ont évolué naturellement, il y avait seulement des classes de cinquième et de sixième année, alors que, 30 kilomètres plus loin, il y avait une collectivité où il y avait seulement des classes de maternelle et de premier cycle du secondaire. Nous ne serions pas là à nous gratter la tête et à créer un groupe de travail pour essayer de déterminer ce qu'il faut faire. S'il en est ainsi à l'échelle du Canada — vu tout ce que le monde industrialisé sait au sujet des besoins du modèle de développement de Piaget pour l'éducation —, nous intégrerions tout simplement ce modèle de développement en nous assurant que les enfants ont accès à une éducation de deuxième, troisième, quatrième année et ainsi de suite.

That is the situation in Canada, not just for kids, but especially for kids. What's available in communities is as diverse as that would be in education. What we need to do is address that recognizing the federal and provincial, territorial jurisdiction.

The other important thing the federal government can do — and I concur with all speakers today who have emphasized mental health promotion and mental illness prevention — is take a settings-based approach. Where do people spend their most time? We've seen amazing results when corporate Canada has stepped up to the plate and invested in workplace mental health. It's time to do that on a dramatic scale for schools.

Programs like Not Myself Today and Social and Emotional Learning, both adapted for schools, is something the federal government can do immediately, and it will have the biggest impact on child and youth mental health in Canada. Thank you.

The Chair: We have a list of senators with questions. We will begin with the deputy chair, Judith Seidman.

Senator Seidman: Thank you for your informative presentations. Dr. Merali, Canada has a federal framework for suicide prevention that was implemented in 2016, and it includes three strategic objectives: to reduce stigma and raise public awareness, to connect Canadian's information and resources and to accelerate the use of research and innovation in suicide prevention. Because of what you presented to us, I'm addressing you about this first.

I know you come with two organizations in your current work life. One is The Royal's Institute of Mental Health Research and the other is representing HealthCareCAN. I'd like to know if either of those two organizations were involved in developing the Suicide Prevention Framework, and is it an ongoing partner in its implementation? In your viewpoint, do you think there's adequate engagement in meeting the objectives; and if not, what role the federal government could play in furthering those objectives?

Mr. Merali: We have scientists who were involved in the development of the national strategy. But in terms of your second question about the implementation of the framework, I think that's where more can be done, in the sense we can set up frameworks to facilitate engagement and involvement of people toward those strategic objectives.

C'est la situation actuelle au Canada, pas seulement pour les enfants, mais surtout pour eux. Ce qui est accessible dans les collectivités est aussi diversifié que l'exemple précédent l'était pour le domaine de l'éducation. Ce que nous devons faire, c'est de régler le problème en tenant compte des compétences fédérales, provinciales et territoriales.

L'autre chose importante à souligner, c'est que le gouvernement fédéral peut — et je suis d'accord avec ce qu'ont dit tous les témoins aujourd'hui lorsqu'ils ont souligné l'enjeu de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale — adopter une approche fondée sur le contexte. Où les gens passent-ils le plus de temps? Nous avons vu des résultats merveilleux lorsque le milieu des affaires canadien s'est mobilisé et a investi dans la santé mentale en milieu de travail. L'heure est venue de faire cela à une échelle spectaculaire dans les écoles.

Des programmes comme Je ne me reconnais pas et le programme sur l'apprentissage social et émotionnel — tous deux adaptés pour les écoles — sont des initiatives que le gouvernement fédéral peut réaliser immédiatement et qui auront un impact majeur sur la santé mentale des enfants et des jeunes au Canada. Merci.

La présidente : Nous avons une liste de sénateurs qui veulent poser des questions. Nous allons commencer par la vice-présidente, Judith Seidman.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie de vos exposés instructifs. Monsieur Merali, le Canada possède un cadre fédéral en matière de prévention du suicide qui a été mis en œuvre en 2016. Le cadre mise sur trois objectifs stratégiques : réduire la stigmatisation et sensibiliser davantage le public, relier les Canadiens, l'information et les ressources et encourager l'utilisation de la recherche et de l'innovation dans les activités de prévention du suicide. Étant donné ce que vous nous avez dit, je veux vous parler en premier.

Je sais que vous êtes associé à deux organisations dans votre vie professionnelle actuelle, l'Institut de recherche en santé mentale du Royal et SoinsSantéCAN. J'aimerais savoir si l'une de ces deux organisations a participé à l'élaboration du Cadre de prévention du suicide et si elles continuent d'être des partenaires dans le cadre de sa mise en œuvre? Selon vous, croyez-vous qu'il y a un engagement suffisant pour répondre aux objectifs? Et dans la négative, quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer pour favoriser l'atteinte de ces objectifs?

M. Merali : Nous avons des scientifiques qui ont participé à l'élaboration de la stratégie nationale, mais pour ce qui est de votre deuxième question, sur la mise en œuvre du cadre, c'est là, selon moi, qu'on pourrait en faire plus, dans la mesure où nous pouvons mettre en place des cadres pour faciliter la mobilisation et la participation des gens afin d'atteindre ces objectifs stratégiques.

However, because in Canada we are so provincially oriented in terms of the implementation side, things get lost in translation.

I wear a strong research hat. My view is we need to figure out a better way. My learnings are from what we have done in the past, where there has been a major crisis. For example, look at polio, which we don't hear much about these days. In the 1950s, when access to care was very different, we wanted to see how can we build enough wards to house the iron lungs that would keep people alive. That was our access to crisis care. The solution was not to create more wards with iron lungs, the solution was a vaccine that completely alleviated the problem.

We need to think outside of the box and find other ways so we have effective treatments. Maybe we are not implementing those in the most effective way right now, but even those are incremental. We need to do a quantum change. That will only come through research.

In terms of our national framework, we have not had mechanisms to energize and mobilize those three pillars we talked about.

Senator Seidman: Dr. Smith, I would like to hear from you as well. I would like to hear more about the last comment of Dr. Merali. You nodded your head.

Mr. Smith: The mechanism is part of it. We submitted to the Finance Committee a specific recommendation on this. We have 87 branches, divisions and regions and 336 bricks and mortar locations across Canada. Over 220 of those are actively involved with their communities, grassroots, on the ground, working on suicide prevention in the schools and in their communities.

We work with the Mental Health Commission of Canada. We are aware of the Roots of Empathyand some of the recommendations they are making. The mechanisms are there, if they are funded. Our only Centre of Excellence in Calgary is the national Centre for Suicide Prevention. It is a CMHA branch and works effectively with the branches across Canada with schools and communities. That is why we have made the recommendation. Those branches have been working in those communities for years. We don't see this as being the Roots of Empathy approach, picking five or six pilot sites and trying to figure out what to do with that.

We have been involved with the Canadian Association for Suicide Prevention, CASP. All three former chairs are currently employees of the Canadian Mental Health Association across the

Cependant, puisque, au Canada, la question de la mise en œuvre relève beaucoup des provinces, on perd des choses en cours de route.

Je me consacre beaucoup à la recherche. Selon moi, nous devons découvrir une meilleure façon de faire. Ce que j'ai appris vient de ce que nous avons fait dans le cadre des crises majeures du passé. Prenons la polio, dont nous n'entendons plus beaucoup parler ces jours-ci. Dans les années 1950, lorsque l'accès aux soins était différent, nous voulions trouver une façon de construire des services assez grands pour héberger les poumons d'acier nécessaires pour garder les gens en vie. C'était notre façon d'offrir des soins de crise. La solution n'était pas de créer plus de services avec des poumons d'acier. La solution, c'était un vaccin qui a permis d'éliminer complètement le problème.

Nous devons sortir des sentiers battus et trouver d'autres moyens d'offrir des traitements efficaces. Nous n'utilisons peut-être pas actuellement les traitements les plus efficaces, mais même dans ce cas-là, c'est un processus progressif. Il faut apporter un changement important, et on peut seulement le faire grâce à la recherche.

Pour ce qui est de notre cadre national, il n'y a pas de mécanisme pour dynamiser et mobiliser les gens au sujet des trois piliers dont nous avons parlé.

La sénatrice Seidman : Monsieur Smith, j'aimerais aussi savoir ce que vous en pensez. J'aimerais en entendre davantage au sujet du dernier commentaire de M. Merali. Vous avez hoché la tête.

M. Smith : Le mécanisme en fait partie. Nous avons présenté au Comité des finances une recommandation précise à ce sujet. Nous comptons 87 filiales, divisions et régions et 336 emplacements qui ont pignon sur rue à l'échelle canadienne, dont plus de 220 sont actifs dans les collectivités, à l'échelle locale, sur le terrain, pour promouvoir la prévention du suicide dans les écoles et les collectivités.

Nous travaillons en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada. Nous connaissons le programme Racines de l'empathie et certaines des recommandations formulées par ces gens. Les mécanismes sont là, s'ils sont financés. Notre seul centre d'excellence à Calgary est le Centre for Suicide Prevention. C'est un centre national. Il s'agit d'une filiale de l'ACSM qui travaille efficacement avec les succursales de partout au Canada auprès des écoles et des collectivités. C'est la raison pour laquelle nous avons formulé la recommandation. Ces filiales travaillent déjà dans ces collectivités depuis des années. Selon nous, il ne s'agit pas de l'approche des Racines de l'empathie, de choisir cinq ou six sites pilotes et d'essayer de déterminer ce qu'il faut en faire.

Nous avons travaillé en collaboration avec l'Association canadienne pour la prévention du suicide, l'ACPS. Les trois derniers présidents sont actuellement des employés de

country. We have the blueprint; we know what we need to do. It focuses on raising awareness.

If we look to other jurisdictions like the U.K., the Time to Change campaign for raising public awareness, their federal government invested $34 million Canadian over the first four years alone to measure and track public attitudes with specific segments of the population. We, as you know, have been doing our Mental Health Week campaign, our #GetLoud campaign. We have been doing that with no funding for 67 years. That is another part of an integrated solution where we have put forward, for the first time, a recommendation for nominal funding to help us do that.

Senator Eaton: Gentlemen, is mental health getting worse? Are there common triggers over the last 20 years that weren't there before or did we just not keep statistics and data?

Mr. Smith: It is complex, but I think it is a bit of both. The reality is if you had a cottage with a leak in your roof and that caused water damage in your basement and you pumped the water out but you weren't addressing the deferred maintenance on your cottage, over time the cost of fixing that cottage will increase.

When I talk about the year over year of 7.2 being with the lowest of all G7 countries, it is the basic foundation of mental health provision in other countries that we don't have here. When stage 1 cancer isn't treated, it does go to stage 2 and 3. It does get worse and more difficult to treat.

Senator Eaton: I think mental health is mostly a provincial jurisdiction, is it not?

Mr. Smith: Yes.

Senator Eaton: I think the federal government disbursed $100 million of the $500 million promised. Should they direct it? Should they say, "This is what you should do?"

Mr. Smith: We have said all along yes. If it is about specific funding of services, I can see the provinces saying, "No, we know what we need." All mental health disciplines, other than psychiatry, are not funded and included in the publicly funded package. That can't be left up to the provinces in the hope that they get it right. That is a fundamental, systemic problem across Canada. People scratch their heads when they are coming from another country. New Zealand, Australia, every G7 country wonders how they would respond to their mental health

l'Association canadienne pour la santé mentale un peu partout au pays. Nous avons un plan, nous savons ce que nous devons faire. Il faut mettre l'accent sur la sensibilisation.

Si on regarde ce qui se fait dans d'autres administrations, comme le Royaume-Uni et la campagne Time to Change, qui visait à accroître la sensibilisation du public, le gouvernement fédéral britannique a investi 34 millions de dollars canadiens durant les quatre premières années seulement pour mesurer les attitudes de segments précis de la population et en faire le suivi. Comme vous le savez, nous avons mené notre campagne de la Semaine de la santé mentale, notre campagne #Parlerhautetfort. C'est quelque chose que nous faisons sans financement depuis 67 ans. C'est là une autre composante de la solution intégrée relativement à laquelle nous avons mis de l'avant, pour la première fois, une recommandation afin d'obtenir un financement nominal pour nous aider à poursuivre le travail.

La sénatrice Eaton : Messieurs, la santé mentale s'aggrave-t-elle? Y a-t-il des éléments déclencheurs communs apparus au cours des 20 dernières années qui n'étaient pas là avant ou est-ce simplement que nous ne conservions pas les statistiques et les données?

M. Smith : La situation est complexe, mais je crois que c'est un peu des deux. En réalité, si on possède une résidence dont le toit fuit et que cela cause des dommages dans le sous-sol, on a beau avoir pompé l'eau qui s'accumulait au sous-sol, si on n'a jamais réalisé l'entretien requis en cours de route, au fil du temps, les coûts de réparation augmenteront.

Quand je dis que, d'une année à l'autre, avec 7,2 p. 100, nous sommes au dernier rang des pays du G7, cela signifie qu'il y a un élément fondamental de la prestation des soins de santé mentale des autres pays dont nous ne bénéficions pas au pays. Lorsqu'on ne traite pas un cancer de stade 1, il passe au stade 2, puis au stade 3. Il s'aggrave et devient plus difficile à traiter.

La sénatrice Eaton : Je pense que la santé mentale est principalement une compétence provinciale, n'est-ce pas?

M. Smith : Oui.

La sénatrice Eaton : Je crois que le gouvernement fédéral a déboursé 100 millions de dollars sur les 500 millions de dollars promis. Devrait-il préciser ce à quoi doit servir le financement? Devrait-il dire : « Voici ce que vous devriez faire »?

M. Smith : Depuis le début, nous répondons oui. Il faut financer des services précis, et je peux imaginer les provinces dire : « Non, nous savons ce dont nous avons besoin. » Toutes les disciplines du domaine de la santé mentale, à part la psychiatrie, ne sont pas financées et ne sont pas incluses dans le programme financé par le système public. On ne peut pas laisser la tâche aux provinces en espérant qu'elles feront la bonne chose. Il s'agit d'un problème fondamental et systémique à l'échelle du Canada. Les gens qui viennent ici d'autres pays ne

challenges in their country if social workers, psychologists, addiction councillors, specialized peer support workers, very focused primary care clinicians trained to do just what we need them to do were not publicly funded. They wonder how has Canada gotten as far as we have.

Senator Eaton: The money should be publicly directed?

Mr. Smith: Yes, absolutely.

Mr. Merali: It is absolutely right that it should be directed. We have to find more effective ways of fostering this partnership. The broken piece of the system is that although we put the resource here, the federal government is interested in putting resources towards mental health. The provincial buy-in is not consistent across the country, and that is a challenge.

You are beginning to see some uptake in the sense that now, for example, some of the provinces have agreed to provide psychological services, CBT, through this mechanism of the enhanced federal funding. Although I would have hoped to see a much bigger engagement by the provinces, I think that pressure needs to be kept on. It is a national problem right now.

Senator Eaton: Neither one of you answered. Perhaps there isn't an answer to this. Are there common triggers?

Mr. Smith: Yes.

Senator Eaton: Housing, violence; are there common triggers that a child growing up in a certain way is more likely, because of his surroundings, to develop mental illness?

Mr. Merali: Yes there definitely are. You mentioned some of those already, especially the issues of childhood neglect and abuse which are critically involved in the geology. There are also common factors about the stressors and changes that young people face early in life that have long-term implications. I think that is there.

The earlier question you asked was about whether there was an increase in the mental health prevalence. The prevalence rate as we measure it today has not significantly changed. If you look at the trajectory of our rate of sucide across Canada. If you look at cancer, it has gone down; heart disease has gone down, even AIDS has gone down. If you look at suicide, it is not only a

comprennent tout simplement pas. La Nouvelle-Zélande, l'Australie et tous les pays du G7 se demandent de quelle façon ils pourraient relever les défis en matière de santé mentale dans leur pays si les travailleurs sociaux, les psychologues, les conseillers en toxicomanie, les travailleurs spécialisés en entraide et des cliniciens des soins primaires ayant reçu une formation très précise sur ce qu'ils doivent faire n'étaient pas financés par l'État. Ils se demandent de quelle façon le Canada a réussi à se rendre là où il est rendu.

La sénatrice Eaton : Les fonds devraient être affectés à des fins précises?

M. Smith : Oui, absolument.

M. Merali : Il faut absolument que ce soit le cas. Nous devons trouver des façons plus efficaces de favoriser un tel partenariat. La pièce brisée du système, c'est que, même si nous affectons des ressources, le gouvernement fédéral veut investir dans la santé mentale, mais l'adhésion des provinces n'est pas uniforme à l'échelle du pays, et c'est un défi.

On commence à voir certains intervenants se rallier, dans la mesure où, à l'heure actuelle, par exemple, certaines provinces ont accepté de fournir des services de psychologie, la TCC, par l'intermédiaire de ce mécanisme de financement fédéral accru. Même si j'aurais espéré constater un engagement beaucoup plus marqué des provinces, je crois qu'il faut continuer à exercer de la pression. C'est un problème national à l'heure actuelle.

La sénatrice Eaton : Vous n'avez, tous les deux, pas répondu à la question. Il n'y a peut-être pas de réponse, ici. Y a-t-il des éléments déclencheurs communs?

M. Smith : Oui.

La sénatrice Eaton : Le logement, la violence... Y a-t-il des éléments déclencheurs communs faisant en sorte qu'un enfant qui grandit de telle ou telle façon est plus susceptible de présenter une maladie mentale en raison de son environnement?

M. Merali : Oui, il, il est évident qu'il y en a. Vous en avez déjà mentionné une partie, surtout les problèmes de négligence et de mauvais traitements pendant l'enfance, qui sont d'une importance cruciale dans la genèse de la maladie. Il y a aussi des facteurs communs liés aux stress et aux changements auxquels les jeunes sont confrontés tôt dans la vie et qui ont des répercussions à long terme. Ce sont des choses qui sont là, selon moi.

Vous avez demandé tantôt s'il y avait une augmentation de la prévalence des problèmes de santé mentale. Si on regarde la trajectoire de notre taux de suicide au Canada, le taux de prévalence tel que nous le mesurons aujourd'hui n'a pas beaucoup changé. Si on regarde le cancer, on note une diminution, tout comme pour les maladies cardiaques et même le

straight line, it is trending upwards in the sense that something is not right. It is a canary in the mine situation.

Suicide is the very epitome of things going wrong but there is a pyramid underneath that needs to be addressed. Although the prevalence rates are not necessarily increasing, it is clear that some of the underpinnings that you are talking about, the early stressors in life, are increasing. Furthermore, technologies are there via 24/7 connectedness, through iPhones and iPads, lack of time and sleep for young people; too much screen time, certainly has an impact, amongst other things.

Senator Eaton: Thank you very much.

Senator Munson: I have a different question to both doctors.

Dr. Smith, you said our system also struggles to support youth in transition to adult mental health. I would argue there is a two-tier mental health system in this country. I know of a young man who is 15 or 16 and saw a psychologist. Things were working out, so it was there for him when he was 22 or 23. This young man wanted to go see a psychologist. He had the money, the wherewithal. He had the $100 or the $150 for the first session. After three or four sessions, he felt good about himself and had the mental health ammunition to deal with issues. But I would argue there are tens of thousands of Canadians who don't have the wherewithal to get to that.

I will throw that question out to you and then ask the doctor about algorithms, artificial intelligence. While the doctor is answering here, perhaps you can give us an idea how it is working at the Royal and how it works to predict suicide risk based on Twitter messages. I find that fascinating.

Mr. Smith: I concur that it's a two-tier system. It's set up that way, again, if the only clinicians that we support are doctors and nurses. They are not the most effective and they are the ones who tell us, "We have 25 people in the waiting room. We shouldn't be having to do the psychotherapy, the CBT. Other countries rely on these."

If you won the lottery and you work at Starbucks Canada, where they moved their coverage from $400 to $5,000 per

sida. Si on regarde le suicide, c'est non seulement une ligne droite, mais, en plus, elle monte, ce qui signifie qu'il y a quelque chose qui ne va pas. C'est un peu comme le canari dans la mine.

Le suicide, c'est l'incarnation même des choses qui ne vont pas, mais il y a tout un iceberg en dessous, un paquet de choses auxquelles il faut s'attaquer. Même si les taux de prévalence n'augmentent pas nécessairement, il est clair que certaines des choses sous-jacentes dont vous parlez, les stress précoces dans la vie et toutes ces choses augmentent. De plus, les technologies jouent un rôle en raison du fait que les gens sont connectés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur leur iPhone et leur iPad... Le manque de sommeil et le manque de temps chez les jeunes, trop de temps passé devant l'écran... Il est évident que tout cela a une incidence, entre autres choses.

La sénatrice Eaton : Merci beaucoup.

Le sénateur Munson : J'ai une question différente à poser aux deux témoins.

Monsieur Smith, vous avez dit que notre système a aussi de la difficulté à soutenir la santé mentale des jeunes lorsque ceux-ci passent à l'âge adulte. Je dirais qu'il y a un système de santé mentale à deux vitesses au pays. Je connais un jeune homme de 15 ou 16 ans qui a vu un psychologue. Les choses se passaient bien, et il avait donc cette option qui s'offrait à lui lorsqu'il avait 22 ou 23 ans. Ce jeune homme voulait aller voir un psychologue. Il avait l'argent, il avait les moyens. Il avait les 100 ou les 150 $ pour la première séance, et, après trois ou quatre séances, il se sentait bien et il avait les outils liés à la santé mentale nécessaires pour composer avec ses problèmes. Cependant, je dirais qu'il y a des dizaines de milliers de Canadiens qui n'ont pas les moyens de faire la même chose.

Je vous pose cette question, puis je poserai une question au témoin sur les algorithmes et l'intelligence artificielle. Même si l'autre témoin répondra à cette question, vous pouvez peut-être nous donner une idée de la façon dont les choses fonctionnent au Royal et dans quelle mesure on peut prédire le risque de suicide à la lumière des messages sur Twitter. Je trouve l'idée fascinante.

M. Smith : Je suis d'accord avec vous : c'est un système à deux vitesses. Il est créé ainsi, encore une fois, si les seuls cliniciens que nous soutenons, ce sont les médecins et le personnel infirmier. Ce ne sont pas les intervenants les plus efficaces, et c'est eux-mêmes qui nous le disent : « Il y a 25 personnes dans la salle d'attente. Nous ne devrions pas avoir à nous occuper de psychothérapie, à appliquer la thérapie cognitivo-comportementale, TCC. D'autres pays misent là-dessus ».

Si une personne gagne à la loterie et obtient un emploi chez Starbucks Canada, où la couverture est passée de 400 $ à

employee, then, yes, you can get access to counselling and psychotherapy. It shouldn't be up to the employment lottery.

As we are struggling to try to figure out how to bridge that gap — and we have to start somewhere — I think the federal government can have the biggest impact on changing the settings and really focusing on social and emotional learning and a settings-based approach in schools. That is something in the federal government's purview. It could invest, and as we see in Not Myself Today in workplaces, it works. The Department of Finance of the federal government uses that program, as do Health Canada and the Public Health Agency of Canada. Let's put that in our schools for the teachers and the kids. That can have a dramatic impact immediately.

Mr. Merali: In terms of the predictive analytics looking at the Twitter chats, I think the objective was to see whether we can get a signal early on whether someone will be developing a strong suicide ideation. Using artificial intelligence and looking at those chats, our researcher Zachary Kaminsky has been able to develop algorithms that can detect very early — weeks ahead — whether someone will be escalating toward a higher suicide ideation. The idea is, can we use this technology to try to figure out who might be at risk and what can we do about it? That is a challenge because there are privacy issues involved and there is the jurisdiction and who can talk to whom.

In essence, just like you get targeted messages when you go on your website, for example, if you were to look at an ad for an Alfa Romeo, often when you get on your web you will often see an ad for an Alfa Romeo. In the same way, if you can identify people at risk early on, can we send targeted messages of help, where to go and what to do, instead of those types of commercial ventures?

I think the providers, the Googles of today, are interested in giving positive, helping messages through that platform. If you can find ways of harnessing that and maybe of informing their therapists so they can do some intervention, that could be a unique way of doing that.

Using predictive analytics and artificial intelligence is getting more and more evolved. For example, we could do the same thing at the workplace. You could fill out a short questionnaire — five minutes long — anonymously. We have

5 000 $ par employé, alors, oui, elle peut avoir accès à du counselling et à une psychothérapie. La couverture ne devrait pas dépendre de notre emploi.

Tandis que nous nous efforçons de trouver une façon de combler cet écart — il faut bien commencer quelque part —, je crois que le gouvernement fédéral est le plus à même de changer la situation afin qu'on mette vraiment l'accent sur l'apprentissage social et émotionnel et qu'on adopte une approche fondée sur le contexte dans les écoles. C'est quelque chose qui pourrait relever du gouvernement fédéral. Il pourrait investir, et comme on peut le voir dans le cadre de l'initiative « Je ne me reconnais pas » dans les milieux de travail, ça fonctionne. Le ministère des Finances du gouvernement fédéral utilise ce programme, tout comme Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Mettons un tel programme en place dans nos écoles pour les enseignants et les enfants. On pourrait ainsi avoir un impact majeur et immédiat.

M. Merali : Pour ce qui est de l'analyse prédictive fondée sur les conversations sur Twitter, je pense que l'objectif était de voir si on peut obtenir un signalement rapidement, afin de savoir si une personne va être en proie à de fortes idées suicidaires. À l'aide de l'intelligence artificielle et en examinant ces conversations, notre chercheur, Zachary Kaminsky, a réussi à mettre au point des algorithmes qui permettent de détecter très rapidement — des semaines d'avance — si une personne est en train d'avoir des idées de plus en plus suicidaires. Partant, pouvons-nous utiliser cette technologie pour essayer de déterminer qui est peut-être à risque et ce que nous pouvons y faire? C'est un défi, parce qu'il y a des questions de protection de la vie privée ici, et il y a aussi la question de la compétence et celle de savoir à qui on peut parler.

Essentiellement, tout comme on reçoit des messages ciblés lorsqu'on va sur un site web — par exemple, si on regarde une publicité pour une Alfa Romeo, souvent, lorsqu'on ouvre un autre site web, on verra une publicité d'Alfa Romeo —, eh bien, de la même façon, si on peut identifier rapidement les gens à risque, on peut leur envoyer des messages ciblés pour les aider, leur dire où aller et ce qu'ils peuvent faire, plutôt que leur montrer ces types de publicités commerciales.

Selon moi, les fournisseurs — les Google de ce monde — sont intéressés à transmettre des messages positifs, des messages d'aide par l'intermédiaire d'une telle plateforme. Si on peut trouver des façons de tirer parti de tout ça et peut-être aussi d'informer les thérapeutes de ces gens, afin qu'ils puissent intervenir, ce pourrait être là une façon unique de faire les choses.

Le recours à l'analyse prédictive et à l'intelligence artificielle évolue de plus en plus. Par exemple, on pourrait faire la même chose en milieu de travail. On pourrait remplir un court questionnaire — en cinq minutes — de façon anonyme. Nous

developed a risk calculator that will tell you how at risk you are of developing depression over the next four years.

Senator Munson: My time is up but I guess it would take the psychologists to gain the confidence of the young person to take a look at his or her Twitter account.

Mr. Merali: It's public. Your Twitter chats are public.

Senator Munson: The chats are, that's right. Thank you.

Senator Ravalia: Thank you for your very insightful presentations.

My first question is to Dr. Smith. If we were to raise our funding to 13 per cent, what would it take to keep psychologists in the public system as opposed to the drift toward private, where we really need them? Would a fee code or something similar to the public Medicare system assist all our health care professionals who are engaged in the delivery of mental health services?

Mr. Smith: We often look at other jurisdictions to see what happened when they did that. The U.K. didn't always put 13 or 14 per cent of their dollars toward mental health; it's recent. They just opened it to say, "We have only been reimbursing physicians and nurse practitioners. Let's go out on a limb and reimburse psychologists and social workers."

It's the same pot of money. Fewer GPs are charging a higher dollar. They found out there were longer-term savings in more focused work for the GPs. GPs did what they were trained to do. They also found — and Norman Lamb will be at our conference next week to talk about this — they were closing units in jails that used to house mental health clients. What we can tell you is what we would assume could happen, but we can also ask what happened in other jurisdictions when they made these simple changes. That is usually a better predictor of what will happen, namely, what happened with them? What happened in Victoria, Australia, when they did this? What happened in the U.K. when they did this?

When we don't treat stage 1 cancer, we all know that it goes to stage 2 and then to stage 3. By the time it goes to stage 4, it's not as easy to treat and it's way more costly. It's the same thing with the iron lung. It does save. The untreated mental health probably

avons mis au point un calculateur du risque pouvant dire aux gens dans quelle mesure ils sont à risque de souffrir d'une dépression au cours des quatre prochaines années.

Le sénateur Munson : Mon temps de parole est écoulé, mais j'imagine qu'il faudrait que les psychologues gagnent la confiance du jeune afin de pouvoir regarder son compte Twitter.

M. Merali : C'est public. Les conversations Twitter sont publiques.

Le sénateur Munson : Les conversations le sont, c'est vrai. Merci.

Le sénateur Ravalia : Merci de nous avoir présenté des exposés très éclairants.

Ma première question est destinée à M. Smith. Si nous augmentions notre financement à 13 p. 100, que faudrait-il faire pour garder les psychologues dans le système public, là où nous avons vraiment besoin d'eux, plutôt que de les laisser se diriger vers le secteur privé? Est-ce qu'un barème de frais ou quelque chose de similaire au sein du système d'assurance-maladie public aiderait tous nos professionnels de la santé qui participent à la prestation de services de santé mentale?

M. Smith : Nous regardons souvent ce qui se passe dans d'autres administrations pour voir ce qui s'est produit lorsqu'ils ont procédé ainsi. Le Royaume-Uni n'a pas toujours consacré 13 ou 14 p. 100 de son budget à la santé mentale. C'est quelque chose de récent. Ils ont tout simplement changé les règles et dit : « Nous avons seulement remboursé les médecins et le personnel infirmier. Prenons un risque et remboursons les psychologues et les travailleurs sociaux. »

Ce sont les mêmes fonds. Moins d'omnipraticiens facturent des taux élevés. Les Britanniques ont constaté qu'il y avait des économies à long terme liées au fait que les omnipraticiens faisaient du travail plus ciblé. Ces omnipraticiens faisaient ce qu'ils ont été formés pour faire. Ils ont aussi découvert — et Norman Lamb participera à notre conférence la semaine prochaine et il en parlera — qu'on fermait des unités dans les prisons, des unités qui hébergeaient des clients ayant des troubles de santé mentale. Ce que nous pouvons vous dire, c'est ce qui pourrait se produire, mais nous pouvons aussi nous demander ce qui s'est produit dans d'autres administrations lorsqu'elles ont apporté ces changements simples. C'est habituellement un meilleur prédicteur de ce qui se produira, notamment, ce qui est arrivé dans leur cas. Qu'est-ce qui est arrivé à Victoria, en Australie, lorsque cette décision a été prise? Qu'est-ce qui est arrivé au Royaume-Uni lorsqu'on a procédé de cette façon?

Lorsque nous ne traitons pas un cancer de stade 1, nous savons qu'il passe au stade 2, puis au stade 3. Arrivé au stade 4, ce n'est pas aussi facile à traiter et c'est plus coûteux. C'est la même chose pour les poumons d'acier. On peut faire des économies.

exacts more of a financial toll on Canada, and not just within the health system.

Yesterday, I presented at the Criminal Justice and Mental Health Conference. The criminal justice system is calling themselves the emergency room for mental health in Canada because we don't have publicly funded — as Dr. Cohen said earlier — primary mental health care.

Psychologists will stay in the publicly funded system as long as they are paid. They don't need a lot of money, just some reimbursement.

Senator Ravalia: My question to Dr. Merali is specifically related to research. You talked about transcranial magnetic stimulation. Have studies been done in youth and children with respect to this modality? If access were available, are there any concerns about adverse effects?

Mr. Merali: The answer is yes to the first question.

It has been tested on youth and it is effective. I am not quite sure about children but for youth, certainly.

In terms of the adverse effects, there are no reported adverse effects with this modality of treatment except for something like a headache. Other than that, there are few side effects, if any, with this modality. It is an exciting area of treatment. Often youth, as I said, don't want to be taking medication because of the side effects. They might want to try something else.

In the past, RTMS needed about a 30- or 40-minute session of coils being placed outside your head, which the treatment provided. Now we have honed it down to a point where you only need a 3-minute session. It is almost like a cup of coffee and you are done, but it needs to be done on a repeated basis.

Senator Dasko: Thank you for your presentations. Dr. Smith, I want to ask about the figure of 7.2 per cent funding towards health care. The Americans would spend less, would they not, in terms of publicly?

Mr. Smith: No. Even the Americans in the publicly funded system, the state hospitals, et cetera, spend more on mental health than Canadians.

Senator Dasko: In terms of per capita spending as opposed to percentage of the share of health care, are we still at the bottom

Des problèmes de santé mentale non traités font probablement peser un fardeau financier plus lourd sur le Canada, et pas seulement au sein du système de santé.

Hier, j'ai présenté un exposé dans le cadre de la conférence annuelle sur la justice et la santé mentale. Les responsables du système de justice pénale disent être la salle d'urgence des gens qui ont des problèmes de santé mentale au Canada, parce que nous n'avons pas de soins de santé mentale primaires financés publiquement ici, comme Mme Cohen l'a dit précédemment.

Les psychologues travailleront au sein du système public tant qu'on les rémunère. Ils n'ont pas besoin de beaucoup d'argent, seulement certains remboursements.

Le sénateur Ravalia : Ma question pour M. Merali porte précisément sur la recherche. Vous avez parlé de stimulation magnétique transcrânienne. Des études ont-elles été réalisées sur les jeunes et les enfants relativement à cette technique? Si on avait accès à une telle thérapie, y aurait-il des préoccupations au sujet des effets indésirables?

M. Merali : La réponse à votre première question, c'est oui.

La technique a été testée auprès de jeunes, et elle est efficace. Je ne suis pas aussi sûr pour ce qui est des enfants, mais pour les jeunes, certainement.

En ce qui concerne les effets négatifs, il n'y a pas d'effets secondaires déclarés associés à cette modalité de traitement, sauf pour des choses comme des maux de tête. Sinon, il y a peu d'effets secondaires, voire aucun, associé à cette modalité de traitement. C'est un domaine de traitement intéressant. Souvent, les jeunes, comme je l'ai dit, ne veulent pas prendre de médication en raison des effets secondaires. Ils accepteraient peut-être d'essayer quelque chose d'autre.

Dans le passé, la stimulation magnétique transcrânienne répétée exigeait des séances de 30 ou 40 minutes durant lesquelles des bobines étaient posées sur le crâne du patient, pour procéder au traitement. Nous en sommes maintenant arrivés au point où la séance dure seulement trois minutes. C'est quasiment comme prendre une tasse de café, puis c'est fini, mais il faut le faire de façon répétée.

La sénatrice Dasko : Merci de vos exposés. Monsieur Smith, je veux vous poser une question au sujet des 7,2 p. 100 de financement destinés aux soins de santé. Les Américains dépensent moins, n'est-ce pas, au titre des soins publics?

M. Smith : Non. Même les Américains, dans le cadre de leur système public, les hôpitaux d'État et ainsi de suite, consacrent plus d'argent à la santé mentale qu'on le fait au Canada.

La sénatrice Dasko : En ce qui concerne les dépenses par habitant par opposition au pourcentage de la part des soins de

of the list of per capita spending, or are we somewhere in the middle?

Mr. Smith: No, I would say we are at the bottom. We are recognized as having leadership. You will know that the Honourable Ginette Petitpas Taylor has recently stepped up to the plate to chair the Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing. People are looking to Canada because there are some really great examples of leadership from Canada. They also recognize the specific gaps for primary mental health care here we don't find in any other developed country.

Senator Dasko: Right. Per capita spending is also very low. I think that is the key figure; namely, how much are we spending on a per capita basis.

Mr. Smith: Yes.

Senator Dasko: When you talk about a role for the federal government, I very much appreciate your comments. Your organization focuses on prevention. I think that is a important role for the federal government.

Could you articulate a bit more regarding your idea about spending on programs in schools? When I think about the federal government, we don't think about the schools because the federal government is far from the education system, which is provincial and local. How does that happen? How would it happen?

Mr. Smith: Again, internationally, there is real awareness that building in resiliency skills for kids will have a bigger impact on a population level than serving their needs after they have developed all these mental health issues.

Senator Dasko: Sure.

Mr. Smith: The Public Health Agency of Canada has done pilot funding of things that are more generalizable in other countries like social and emotional learning and social and emotionally aware kids. The Public Health Agency of Canada funds us in Nova Scotia, for example, to develop that. It's getting picked up across Atlantic Canada. Those are things that could be scaled up across all jurisdictions, provinces and territories. I think it would mean targeted funding from the Public Health Agency of Canada to say we believe in this. We have already seen the results, and we believe in it enough to scale it up and have it available to kids everywhere.

santé, sommes-nous encore au bas de la liste lorsqu'il est question des dépenses par habitant ou nous trouvons-nous en milieu de liste?

M. Smith : Non. Je dirais que nous sommes encore là, au bas de la liste. On reconnaît notre leadership. Vous savez sans doute que l'honorable Ginette Petitpas Taylor a récemment accepté la présidence de l'Alliance des défenseurs de la santé mentale et du bien-être. Les gens se tournent vers le Canada, parce qu'il y a de très bons exemples de leadership au pays. Ils reconnaissent également les lacunes particulières en ce qui concerne les soins de santé mentale primaires, ici, des lacunes qui n'existent dans aucun autre pays industrialisé.

La sénatrice Dasko : Les dépenses par habitant sont aussi très faibles. Selon moi, c'est la mesure clé, soit combien nous dépensons par habitant.

M. Smith : Oui.

La sénatrice Dasko : J'aime beaucoup les commentaires que vous avez formulés lorsque vous parliez du rôle pour le gouvernement fédéral. Votre organisation met l'accent sur la prévention. Je crois que c'est un rôle important pour le gouvernement fédéral.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur votre idée de financer des programmes dans les écoles? Lorsque je pense au gouvernement fédéral... On ne pense pas aux écoles, parce que le gouvernement fédéral est tellement loin du système d'éducation, une compétence provinciale et locale. Comment peut-on le faire? Comment procéderait-on?

M. Smith : Encore une fois, à l'échelle internationale, les gens sont vraiment conscients du fait que renforcer les compétences de résilience des enfants aura une incidence plus grande au niveau de la population que de répondre aux besoins des gens une fois qu'ils présentent tous ces problèmes de santé mentale.

La sénatrice Dasko : Bien sûr.

M. Smith : L'Agence de la santé publique du Canada a mené un projet pilote de financement de certaines choses qui sont applicables de façon plus généralisée dans d'autres pays, comme l'apprentissage social et émotionnel et la sensibilisation des enfants aux aspects socioémotionnels. L'Agence de la santé publique du Canada nous finance en Nouvelle-Écosse, par exemple, pour que nous élaborions de telles choses. C'est une initiative qui est reprise un peu partout dans le Canada atlantique. Ce sont des choses que nous pourrions réaliser dans toutes les administrations, toutes les provinces et tous les territoires. Selon moi, cela exigerait un financement ciblé de l'Agence de la santé publique du Canada, qui dirait ainsi qu'elle croit à une telle démarche. Nous avons déjà vu les résultats, et nous y croyons assez pour en accroître l'échelle et faire en sorte que ce soit accessible aux enfants partout.

I am a clinical psychologist. I am trained to treat people who have problems. I've worked at CAMH; I was founding vice-president there, clinically the largest mental health hospital in Canada. I am also aware of the power of population mental health promotion and knowing we have to stem the tide. We will never treat our way out of the mental health crisis that we see ourselves in, especially with years of not investing in the services.

I do think from a bang for your buck perspective, if you will, those programs are well-established in transforming workplaces. Schools are workplaces too. Transforming that for the people who work there but also for the students.

As an aside, psychological health and safety standard for workplaces is what drove the demand for that across Canada in workplaces. They are developing the standards for university campus settings for students and teachers. We are currently adapting the Not Myself Today program for university campuses.

Senator Ravalia: This is a specific research-related question. You alluded to treatment-resistant depression, which for practising clinicians is a huge challenge. I know in the U.S., particularly the western states, there has been some research directives in the use of hallucinogenics in treatment-resistant depression. Are we doing any of that work in Canada?

Mr. Merali: That is a very good question. Yes, we are, not in hallucinogenics per se. I think the drug we have pioneered at the Royal in the Canadian context is the use of ketamine, which used to be known as a safe anesthetic agent. If you use it at a very low level, it is proven to be effective in 60 per cent of the individuals who have failed about five different drug treatments in the past. They are treatment-resistant for sure. A low dose of ketamine, which must be infused, alleviates the symptoms of depression rapidly. What is unique about this approach is that instead of waiting weeks or months it typically takes antidepressants to kick in, ketamine works within hours.

What is even more exciting is that not only does it alleviate the symptoms of depression in general, but in particular, it alleviates suicide ideation. We are currently testing to see when people come in with high suicide ideation, we don't let them go home. Essentially they will be hospitalized and they will be on track for

Je suis un psychologue clinicien. J'ai été formé pour traiter des gens qui ont des problèmes. J'ai travaillé au CTSM. J'ai été vice-président fondateur là-bas. D'un point de vue clinique, il s'agit du plus grand hôpital de santé mentale du Canada. Je connais aussi le pouvoir de la promotion de la santé mentale de la population et je sais que nous devons endiguer le problème. Nous n'allons jamais passer par-dessus la crise de la santé mentale actuelle seulement en traitant les malades, surtout vu toutes les années où nous n'avons pas investi dans les services.

Je crois vraiment que, du point de vue de l'optimisation des ressources, pour ainsi dire, ces programmes ont fait leurs preuves et transformé des lieux de travail. Les écoles sont des lieux de travail aussi. La transformation vise les gens qui y travaillent, mais aussi les étudiants.

Soit dit en passant, c'est la norme touchant la santé psychologique et la sécurité dans les milieux de travail qui est à l'origine de cette demande dans les milieux de travail partout au Canada. On élabore actuellement des normes similaires pour les campus universitaires, pour les étudiants et les enseignants. Nous adaptons actuellement notre programme Je ne me reconnais pas pour les campus universitaires.

Le sénateur Ravalia : J'ai une question précise liée à la recherche. Vous avez fait allusion à la dépression résistante aux traitements, qui représente un énorme défi. Je sais que, aux États-Unis, particulièrement dans les États de l'Ouest, il y a eu des directives de recherche sur l'utilisation des hallucinogènes dans le traitement de la dépression résistante aux traitements. Réalisons-nous ce genre de travail au Canada?

M. Merali : C'est une très bonne question. Oui, nous le faisons, mais pas nécessairement avec les hallucinogènes. Selon moi, le médicament que nous avons commencé à utiliser au Royal dans le contexte canadien, c'est la kétamine, qui était auparavant reconnue comme un agent anesthésique sécuritaire. Si on l'utilise à de très faibles niveaux, elle s'est révélée efficace chez 60 p. 100 des personnes pour qui cinq traitements médicamenteux différents n'ont pas fonctionné dans le passé. Ce sont des cas d'affections résistantes au traitement, cela ne fait aucun doute. Une faible dose de kétamine, qui doit être administrée par perfusion, élimine rapidement les symptômes de la dépression. Ce qui est unique au sujet de cette approche, c'est que plutôt que d'attendre des semaines ou des mois — le temps qu'il faut habituellement pour que les antidépresseurs fassent effet — la kétamine fonctionne en quelques heures.

Ce qui est encore plus excitant, c'est que la kétamine élimine non seulement les symptômes de la dépression générale, mais, en particulier, les idées suicidaires. Nous réalisons actuellement des essais pour voir si les gens qui arrivent et qui ont d'importantes idées suicidaires... Nous ne les laissons pas repartir chez elles.

ECT, which is electroconvulsive therapy. Instead, when people come in, we are trying to give them ketamine to get the same type of outcome, and it does.

We will be launching a multi-centred clinical trial to test ECT versus ketamine. It will be much more effective. People can probably go home the same day. Of course, there has to be other backup treatment plans in place.

New and innovative ways of trying treatments is important because so far it was taking long for the antidepressants to kick in and not everyone was responding; more than half were not responding. Actually, only 33 per cent respond well to current antidepressants. We have to make advances on that front.

Senator Ravalia: Thank you.

The Chair: Thank you very much. I want to say thank you to both our witnesses. It has been valuable for our research as we embark on our youth mental health study. Thank you for being here and sharing your knowledge and expertise.

(The committee adjourned.)

Essentiellement, elles seront hospitalisées et on les aiguillera vers une thérapie électroconvulsive. Et là, plutôt, lorsque les gens viennent, nous tentons de leur administrer de la kétamine pour obtenir le même résultat, et ça fonctionne.

Nous lancerons un essai clinique multicentrique pour comparer la thérapie électroconvulsive et la kétamine. Ce sera beaucoup plus efficace. Les gens pourront probablement retourner chez eux le jour même. Bien sûr, tout ça doit être accompagné d'autres plans de traitement de rechange.

Les façons nouvelles et novatrices de mettre à l'essai des traitements sont importantes parce que, depuis si longtemps, il fallait attendre longtemps pour que les antidépresseurs fassent effet, et ce n'est pas tout le monde qui réagissait. Plus de la moitié ne réagissait pas. En fait, seulement 33 p. 100 des gens réagissent bien actuellement aux antidépresseurs. Nous devons faire des percées à cet égard.

Le sénateur Ravalia : Merci.

La présidente : Merci beaucoup. Je tiens à remercier nos deux témoins. Votre témoignage a été précieux dans le cadre de notre recherche tandis que nous entreprenons notre étude sur la santé mentale des jeunes. Merci d'avoir été là et de nous avoir fait part de vos connaissances et de votre expertise.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, October 17, 2018

Centre for Addiction and Mental Health:

Joanna Henderson, Representative, Executive Director, Youth Wellness Hubs Ontario (by video conference).

Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry:

Dr. Sophia Hrycko, Past President.

Canadian Association of Paediatric Health Centres:

Dr. Sandra Fisman, Professor.

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Chris Wilkes, Professor.

Thursday, October 18, 2018

Canadian Centre for Gender and Sexual Diversity:

Calla Barnett, President.

Canadian Psychological Association:

Karen Cohen, Chief Executive Officer.

Canadian Mental Health Association:

Patrick Smith, National Chief Executive Officer.

HealthCareCAN:

Zul Merali, Representative, President and CEO, The Royal's Institute of Mental Health Research.

TÉMOINS

Le mercredi 17 octobre 2018

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Joanna Henderson, représentante, directrice générale, Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (par vidéoconférence).

Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

Dre Sophia Hrycko, ancienne présidente.

Association canadienne des centres de santé pédiatrique :

Dre Sandra Fisman, professeure.

Association des psychiatres du Canada :

Dr Chris Wilkes, professeur.

Le jeudi 18 octobre 2018

Centre canadien de la diversité des genres et de la sexualité :

Calla Barnett, présidente.

Société canadienne de psychologie :

Karen Cohen, chef de la direction.

Association canadienne pour la santé mentale :

Patrick Smith, chef de la direction national.

SoinsSantéCAN :

Zul Merali, représentant, président et chef de la direction, Institut de recherche en santé mentale du Royal.

Senate | Sénat
Canada

June 2018

BREAKING DOWN BARRIERS

A critical analysis of the Disability Tax Credit and the Registered Disability Savings Plan

Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Chair*
The Honourable Chantal Petitclerc, *Deputy Chair*
The Honourable Judith Seidman, *Deputy Chair*

SENATE | SÉNAT
CANADA

For more information please contact us:

by email: SOCI@sen.parl.gc.ca
toll-free: 1-800-267-7362
by mail: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
Senate, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0A4

This report can be downloaded at:
www.senate-senat.ca/social.asp

Ce rapport est également offert en français

CONTENTS

Order of Reference iv
Committee Members iv
Introduction 1
Context 1
Background 3
A. The population of people with disabilities in Canada 3
B. The Disability Tax Credit 4
C. The Canadian Disability Savings Program 5
Issues identified during the study 8
A. The Disability Tax Credit 8
B. Registered Disability Savings Program 15
Recommendations 18
A. Steps that can be taken right away 19
B. Taking the long view 23
APPENDIX 1: List of Recommendations v
APPENDIX 2: List of Witnesses viii
APPENDIX 3: Briefs x
APPENDIX 4: Disability Tax Credit Application Form xi

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, December 14, 2017:

With leave of the Senate,

The Honourable Senator Eggleton, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Fraser:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, in accordance with rule 12-7(9), be authorized to examine and report on such issues as may arise from time to time relating to social affairs, science and technology generally, including:

(a) cultural affairs and the arts, social and labour matters, health and welfare, pensions, housing, fitness and amateur sport, employment and immigration, consumer affairs, and youth affairs;

(b) elements related to its mandate or to previous reports of the committee that are found in the ministerial mandates of the Minister of Canadian Heritage, the Minister of Employment, Workforce Development and Labour, the Minister of Families, Children and Social Development, the Minister of Health, the Minister of Immigration, Refugees and Citizenship, the Minister of Infrastructure and Communities, the Minister of Innovation, Science and Economic Development, the Minister of Science, and the Minister of Sports and Persons with Disabilities; and

That the committee report to the Senate no later than December 30, 2018.

After debate,

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

Clerk of the Senate

Nicole Proulx

COMMITTEE MEMBERS

The Honourable Senators who participated in this study:

Art Eggleton, P.C., Chair
Chantal Petitclerc, Deputy Chair
Judith Seidman, Deputy Chair
Wanda Thomas Bernard
Fabian Manning
Marie-Françoise Mégie
Jim Munson
Ratna Omidvar
Rose-May Poirier
Nancy Greene Raine (*now retired*)

Ex Officio Members:
The Honourable Senators:

Peter Harder, P.C. (or Diane Bellemare, or Grant Mitchell)
Larry Smith (or Yonah Martin)
Yuen Pau Woo (or Raymonde Saint-Germain)
Joseph Day (or Terry Mercer)

Other senators who have participated from time to time in the study:

The Honourable Senators Christmas, Griffin and Neufeld.

Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament:
Elizabeth Cahill and Sonya Norris, Analysts

Senate Committees Directorate:
Shaila Anwar, Clerk of the Committee
Ferda Simpson, Committee Clerk
Tracy Amendola, Administrative Assistant

INTRODUCTION

On 14 December 2017, the Senate adopted an order of reference authorizing the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (the committee) to examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally.

Under this order the committee embarked upon a study of the Disability Tax Credit (DTC) and the Registered Disability Savings Plan (RDSP). The committee held 3 meetings between 1 February 2018 and 8 February 2018 and heard witnesses whose testimony addressed concerns related to the structure and administration of the DTC, re-establishment of the Disability Tax Advisory Committee and the accessibility and administration of the RDSP.

Over the course of the study, the committee heard from the Minister of National Revenue, the Honourable Diane Lebouthillier, P.C., M.P., as well as officials from the Canada Revenue Agency (CRA), Employment and Social Development Canada (ESDC), and the Department of Finance Canada. In addition, the committee heard from witnesses representing Autism Canada, the Canadian Association for Community Living, the Canadian Psychological Association, Diabetes Canada, Disability Tax Fairness Alliance, Juvenile Diabetes Research Foundation, The Maytree Foundation as well as Al Etmanski, an Ashoka Fellow and social innovator who was instrumental in the creation of the RDSP. The committee also received a number of written submissions.

CONTEXT

During the summer of 2017, Diabetes Canada and the Juvenile Diabetes Research Foundation were made aware of increases in the number of rejected applications for the DTC by people living with diabetes. These rejections included individuals who had been DTC eligible for many years, but were now being rejected when their DTC eligibility came up for renewal.[1] News of increases in DTC application rejections was also reported in the media. [2] In addition, recent increases in DTC application rejections are reflected in data made available by CRA. In fiscal year 2016/2017, a total of 45,157 DTC applications were rejected compared with 30,235 the year before (Figure: 1).

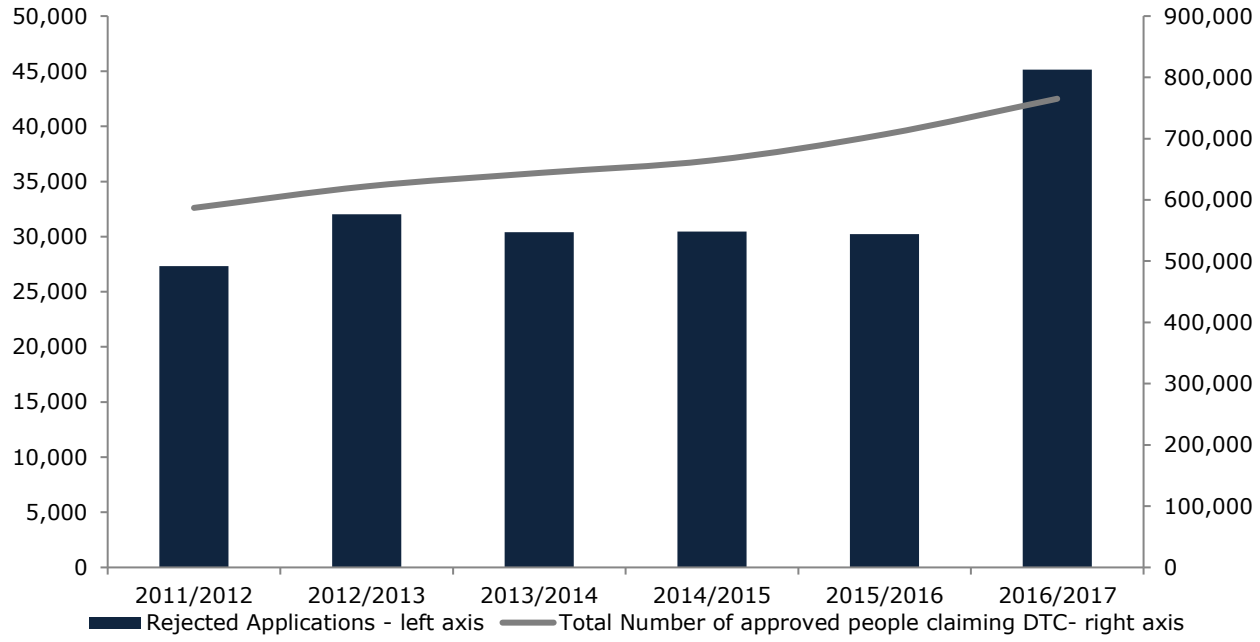
In November 2017, Diabetes Canada and the Juvenile Diabetes Research Foundation sent a joint letter to the Honourable Diane Lebouthillier,P.C., M.P., Minister of National Revenue, expressing concerns over the administration of the DTC and the increase in rejections. The letter noted that an internal change made by CRA directed reviewers to deny the DTC to adults receiving insulin therapy unless they had one or more chronic conditions.[3] Around this time, Autism Canada and the Canadian Autism Spectrum Disorders Alliance added their

---

[1] For more information please see: Income Tax Folio S1-F1-C2, Disability Tax Credit, Canada Revenue Agency, 2016.
[2] In December 2017, Diabetes Canada criticized a CRA memo, which was later withdrawn, describing procedures for assessing applications from individuals with diabetes.
[3] Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Evidence, 42nd Parliament, 1st Session 7 February 2018 (David Prowten, President and Chief Executive Officer, Juvenile Diabetes Research Foundation).

voices to those concerned about the administration of the DTC, noting that people with autism spectrum disorder were having difficulty maintaining or applying for the DTC, and stating that the CRA should apply the DTC's "existing criteria… equally, consistently and transparently".[4]

Figure 1: Total Number of People Claiming Disability Tax Credit and the Number of New Applications Processed and Rejected: 2011 - 2017



Source: Figure prepared by the author using data obtained from the Canada Revenue Agency, 2018. Note: Rejected DTC applications represent the sum total of all categories of Basic Activities Daily Living, as rejection levels were elevated for all 10 categories. For more information please see Canada Revenue Agency, Disability Tax Credit at a glance, 2018.

CRA's response to these concerns was to confirm that, while there was no change in DTC policy, new clarification letters had been sent to health professionals that had unintentionally created confusion.

On 23 November 2017, the Honourable Diane Lebouthillier announced that the Disability Advisory Committee, formed in 2004 and disbanded in 2006, was being reinstated. The Disability Advisory Committee is intended to provide CRA with a formalized means of collaborating with the disability community and to improve the accessibility of the CRA's services to persons with disabilities. The Advisory Committee is made up of 12 volunteer members.

Minister Lebouthillier addressed the first meeting of the re-formed Advisory Committee on 24 January 2018. She stated that, "[T]his fall, issues were raised regarding the application and interpretation of the eligibility criteria for the disability tax credit. An update to the clarification

[4] Quote is taken from a news conference held by Autism Canada in Ottawa on Thursday, 30 November 2017.

letter sent to health professionals is the source of this debate. This update had unintended consequences and for this, I offered my most sincere apologies."[5] She reassured the public that anyone who had received a rejection letter during this period as a result of the updated clarification to health professionals would have their case reviewed.

It was within this context – growing and urgent concerns over the administration of the DTC especially as it relates to people living with autism and diabetes that the committee undertook this study. The committee also chose to look at the RDSP, since DTC eligibility is required to participate in the RDSP program.

BACKGROUND

A. The population of people with disabilities in Canada

The estimated number of Canadians aged 15 and older living with severe or very severe disabilities exceeds 1.8 million. Women comprise 56.5% of the population living with severe or very severe disabilities.[6] People with disabilities (as well as their caregivers) experience higher costs and more economic barriers than people without disabilities. In addition to higher medical costs, people with disabilities often face higher costs for other basic necessities including: transportation, utilities, accessible housing, and adaptive clothing.

Moreover, people with disabilities are more likely to have lower incomes, be unemployed or not working.[7] In 2014, 23% of people with disabilities were in low-income, compared with 9% of those individuals without a disability. Low-income rates vary by disability type: for example, the low-income rate was 17% for those with a physical–sensory disability, 27% for those with a mental–cognitive disability, and 35% for those with a combination of both.[8] The DTC and RDSP exist to address the higher costs and economic barriers related to living with a severe disability.

---

[5] *Please see: Minister Lebouthillier remarks: first meeting of the Disability Advisory Committee, 24 January 2018.*

[6] *The measurement and definition of disability has evolved over time. In 2010, Canada ratified the United Nations' (UN) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The UN definition embraces the social model of disability where disability is the result of the interaction between a person's functional limitations and barriers in the environment, including social and physical barriers that make it harder to function day-to-day. Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. For more information see, Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Arim, R. A profile of persons with disabilities among Canadians aged 15 years or older, Statistics Canada, 2012. P.10.*

[7] *Till, M. et al. A Profile of the Labour Market Experiences of Adults with Disabilities among Canadians Aged 15 Years and Older, Statistics Canada, 2012.*

[8] *Wall, K., Low Income among Persons with a Disability in Canada, Statistics Canada, 2017. Statistics Canada's standard is low income after-tax low-income measure or LIM–AT. In Canada it is used as the primary method for measuring low income. LIM defines low income as earning less than one-half of the median Canadian income, adjusted for household size.*

B. The Disability Tax Credit

The Disability Tax Credit or DTC is a non-refundable tax credit that helps people with disabilities or their supporting persons reduce the amount of income tax they may have to pay. An individual may claim the disability amount after the CRA certifies their application for the credit. The purpose of the DTC is to provide for greater tax equity by allowing some relief for disability costs, since these are unavoidable additional expenses that other taxpayers do not have to face.[9]

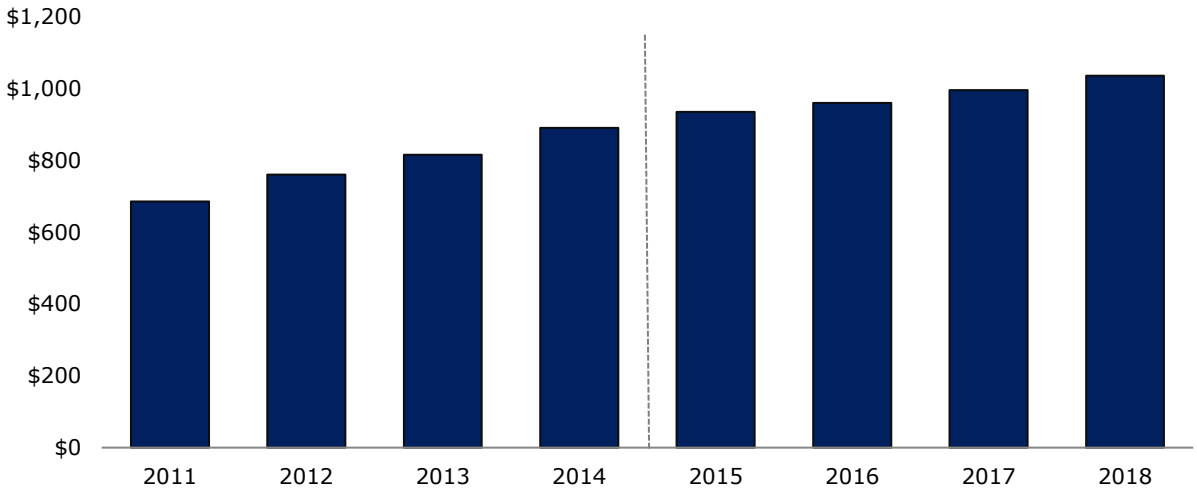
To be eligible for the DTC, an individual must have a severe and prolonged impairment as defined in the *Income Tax Act* and as certified by a medical practitioner.[10] The effects of the impairment must be such that an individual is markedly restricted in performing basic activities of daily living all or substantially all of the time. Thus, eligibility is not based on a medical diagnosis but the effects of the impairment on one's ability to perform basic activities.

To be DTC eligible one must be markedly restricted in the following basic activities of daily living all or substantially all of the time: seeing, speaking, hearing, walking, eliminating, feeding, mental functioning (e.g. problem solving, goal setting and judgment taken together), life-sustaining therapy or cumulative effects of the combination of these limitations. (See Appendix 4 for an example of the Form T2201, Disability Tax Credit Certificate and more detailed descriptions of the basic activities of daily living).

The DTC is one of the principal federal supports for individuals in Canada with severe and prolonged impairments. The credit can be claimed by the individual with the disability and can also be transferred to an eligible caregiver such as a parent, grandparent or sibling. It cannot be carried forward to other years if the claimant has insufficient tax owing. In addition, eligibility for the DTC provides a gateway to accessing other important benefits such as the Child Disability Benefit and the Canada Disability Savings Program. Figure 2 illustrates the estimates of tax expenditures (or foregone tax revenue) associated with the DTC. In 2017, the expenditure is estimated to be $995 million.

[9] *Mitra, S. et. al. "Extra Costs of Living with a Disability: A Systematized Review and Agenda for Research." Disability and Health Journal 10 (4):475-484, 2017.*
[10] *For more information please see: Income Tax Folio S1-F1-C2, Disability Tax Credit, Canada Revenue Agency, 2016.*

Figure 2 – Estimated Tax Expenditures of the Disability Tax Credit, 2011–2018 ($s in millions)



Source: Figure prepared by the author using data obtained from Finance Canada, *Report on Federal Tax Expenditures – Concepts, Estimates and Evaluations 2017*, 2017. Values to the right of the grey dotted line represent forecasts.

C. The Canadian Disability Savings Program

The Canada Disability Savings Program comprises the RDSP, the Canada Disability Savings Grant and the Canada Disability Savings Bond. The Canada Disability Savings Program enables people with severe disabilities and their families to save for the future. In turn, this helps to provide some long-term financial security of people with disabilities. Under an RDSP, a beneficiary of the plan may be eligible for the Canada Disability Savings Grant (see section below) and/or the Canada Disability Savings Bond (see section below). RDSPs grow tax-free until the beneficiary makes withdrawals.

1. The Registered Disability Savings Plan

An RDSP is an arrangement between the RDSP issuer (financial institutions that offer the RDSP) and the holder of the plan. Contributions to an RDSP can be made until the end of the year in which the beneficiary turns 59. They are after tax contributions, in contrast to contributions made to a Registered Retirement Savings Plan, and will not reduce the amount of tax owing. As such, contributions that are withdrawn are not included as income to the beneficiary when they are paid out of an RDSP. However, the Canada Disability Savings Grant (grant), the Canada Disability Savings Bond (bond), investment income earned in the plan, and the proceeds from rollovers are included in the beneficiary's income for tax purposes when they are paid out of the RDSP. This is because the government top-ups (grant and

bond), interest on this income and proceeds from roll-overs are all before- tax income.[11] The lifetime RDSP contribution limit is $200,000.

RDSPs are designed to encourage long-term savings. Funds in an RDSP must, except under very limited circumstances, remain in the plan for at least 10 years before they may be withdrawn without penalty. When money is withdrawn, all or a portion of the grant and bond that accumulated in the plan in the 10 years preceding the withdrawal must be repaid to the government.[12]

The eligibility requirements for an RDSP include: Canadian residency, a valid Social Insurance Number and eligibility to claim the DTC.[13] A person with a disability or someone acting on his/her behalf can open an RDSP up until December 31 of the year in which the beneficiary reaches 59 years of age. Grants and bonds can be paid up until December 31 of the year in which the beneficiary reaches 49 years of age.

Money paid to a beneficiary out of their RDSP will not affect eligibility for federal benefits, such as the Canada Child Tax Benefit, the Goods and Services Tax/Harmonized Sales Tax Credit, Old Age Security, and Employment Insurance.

As of 2015, the number of beneficiaries with an RDSP was 123,020. The total RDSP assets were valued at over $2.5 billion. The average value per RDSP was about $21,400, with the average annual contribution being about $2,500.[14]

2. Canada Disability Savings Grant

The Canada Disability Savings Grant (or grant) is the amount of money that the Government of Canada will deposit into a beneficiary's RDSP as a top-up to a private contribution. The amount of the grant is based on the amount contributed into the plan and the beneficiary's family income. The Government of Canada will contribute up to three times the amount of the private contribution. The maximum grant payable in a given year is $3,500. The maximum lifetime grant amount that may be paid on behalf of a beneficiary is $70,000. In 2015, 51.5% of RDSP plan holders received grants, with total grants paid exceeding $267 million.[15]

---

[11] The Canada Disability Savings Program is complicated. For more information on tax payable on RDSP withdrawals see: Tax Payable, Government of Canada

[12] All grants and bonds that have been in the plan for less than 10 years must be paid back to the Government if: the plan is closed; or the beneficiary dies; or the beneficiary no longer qualifies for the Disability Tax Credit.

[13] An individual need only be DTC eligible. Since the DTC is a non-refundable credit it can only be used by people to claim a reduction in tax that is owed. Thus it not immediately useful to those individuals in low income who have no tax owing and no relative with tax owing to which it can be transferred.

[14] Government of Canada, Canada Disability Savings Program: Annual Statistical Review – 2015, 2017, p. 11.

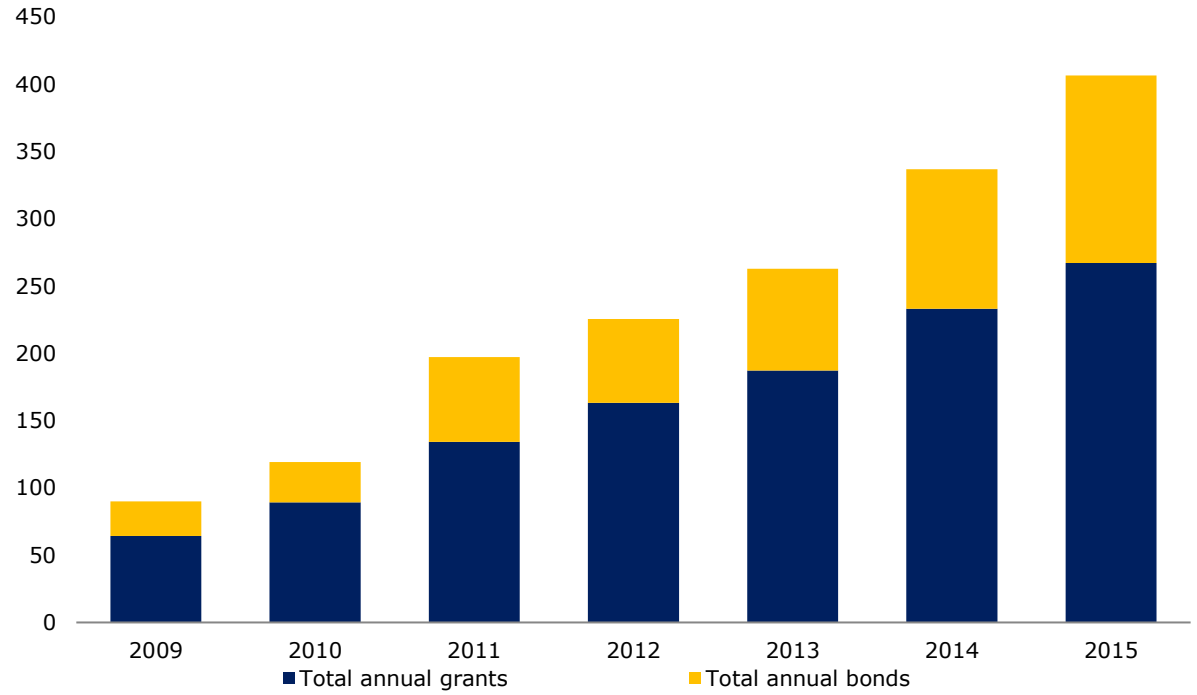
[15] Ibid., p. 12

3. Canada Disability Savings Bond

The Canada Disability Savings Bond (or bond) is money the Government of Canada deposits into the RDSP of qualified low- to moderate-income Canadians with disabilities. No private contributions are required to receive the bond. A bond may be paid into an RDSP until December 31 of the year in which the beneficiary reaches 49 years of age. The maximum bond payable in a given year is $1,000. The maximum lifetime bond amount that may be paid on behalf of a beneficiary is $20,000. In 2015, 57% of beneficiaries received a bond, with total bonds paid to plan holders exceeding $139 million.[16]

Figure 3 illustrates the annual government expenditures on the grant and bond portion of the RDSP. Expenditure on grants, which require a contribution by the plan holder (or a contribution by someone on behalf of the plan holder) far exceed government expenditures on bonds.

Figure 3 – Federal Spending on Registered Disability Savings Program Grants and Bonds, 2009–2015 ($s in millions)



Source: Figure prepared by the author using data obtained from Employment and Social Development Canada, *Canada Disability Savings Program – Annual Statistical Review 2015*, 18 January 2017.

[16] *Ibid., p. 13.*

ISSUES IDENTIFIED DURING THE STUDY

Notwithstanding the value of the DTC and RDSP in helping Canadians with disabilities cope with associated expenses, we know there are a number of challenges with how these programs operate…

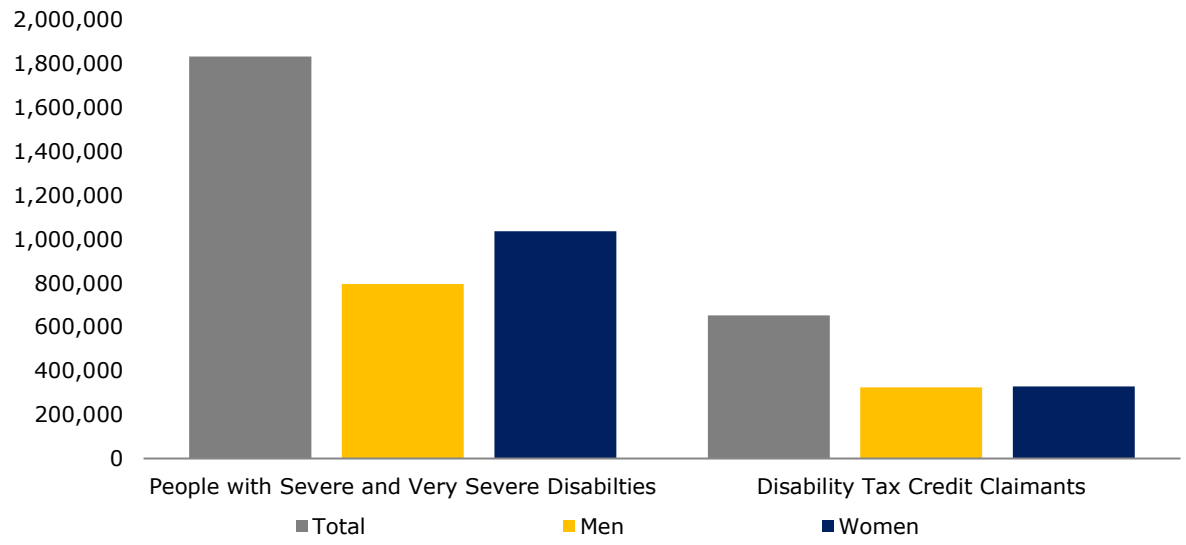
Kimberley Hanson, Director, Federal Affairs,
Diabetes Canada

A. The Disability Tax Credit

1. *The Disability Tax Credit is an important benefit but it is underutilized*

Numerous witnesses explained that the DTC is needed by people with disabilities and their families in order to offset higher costs and economic challenges, but the program is underutilized. Further, specific sub-populations are disproportionately disadvantaged, notably: people in low income (i.e. individuals who likely have no tax owing), women and Indigenous Canadians (especially First Nations living on-reserve). The available data lends support to these views. Figure 4 illustrates the number of people reporting a severe and very severe disability compared to the number of people claiming the DTC, by gender.

Figure 4 – Number of Individuals Reporting Severe/Very Severe Disability and the Number of Individuals Claiming the Disability Tax Credit by sex: 2012



Source: Figure prepared by the author using data obtained from Statistics Canada, *Canadian Survey on Disability*, 2012; and Statistics Canada, SPSD/M v. 22.3. (Note: The Canadian Survey on Disability includes people 15 years or older. Estimates of DTC claimants using SPSD/M include individuals claiming the credit for themselves and those receiving a credit that has been transferred from a spouse or dependent.)

Fewer than 40 % of the over 1.8 million adults who report qualifying disabilities are claiming the credit. Moreover, the credit is claimed in roughly equal numbers by men and women; yet over 56% of those reporting severe and very severe disabilities in the *Canadian Survey on Disability* are women.[17]

> *But we should always remember that two thirds of the poorest of those who otherwise are eligible for the DTC get nothing out of it as long as it is non-refundable.*
>
> Michael Mendelson, Maytree Fellow,
> The Maytree Foundation

The committee heard that one important factor contributing to the low take-up is that the DTC is non-refundable. People who do not have sufficient income tax payable often get no benefit from a non-refundable tax credit. It is estimated that between 60% and 66% of people who would be eligible on the basis of disability are in low-income and not paying income tax. They are among the most vulnerable members of our society and the DTC provides little or no benefit to them. [18]

2. *People with certain types of disabilities have more difficulty claiming the credit*

> *The Disability Tax Credit was designed as a tax fairness measure to promote equity by offsetting the additional costs associated with a person's disabilities. Why, then, are those with autism spectrum being denied access to this fairness measure at an alarming rate?*
>
> Dermot Cleary, Board Chair,
> Autism Canada

The committee heard that certain types of disabilities are disproportionately disadvantaged. Dermot Cleary, from Autism Canada, indicated that the DTC is a physical disability-focused tax credit and does not adequately reflect neurodevelopmental issues. DTC data recently published and provided to the committee by CRA during the course of the study lends support to this view.

Figure 5 illustrates the approval rates for DTC applications according to activity limitations from 2011-2012 to 2016-2017. Across this time period approval rates are fairly consistent.

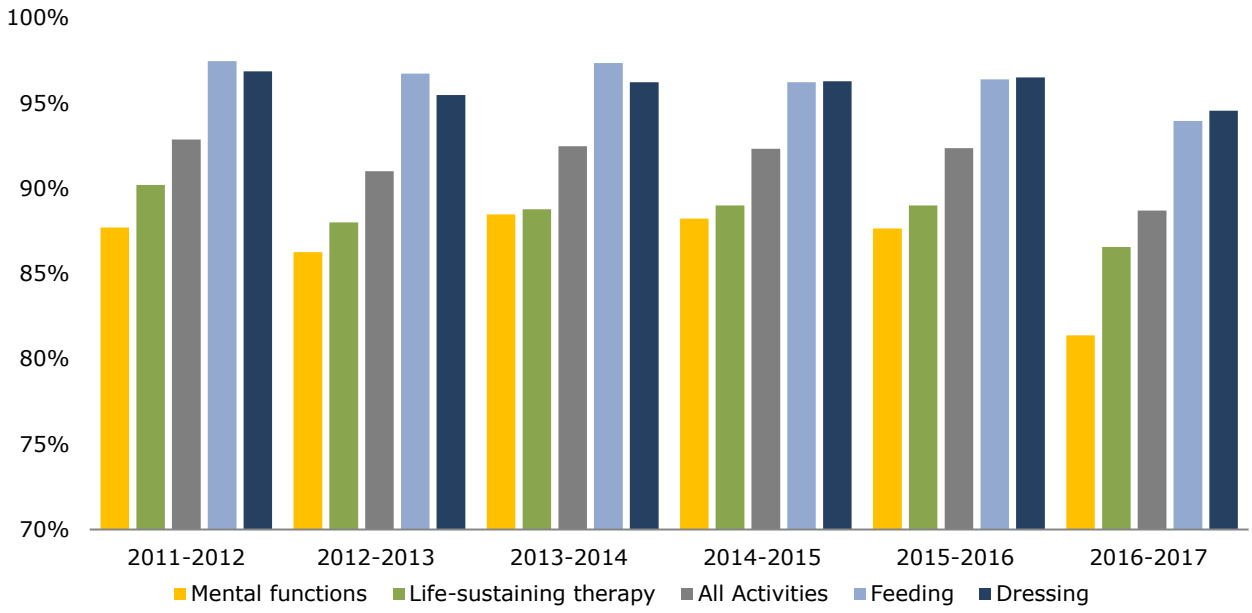
---

[17] *Dunn, S. et al, Why is Uptake is the Disability Tax Credit Low in Canada? Exploring Barriers to Access, SPP Research Papers, 2018. p.7. Simpson, W et. al. The Disability Tax Credit: Why It Fails and How to Fix It, SPP Research Papers, 2016. Also see Written Submission from the Disability Tax Fairness Alliance, 2018, p. 1.*

[18] *Mendelson, M. Options for a Refundable Disability Tax Credit for 'Working Age' Persons, Maytree Foundation, 2015.*

The approval rate for all new applications processed ranged between 93% and 91% over the five-year period between 2011-2012 and 2015-2016. In 2016-2017, the approval rate for new applications declined to 89%.

Figure 5: Rates of Approval for Processed Disability Tax Credit Applications: Mental Functions, Life Sustaining Therapies, All Activities, Feeding and Dressing



Source: Figure prepared by the author using data obtained from the Canada Revenue Agency, 2018.

Yet, when data was disaggregated by activity limitations, applications related to mental functions had consistently the lowest approval rates. Over the six-year period, applications related to mental functions had an approval rate ranging from 88% in 2011-2012 to a low of 81% in 2016-2017. Applications related to life-sustaining therapies also had consistently lower approval rates, ranging between 90% and 87% over the period.[19]

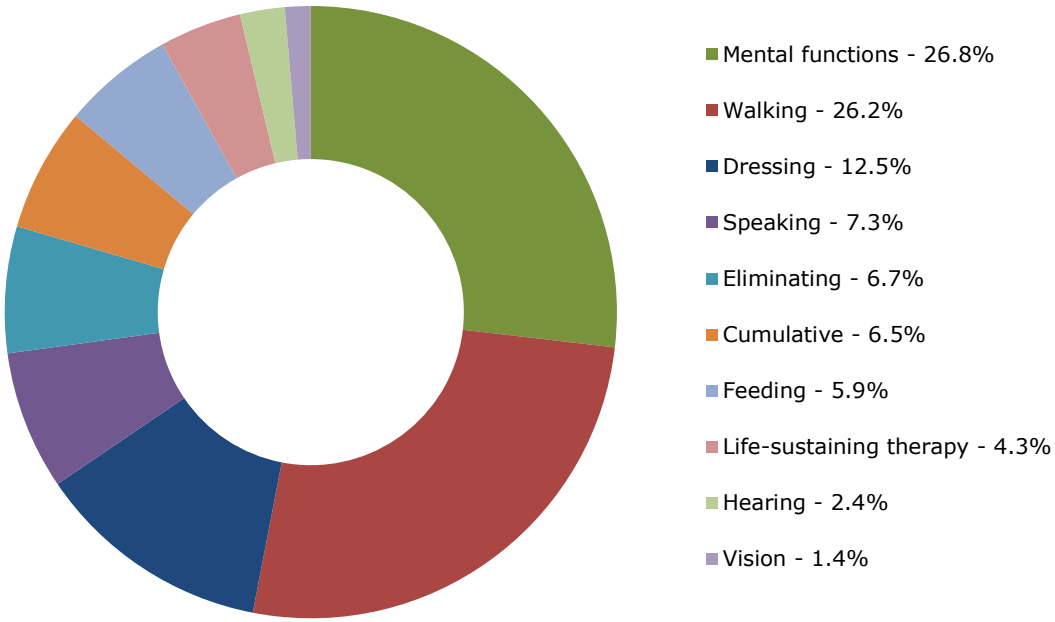
Applications related to the activities of dressing (often associated with pain and muscleo-skeletal disabilities) and feeding (a person requiring a feeding tube) consistently had the highest approval rates, ranging between 97% and 94% over the period. It is also noted that 2016-2017 appears to be an outlier year, with approval rates lower across all activity limitations but most significantly for activities related to mental functioning.

The data also reveal that while activities related to mental functioning have consistently lower approval rates, they represent the largest category of DTC claimants in five of the last six years. Figure 6 illustrates the numbers of approved DTC claimants by activity limitations. In 2016–2017 DTC claimants with activity limitations related to mental functions represented

[19] *People with neurodevelopmental disabilities would be included in the category of activity limitations related to mental functions. People with disabilities related to diabetes would be included in the category of activity limitations related to life-sustaining therapy.*

close to 27% of the total. In contrast, in 2016-2017, DTC claimants with activity limitations related to administering life sustaining therapies comprised about 4.3% of total claimants.

Figure 6: Total Number of Approved People Claiming the Disability Tax Credit by Basic Activities of Daily Living: 2016-2017



Source: Figure prepared by the author using data obtained from the Canada Revenue Agency, 2018.

The committee also heard about the significant barriers that people living with episodic disabilities such Multiple Sclerosis (MS) experience when trying to access the DTC. At present, a person's disability must last for a continuous period of at least 12 months. This is problematic for people with chronic diseases that present episodic symptoms. For example, MS is a chronic, degenerative disease with no known cure. Symptoms can come and go unpredictably, being very severe and debilitating at some times and then abating for periods of time. The current criteria for the DTC does not capture the reality of those living with unpredictable, episodic experiences of disability, even though they face the same higher costs of living, economic challenges and income insecurity. In addition, because the DTC functions as the gateway to the RDSP many people living with episodic disabilities cannot access the savings program.

The committee also heard that the failure to include "work" as a basic activity of everyday living is a barrier for people living with severe neurodevelopmental, episodic and mental health disabilities in accessing the DTC.

3. The Disability Tax Credit is administered in a way that is unnecessarily rigid, complicated and costly

Witnesses questioned what they perceived as "rigid" thresholds placed on DTC eligibility by the CRA. For example, the eligibility threshold for administering life sustaining therapy is 14 hours per week; the threshold for assessing activity limitations related to hearing, walking or feeding is 90% of the time. Witnesses explained that these thresholds are interpretations of the law and are not found in the *Income Tax Act*.

It was explained that persons with the same disability share similar health burdens and financial challenges regardless of the time required. For example, someone managing Type 1 diabetes experiences the same activity restrictions and higher costs associated with administering insulin regardless of whether it takes 10 hours or 14 hours per week. It was also noted that these rules can often mean that young adults cease to qualify for the DTC when they turn 18 simply because their parent's time is no longer included in the amount of time spent administering a therapy. In reality the only thing that has changed is that the person has turned 18.

Moreover, many witnesses questioned the appropriateness of applying what in their view amounted to rigid and often arbitrary criteria to a population that comprises many of our most vulnerable citizens. In addition, they explained that all DTC applications must be certified by a medical practitioner and yet CRA exercises the right to question the descriptions of disabling effects of the impairment provided by qualified health care practitioners in both the T2201 form and the follow-up clarification letter. As Lembi Buchanan stated, "Unless there is clear evidence of fraud, CRA should not have the authority to disregard medical evidence certified by qualified health care practitioners acting in good faith."[20]

4. Disability Tax Credit criteria related to mental functioning are especially problematic

> *Requiring that impairments in problem solving, goal setting and judgment be present together makes the eligibility criteria stricter for mental functions than for physical functions.*
>
> Karen Cohen, Chief Executive Officer,
> Canadian Psychological Association

It was explained that people with physical activity limitations need only demonstrate one limitation. For example, a person can be deemed markedly restricted in walking if they can't walk, regardless of which or how many impairments contribute to this is inability to walk. Yet a person may be deemed markedly restricted in mental functions only if they have several impairments (judgment, goal setting, problem solving) taken together.

---

[20] *Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Evidence, 42nd Parliament, 1st Session, 1 February 2018 (Lembi Buchanan, Past Co-chair Disability Tax Fairness Alliance).*

5. Requiring people with lifelong disabilities to reapply is an added burden

Several witnesses noted the burden placed upon people with disabilities that are lifelong in nature, who are still required to periodically reapply for the DTC. This administrative practice adds unnecessary stress, time and expense for those who are entitled to benefit from the credit. It also results in an unnecessary strain on resources within the medical community and the public sector, given the need for qualified practitioners to complete forms, public servants to adjudicate applications and government lawyers to defend appeals.

6. The costs of completing the application are a significant barrier to receiving the tax credit

> *These are individuals who have no one else to turn to unless they want to sacrifice one third of their refund to companies that charge contingency fees or pay a hefty legal bill.*
>
> Lembi Buchanan, Disability Tax Fairness Alliance

Because doctors or nurses are not compensated by the health system for the time they must spend filling out the T2201 form and the follow-up clarification letter, many charge a fee. This fee can be prohibitive for low income people. Moreover, the committee heard that there are private companies that charge contingency fees of up to a third of the tax refund to assist in completing the applications. While *An Act restricting the fees charged by promoters of the disability tax credit and making consequential amendments to the Tax Court of Canada Act* received Royal Assent on 29 May 2014, the legislation has yet to come into force. The committee heard from CRA officials that regulations were in the process of being drafted but did not provide a timeline for when the legislation would come into force.

7. The appeals process needs to be transparent and more compassionate

Another issue raised by witnesses is that appealing a CRA decision can be complicated because CRA does not provide individual claimants with documentation related to the reason for denial. The CRA notice of determination may reference additional information provided by a qualified medical practitioner, but it does not include a copy of the information provided, even though this document is essential for appealing the decision.

The committee was also made aware of recent cases whereby individuals who had been DTC eligible for many years lost their eligibility when it was time to reapply the application. These circumstances can be especially arduous if the person had opened an RDSP. As a result of losing their DTC eligibility, the individual will have to close down the RDSP account and pay back all government grants and bonds that have been accumulated, including the amounts accumulated during the years the individual was eligible. Moreover, the CRA notice of

determination does not advise holders of RDSPs that their plan will be terminated pending an appeal unless they take steps to protect their investment during the appeals process.

8. *Data Collection and Program Evaluation need to be rigorous, systematic and take into consideration important dynamics including gender and underlying medical condition*

In January of 2018, CRA published DTC statistics categorized by the type of Basic Activities of Daily Living.[21] The committee was informed by CRA that DTC data is not captured by underlying medical condition and that the *Privacy Act* limits the CRA in that the Agency may only collect the information required to administer DTC.

Witnesses expressed frustration with the manner in which the CRA captures and reports DTC data. At present, the data does not support effective program monitoring and evaluation. If the purpose of the DTC is to help many of the most vulnerable members of society, the government, as well as the disability and research communities must have linked disability population and benefit utilization data, in order to assess how effective the DTC is in helping its target population.

During the course of this study, the committee asked CRA officials to conduct a gender-based analysis on the DTC and provide its findings in a written submission to the committee. The CRA responded:

> *Based on the CRA's assessment, it has determined that its gender-related data is not sufficiently reliable or complete to conduct such an assessment at this time. The CRA's current projection would be that a complete Gender Based Analysis Plus assessment might only be available by spring 2019.*
>
> Canada Revenue Agency,
> Follow-up to the appearance before the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology[22]

9. *Reinstating the Disability Advisory Committee is a step in the right direction but more needs to be done*

> *Awareness and consultation are essential to accomplish our mission, which is, quite simply put, to provide eligible individuals with the benefits to which they are entitled.*
>
> Hon. Diane Lebouthillier, P.C., M.P.,
> Minister of National Revenue

[21] *Canada Revenue Agency, Disability Tax Credit at a glance, last updated 7 March 2018.*
[22] *For the full text of the written submission, go to the committee's website here: https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/SOCI/Briefs/follow-up_CdaRevAgency_b.pdf.*

Most witnesses welcomed the reinstatement of the Disability Advisory Committee as an important measure to ensure that the needs of people living with disabilities are communicated to the CRA and factored into their operations. There were concerns, however, over the composition of the Disability Advisory Committee and its terms of reference.

Witnesses emphasized that revisions to the *Income Tax Act* and policy reforms were needed. It was made clear that limiting the scope of the Disability Advisory Committee to matters of administration would not ensure that the DTC works as it is intended. Witnesses also questioned whether the current composition of the Disability Advisory Committee adequately reflects the diversity and experiences of the entire disability community. For instance, the Disability Advisory Committee currently does not have representatives from the episodic disability or the neurodevelopment disability groups.

The Minister of National Revenue indicated that she was open to discussing the composition of the Disability Advisory Committee. However, she would not give a timeline for any review or additions to its membership. In addition, she added that it is challenging to strike a committee that is both manageable in size and also truly representative, given the range of diversity within the disability community. Minister Lebouthillier also indicated that she is open to communicating to the Minister of Finance Canada advice from the Disability Advisory Committee related to reviewing the legislation.

B. Registered Disability Savings Program

> *The RDSP turns 11 this year and is one of the most, if not the most, progressive savings plans in the world specifically designed to benefit people with disabilities.*
>
> Brendan Pooran, Senior Advisor,
> Canadian Association for Community Living

1. More people need to be using Registered Disability Savings Plans especially people with disabilities in low income

The committee heard that the RDSP was a response to the challenge of poverty. It emerged from families getting together and sharing concerns about what would happen to their family member experiencing disability, especially after mom and dad died or became infirm and could no longer care for their loved one.[23] The shorter term practical goals were:

---

[23] *Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Evidence, 42nd Parliament, 1st Session 7 February 2018, (Al Etmanski, Ashoka Fellow, Community Organizer and Social Innovator).*

- to enable people with disabilities to receive financial support, including from their families, and accumulate financial assets without penalty, clawback or disentitlement to other government benefits; and
- to receive this income when they most needed it, when they were young adults.

The committee heard that the longer-term aspiration of the RDSP was based upon a vision of economic citizenship for people with disabilities that:

- advances dignity, agency, pride, confidence and self-worth; and
- eliminates the soul-destroying aspects of welfare.

The committee heard that the RDSP was conceived as an initiative that would welcome and empower people with disabilities and their families to participate. It was envisioned as the beginning of a process to ensure that people with severe disabilities have an adequate income.

Witnesses echoed earlier recommendations of the 2009 Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology report, *In from the Margins, a Call to Action on Poverty, Housing and Homelessness* explaining that there is a need to develop a basic income or guaranteed income for people with severe disabilities. While much has been accomplished, still much remains to be done. [24]

Table 1 below describes the RDSP take-up of the DTC eligible population and supports the views of witnesses that more needs to be done to ensure that those who are eligible, participate. In 2015, only 24.3% of those DTC eligible had an RDSP. It is also important to remember that the DTC eligible population represents less than 40% of the population living with severe disabilities.

Table 1 –Registered Disability Savings Plans Beneficiaries by Age, Gender, Language, Geography and as a percentage of the Disability Tax Credit Eligible Population: 2015

	RDSP Beneficiaries	Individuals Who Are DTC-Eligible	Take-Up Rate
Age			
0 to 18	32,833	199,612	16.40%
19 to 34	38,323	127,339	30.10%
35 to 49	36,707	116,290	31.60%
Total 0 to 49	*107,863*	*443,241*	*24.30%*
Gender[1]			
Female	42,361	148,755	28.50%
Male	65,502	242,976	27.00%
Language			
English	96,614	373,434	25.90%
French	11,249	69,807	16.10%
Urban/Rural[2]			
Urban	94,733	366,837	25.80%
Rural	13,130	76,404	17.20%

[24] *Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, In from the Margins, a Call to Action on Poverty, Housing and Homelessness, 2009 p. 162.*

Notes: 1. The gender variable in the DTC dataset displays missing data. Therefore, the number of DTC-eligible females and males do not add up to the total of DTC-eligible individuals ages 0 to 49.

2. The Urban/Rural variable was derived using the second character of the Forward Sortation Area (FSA) provided, the first segment of the postal code (for example, J8Z). The second character in this segment is a number that takes on values 0 through 9, with 0 indicating rural areas and 1–9 indicating urban areas.

Source: Employment and Social Development Canada, *Canada Disability Savings Program – Annual Statistical Review 2015*, 18 January 2017.

In addition, the number of men who hold RDSPs significantly outnumber women. In 2015, 42,361 beneficiaries were female compared to 65,502 male beneficiaries. Finally, the take-up rate among the DTC eligible population under 18 is only 16.4%.

2. The RDSP could better target the most vulnerable

Witnesses echoed many of the views expressed in the earlier 2014 Report of the Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, *The Registered Disability Savings Plan Program: Why Isn't It Helping More People?*.[25] Many who could benefit from the plan cannot open an RDSP due to restrictions related to their legal capacity. Family members can be caught between the desire to assure the future financial security of their relative and the stigma and restriction of basic rights to liberty that comes with formally placing their relative under a guardianship order.

The committee heard that addressing the issue of legal capacity requires the federal government work together with the provinces and territories to create harmonized legislation. While steps are being taken to address this issue, continued delay harms vulnerable people who because they lack legal capacity to enter into a contract are missing out on the opportunity to participate in the program.

The committee also heard that the rule requiring plan holders to keep contributions, grants and bonds invested for 10 years before funds can be accessed without penalty is overly burdensome. Again this issue is echoed in the 2014 Senate Report.[26] The committee heard clearly that the RDSP was never intended to be a retirement program and that other savings vehicles exist for this purpose. Witnesses stated that the government needs to trust and empower people with disabilities and their families to spend their savings when and where it is needed.

The committee also heard about an innovative model operating in British Columbia involving RDSP action groups comprising: people with disabilities, their family members, advocacy groups, lawyers, doctors, foundations, financial institutions and government representatives. The goal of these groups is to work through issues in existing programs, recognizing that even

---

[25] *Please see the Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, The Registered Disability Savings Plan Program: Why Isn't It Helping More People?, 2014 for further information on legal capacity.*

[26] *Ibid.*

the best designed and implemented programs will need to be adjusted and revised to meet the evolving needs of the population.

3. The DTC should not be the only gateway to the RDSP

> *…there needs to be coordination and sharing of information between income support programs, including harmonization of eligibility criteria across the range of all income supports available.*
>
> Benjamin Davis, National Vice-President, Government Relations and President, Atlantic Division, Multiple Sclerosis Society of Canada

The committee heard that requiring DTC eligibility to open a plan was too restrictive and was a factor contributing to the low take-up of the program. Witnesses pointed out that the provinces and territories also deliver significant supports to people with disabilities. These programs involve a rigorous application process that must be certificated by medical professionals. More work could be done to increase federal and provincial co-operation with respect to disability support program applications (e.g. agree to use joint applications, recognize other jurisdictions' adjudication). In turn, more co-operation is needed to promote awareness of the RDSP and encourage people with disabilities and their families who qualify for provincial disability support programs to open RDSPs.

RECOMMENDATIONS

> *Maybe it's back to the short- and the long-term. There are things we can try to do in the short term to ensure these fixes are implemented well and are fair and consistent for people... And longer term, maybe we need to move to some legislative changes.*
>
> David Prowten, President and Chief Executive, Juvenile Diabetes Research Foundation

In the course of the study, it became clear to the committee that the DTC and RDSP were essential supports for people with disabilities and their families and that more must be done to ensure that people who need and are entitled to these benefits received them.

The committee recognizes important work by the Standing Senate Committees on Social Affairs, Science and Technology and Banking, Trade and Commerce in their reports *In from the Margins, a Call to Action on Poverty, Housing and Homelessness*, *In from the Margins, Part II: Reducing Barriers to Social Inclusion and Social Cohesion* and *The Registered Disability Savings Plan Program: Why Isn't It Helping More People?*. These reports address

critical issues of economic inclusion for people with disabilities and lay the foundation for this present study on the DTC and RDSP.

While some of the recommendations in these reports were implemented, notably: enhanced communication efforts in relation to the registered disability savings plan (RDSP) program and continued support and reporting requirements related to supporting participation of people with disabilities in the labour market, the committee was reminded during this study that other important recommendations have yet to be realized.[27]

In an effort to build upon previous work, the committee offers the following recommendations: some for the short term where the government should take immediate action and others while no less urgent, will require more fundamental reforms.

A. Steps that can be taken right away

We need to continue to simplify and clarify the process for all Canadians with disabilities.

Kimberley Hanson, Director, Federal Affairs,
Diabetes Canada

1. The Disability Advisory Committee

The committee heard clearly that reinstating the Disability Advisory Committee is a step forward. Minister Lebouthillier, appearing before the committee, acknowledged that CRA needs to consult more frequently and systematically with the disability community and incorporate the advice and information received into its operations. The committee remains concerned, however, that the Disability Advisory Committee's structure, representation and terms of reference are not broad enough to address the reforms that are needed. In order to empower the Disability Advisory Committee to support the government in its work, the committee recommends as follows:

Recommendation 1:

That the Minister of National Revenue takes steps to ensure that the Disability Advisory Committee:

- better reflects the diversity of the larger disability community including intersectionality;

[27] *For more information on recommendations related to people with disabilities and the evidence present to the Senate Standing Committees please see: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, In from the Margins, a Call to Action on Poverty, Housing and Homelessness, 2009 pp. 126 – 137 and In from the Margins, Part II: Reducing Barriers to Social Inclusion and Social Cohesion, 2013 pp. 94-101 and Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, The Registered Disability Savings Plan Program: Why Isn't Helping More People?, 2014.*

- includes representatives from neurodevelopmental and episodic disability communities;
- has a broader mandate which includes advising the government on administrative, policy and legislative improvements related to the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan; and
- is consulted before any substantive changes are made to the administration of the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan.

2. The Disability Tax Credit Application Process

The committee recognizes that the present Disability Tax Credit application process contains too many barriers for people living with severe disabilities to access the credits to which they are entitled. Specifically in order to reduce the costs confronted by people with disabilities in completing the DTC application, the committee recommends:

Recommendation 2:

That the Government of Canada:

- bring into force legislation limiting the fees disability services providers can charge to complete the Disability Tax Credit application; and
- increase funding to non-profit disability community organizations that support people with disabilities to complete applications for the Disability Tax Credit and the Registered Disability Savings Program.

Recommendation 3:

That the Minister of Finance revise the Disability Tax Credit eligibility criteria so that:

- impairments in problem solving, goal setting and judgment need not be present together to establish Disability Tax Credit eligibility;
- work be included as a basic activity of daily living; and
- administrative guidelines which are not clearly specified in the *Income Tax Act* be reviewed so that they better capture the reality of people living with severe disabilities and are not unnecessarily prohibitive. This includes the requirement that at least 14 hours per week be spent on administering life sustaining therapies.

3. Disability Tax Credit Review and Appeals

Witnesses drew the committee's attention to aspects of the appeals process that place unnecessary burden, costs and stress on people with disabilities who are trying to navigate a complicated program and a demanding set of administrative requirements. This is especially the case for people with lifelong disabilities. As such, the committee recommends as follows:

Recommendation 4:

That the Minister of Finance revise Disability Tax Credit rules to better recognize the lifelong nature of certain physical and mental disabilities and eliminate the need for these people to reapply for the credit.

Recommendation 5:

That the Minister of National Revenue review the current appeals process with a view to creating a straightforward, timely, transparent and informed process where the applicant has access to all relevant information (including the precise reason their application was denied) and documents (including copies of all information submitted by medical practitioners that pertain to their application).

Recommendation 6:

That the Minister of Finance and the Minister of National Revenue take the necessary measures to ensure that individuals are able to keep all contributions made to their Registered Disability Savings Plans for periods in which they qualified for the Disability Tax Credit.

4. Increasing access to the Registered Disability Savings Program

This committee lends its voice in supporting initiatives that in the short term can have a profound effect in the lives of people with disabilities. Specifically, the committee believes that more people with disabilities should be able to access the RDSP and that withdrawals should be more flexible. To meet these ends, the committee recommends as follows:

Recommendation 7:

That the Government of Canada immediately begin working with the provinces and territories to reform legislation with respect to legal capacity and representation to ensure that all people with qualifying disabilities over the age of 18 can access the Registered Disability Savings Plan program.

Recommendation 8:

That the Minister of Finance take the necessary steps to reduce the period between the end of federal grant and bond contributions and the time at which the beneficiary of a Registered Disability Savings Plan can begin to make withdrawals from his or her plan without having to repay a portion of these federal contributions from ten years to five years.

Recommendation 9:

That the Minister of Finance take the necessary steps to broaden the eligibility criteria for the Registered Disability Savings Plan beyond the Disability Tax Credit such that people with severe disabilities who are eligible for provincial and territorial disability support programs are able to participate.

5. Data and Program Evaluation

The committee acknowledges the support provided by the Minister of Revenue and the CRA for this study in appearing before the committee to answer questions and providing available data related to the administration of the DTC. The committee recognizes the CRA is limited by the *Privacy Act* to collect only the information required in order to administer the DTC and welcomes the recent announcement that a Chief Data Officer has been appointed to review issues related to data quality. Yet, the committee feels compelled to draw attention to the CRA's responsibility to assess the effectiveness of the DTC in reaching its target population as well as to monitor awareness and access. This responsibility is particularly important given the DTC's role as a prerequisite to other benefits. For these reasons, the committee recommends as follows:

Recommendation 10:

That the Minister of National Revenue and the Minister of Families, Children and Social Development work together to:

- develop a strategy to collect and organize relevant data;
- leverage existing administrative and survey data to evaluate the effectiveness of the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan in reaching their target populations; and,
- determine the next steps for improving access to these benefits, with special attention to vulnerable groups (e.g. women, people in low-income, recent immigrants, LGBTQ2 individuals, First

Nations, Métis and Inuit) and the intersectionality that exists between vulnerable groups.

B. Taking the long view

There needs to be an important philosophical shift where you're dealing with children, dealing with people who are unable to speak or advocate for themselves who are in a position…of financial distress.

They're being treated in the same way as someone who wants to write off a big dinner.

Dermot Cleary, Autism Canada

1. The Administration of Income Supports for People with Disabilities

The committee heard from several witnesses that understanding and delivering supports to people with disabilities requires a very different mindset from administering and enforcing the tax code. People with disabilities are some of the most vulnerable people in society. Programs for this population need to be welcoming and delivered in a manner that ensures people are accessing the benefits they need and to which they are entitled. Ensuring that benefits are administered effectively and compassionately requires a systematic process for including people with disabilities and their families in the design, development and administration of programs. It also requires the government to recognize and accept the expertise of qualified health care practitioners, unless there is clear evidence of fraud. The committee therefore recommends that:

Recommendation 11:

That the Minister of Finance and the Minister of Families, Children and Social Development work together to shift responsibility for assessing eligibility for the Disability Tax Credit and the Registered Disability Savings Plan to Employment and Social Development Canada.

Recommendation 12:

That the Minister of Families, Children and Social Development study and adopt a participation model like the "Registered Disability Savings Plan Action Group" in order to create a systematic process whereby

people with disabilities, their families and other relevant stakeholders can inform and improve federal programs.

Recommendation 13:

That the Minister of Finance and the Minister of Families, Children and Social Development work closely with other orders of government to harmonize the application processes for disability supports programs.

2. *The challenge of poverty*

The RDSP was a bold leap. We need to now leap over that … We need to have a serious discussion about poverty and people with disabilities. It is profound. If we take care of that, I suggest the disability will begin to take care of itself.

Al Etmanski, Ashoka Fellow and Community Organizer

The committee heard clearly well that for too long, too many people with disabilities experience persistent poverty. This must change. The committee therefore recommends:

Recommendation 14:

That the Minister of Finance introduce legislation to make the Disability Tax Credit a refundable tax credit and coordinate with the provinces and territories so that the income from this credit is treated as exempt for people with disabilities on social assistance.

Recommendation 15:

That the Minister of Families, Children and Social Development take steps to implement a system for automatic enrolment in the Registered Disability Savings Plan once someone becomes eligible for the Disability Tax Credit or for the equivalent of disability welfare benefits at the provincial and territorial level.

Recommendation 16:

That the Minister of Finance work with the Minister of Families, Children and Social Development to develop a guaranteed annual basic income for Canadians with severe disabilities.

APPENDIX 1: LIST OF RECOMMENDATIONS

Recommendation 1:

That the Minister of National Revenue takes steps to ensure that the Disability Advisory Committee:

- better reflects the diversity of the larger disability community;
- includes representatives from neurodevelopmental and episodic disability communities;
- has a broader mandate which includes advising the government on administrative, policy and legislative improvements related to the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan; and
- is consulted before any substantive changes are made to the administration of the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan.

Recommendation 2:

That the Government of Canada:

- bring into force legislation limiting the fees disability services providers can charge to complete the Disability Tax Credit application; and
- increase funding to non-profit disability community organizations that support people with disabilities to complete applications for the Disability Tax Credit and the Registered Disability Savings Program.

Recommendation 3:

That the Minister of Finance revise the Disability Tax Credit eligibility criteria so that:

- impairments in problem solving, goal setting and judgment need not be present together to establish eligibility;
- work be included as a basic activity of daily living; and
- administrative guidelines which are not clearly specified in the *Income Tax Act* be reviewed so that they better capture the reality of people living with severe disabilities and are not unnecessarily prohibitive. This includes the requirement that at least 14 hours per week be spent on administering life sustaining therapies.

Recommendation 4:

That the Minister of Finance revise Disability Tax Credit rules to better recognize the lifelong nature of certain physical and mental disabilities and eliminate the need for these people to reapply for the credit.

Recommendation 5:

That the Minister of National Revenue review the current appeals process with a view to creating a straightforward, transparent and informed process where the applicant has access to all relevant information (including the precise reason their application was denied) and documents (including copies of all information submitted by medical practitioners that pertain to their application).

Recommendation 6:

That the Minister of Finance and the Minister of National Revenue take the necessary measures to ensure that individuals are able to keep all contributions made to their Registered Disability Savings Plans for periods in which they qualified for the Disability Tax Credit.

Recommendation 7:

That the Government of Canada immediately begin working with the provinces and territories to reform legislation with respect to legal capacity and representation to ensure that all people with qualifying disabilities over the age of 18 can access the Registered Disability Savings Plan program.

Recommendation 8:

That the Minister of Finance take the necessary steps to reduce the period between the end of federal grant and bond contributions and the time at which the beneficiary of a Registered Disability Savings Plan can begin to make withdrawals from his or her plan without having to repay a portion of these federal contributions from ten years to five years.

Recommendation 9:

That the Minister of Finance take the necessary steps to broaden the eligibility criteria for the Registered Disability Savings Plan beyond the Disability Tax Credit such that people with severe disabilities who are eligible for provincial and territorial disability support programs are able to participate.

Recommendation 10:

That the Minister of National Revenue and the Minister of Families, Children and Social Development work together to:

- develop a strategy to collect and organize data;
- leverage existing administrative and survey data to evaluate the effectiveness of the Disability Tax Credit and Registered Disability Savings Plan of reaching their target populations; and,

- determine the next steps for improving access to these benefits, with special attention to vulnerable groups (e.g. women, people in low-income, recent immigrants, LGBTQ2 individuals, First Nations, Métis and Inuit) and the intersectionality that exists between vulnerable groups.

Recommendation 11:

That the Minister of Finance and the Minister of Families, Children and Social Development work together to shift responsibility for assessing eligibility for the Disability Tax Credit and the Registered Disability Savings Plan to Employment and Social Development Canada.

Recommendation 12:

That the Minister of Families, Children and Social Development study and adopt a participation model like the "Registered Disability Savings Plan Action Group" in order to create a systematic process whereby people with disabilities, their families and other relevant stakeholders can inform and improve federal programs.

Recommendation 13:

That the Minister of Finance and the Minister of Families, Children and Social Development work closely with other orders of government to harmonize the application processes for disability supports programs.

Recommendation 14:

That the Minister of Finance introduce legislation to make the Disability Tax Credit a refundable tax credit and coordinate with the provinces and territories so that the income from this credit is treated as exempt for people with disabilities on social assistance.

Recommendation 15:

That the Minister of Families, Children and Social Development take steps to implement a system for automatic enrolment in the Registered Disability Savings Plan once someone becomes eligible for the Disability Tax Credit or for the equivalent of disability welfare benefits at the provincial and territorial level.

Recommendation 16:

That the Minister of Finance work with the Minister of Families, Children and Social Development to develop a guaranteed annual basic income for Canadians with severe disabilities.

APPENDIX 2: LIST OF WITNESSES

Thursday, February 1, 2018	
Autism Canada	Dermot Cleary, Board Chair
Diabetes Canada	Kimberley Hanson, Director, Federal Affairs
Multiple Sclerosis Society of Canada	Benjamin Davis, National Vice-President, Government Relations and President, Atlantic Division
Canadian Psychological Association	Karen Cohen, Chief Executive Officer
Disability Tax Fairness Alliance	Lembi Buchanan, Past Co-chair
The Maytree Foundation	Michael Mendelson, Maytree Fellow
Wednesday, February 7, 2018	
As an individual	Al Etmanski, Ashoka Fellow, Community Organizer and Social Innovator
Juvenile Diabetes Research Foundation	Patrick Tohill, Director of Government Relations; David Prowten, President and Chief Executive Officer
Canadian Association for Community Living	Brendon Pooran, Senior Advisor
Thursday, February 8, 2018	
Canada Revenue Agency	The Honourable Diane Lebouthillier, P.C., M.P., Minister of National Revenue. Nancy Chahwan, Deputy Commissioner Frank Vermaeten, Assistant Commissioner and co-chair of the Disability Advisory Committee
Employment and Social Development Canada	Krista Wilcox, Director General, Office for Disability Issues

Department of Finance Canada	Pierre Leblanc, Director General, Personal Income Tax Division, Tax Policy Branch; Lesley Taylor, Director, Social Tax Policy

APPENDIX 3: BRIEFS

- Autism Canada
- Canadian National Institute for the Blind
- Canada Revenue Agency (CRA)
- Diabetes Canada
- Disability Tax Fairness Alliance
- Maytree Foundation
- Marin, Josée

APPENDIX 4: DISABILITY TAX CREDIT APPLICATION FORM

https://www.canada.ca/content/dam/cra-arc/formspubs/pbg/t2201/t2201-17e.pdf

Canada Revenue Agency | Agence du revenu du Canada

6729
Protected B
when completed

Disability Tax Credit Certificate

Use this form to apply for the disability tax credit (DTC). The Canada Revenue Agency (CRA) will use this information to make a decision on eligibility for the DTC. See the "General information" on page 6 for more information.

Step 1 – Fill out and sign the sections of Part A that apply to you.

Step 2 – Ask a medical practitioner to fill out and certify Part B.

Step 3 – Send the form to the CRA.

Part A – To be filled out by the taxpayer

Section 1 – Information about the person with the disability

First name and initial | Last name | Social insurance number

Mailing address (Apt No. – Street No. Street name, PO Box, RR)

City | Province or territory | Postal code | Date of birth: Year Month Day

Section 2 – Information about the person claiming the disability amount (if different from above)

First name and initial | Last name | Social insurance number

The person with the disability is: ☐ my spouse/common-law partner ☐ my dependant (specify): _____

Answer the following questions for **all** of the years that you are claiming the disability amount for the person with the disability.

1. Does the person with the disability live with you? Yes ☐ No ☐

   If **yes**, for which year(s)? _____

2. If you answered **no** to Question 1, does the person with the disability regularly and consistently depend on you for one or more of the basic necessities of life such as food, shelter, or clothing? Yes ☐ No ☐

   If **yes**, for which year(s)? _____

Give details about the **regular** and **consistent** support you provide for food, shelter or clothing to the person with the disability (if you need more space, attach a separate sheet of paper). We may ask you to provide receipts or other documents to support your request.

Section 3 – Adjust your income tax and benefit return

Once eligibility is approved, the CRA can adjust your returns for all applicable years to include the disability amount for **yourself** or your **dependant under the age of 18**. For more information, see Guide RC4064, *Disability-Related Information*.

☐ Yes, I want the CRA to adjust my returns, if possible. ☐ No, I do not want an adjustment.

Section 4 – Authorization

As the **person with the disability** or their **legal representative**, I authorize the following actions:

- Medical practitioner(s) can give information to the CRA from their medical records or discuss the information on this form.
- The CRA can adjust my returns, as applicable, if the "Yes" box has been ticked in section 3.

Sign here: _____ | Telephone | Year Month Day

Personal information is collected under the *Income Tax Act* to administer tax, benefits, and related programs. It may also be used for any purpose related to the administration or enforcement of the Act such as audit, compliance and the payment of debts owed to the Crown. It may be shared or verified with other federal, provincial/territorial government institutions to the extent authorized by law. Failure to provide this information may result in interest payable, penalties or other actions. Under the *Privacy Act*, individuals have the right to access their personal information and request correction if there are errors or omissions. Refer to Info Source at **canada.ca/cra-info-source**, Personal Information Bank CRA PPU 218.

T2201 E (17) (Ce formulaire est disponible en français.) Canada

Patient's name: _____

Part B – Must be filled out by the medical practitioner

Step 1 – Fill out **only** the section(s) on pages 2 to 4 that apply to your patient. Each category states which medical practitioner(s) can certify the information in this part.

Note
Whether filling out this form for a child or an adult, assess your patient compared to someone of similar age with no impairment.

Step 2 – Fill out the "**Effects of impairment**", "**Duration**", and "**Certification**" sections on page 5. If more information is needed, the Canada Revenue Agency (CRA) may contact you.

Eligibility for the DTC is based on the effects of the impairment, not on the medical condition itself. For definitions and examples of impairments that may qualify for the DTC, see Guide RC4064, *Disability-Related Information*. For more information, go to **canada.ca/disability-tax-credit**.

Vision – Medical doctor, nurse practitioner, or optometrist

Your patient is considered **blind** if, even with the use of corrective lenses or medication:

- the visual acuity in **both** eyes is 20/200 (6/60) or less, with the Snellen Chart (or an equivalent); or
- the greatest diameter of the field of vision in **both** eyes is 20 degrees or less.

1. Is your patient **blind**, as described above? Yes ☐ No ☐

   If **yes**, when did your patient become blind (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year ____

2. What is your patient's visual acuity **after correction**? Right eye _____ Left eye _____

3. What is your patient's visual field **after correction** (in degrees if possible)? Right eye _____ Left eye _____

Speaking – Medical doctor, nurse practitioner, or speech-language pathologist

Your patient is considered **markedly restricted** in speaking if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to speak so as to be understood by another person familiar with the patient, in a quiet setting; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in speaking, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in speaking become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year ____

Hearing – Medical doctor, nurse practitioner, or audiologist

Your patient is considered **markedly restricted** in hearing if, even with appropriate devices:

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to hear so as to understand another person familiar with the patient, in a quiet setting; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in hearing, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in hearing become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year ____

Walking – Medical doctor, nurse practitioner, occupational therapist, or physiotherapist

Your patient is considered **markedly restricted** in walking if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to walk; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in walking, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in walking become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year ____

Patient's name: _____

Eliminating (bowel or bladder functions) – Medical doctor or nurse practitioner

Your patient is considered **markedly restricted** in eliminating if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to personally manage bowel or bladder functions; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Is your patient **markedly restricted** in eliminating, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in eliminating become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year

Feeding – Medical doctor, nurse practitioner, or occupational therapist

Your patient is considered **markedly restricted** in feeding if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to feed themselves; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Feeding yourself **does not** include identifying, finding, shopping for, or obtaining food.

Feeding yourself **does** include preparing food, **except** when the time spent is related to a dietary restriction or regime, even when the restriction or regime is needed due to an illness or medical condition.

Is your patient **markedly restricted** in feeding, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in feeding become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year

Dressing – Medical doctor, nurse practitioner, or occupational therapist

Your patient is considered **markedly restricted** in dressing if, even with appropriate therapy, medication, and devices:

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to dress themselves; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Dressing yourself **does not** include identifying, finding, shopping for, or obtaining clothing.

Is your patient **markedly restricted** in dressing, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in dressing become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year

Mental functions necessary for everyday life – Medical doctor, nurse practitioner, or psychologist

Your patient is considered **markedly restricted** in performing the mental functions necessary for everyday life (described below) if, even with appropriate therapy, medication, and devices (for example, memory aids and adaptive aids):

- they are **unable** or take an **inordinate amount of time** to perform these functions by themselves; and
- this is the case **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Mental functions necessary for everyday life include:

- adaptive functioning (for example, abilities related to self-care, health and safety, abilities to initiate and respond to social interactions, and common, simple transactions);
- memory (for example, the ability to remember simple instructions, basic personal information such as name and address, or material of importance and interest); and
- problem-solving, goal-setting, **and** judgment taken together (for example, the ability to solve problems, set and keep goals, and make the appropriate decisions and judgments).

Note
A restriction in problem-solving, goal-setting, or judgment that markedly restricts adaptive functioning, all or substantially all of the time (at least 90% of the time), would qualify.

Is your patient **markedly restricted** in performing the mental functions necessary for everyday life, as described above? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's restriction in performing the mental functions necessary for everyday life become a marked restriction (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year

Patient's name: _____

Life-sustaining therapy – Medical doctor or nurse practitioner

Life-sustaining therapy for your patient must meet **both** of the following criteria:

- your patient needs this therapy to support a vital function, even if this therapy has eased the symptoms; and
- your patient needs this therapy at least 3 times per week, for an average of at least 14 hours per week.

The 14-hour per week requirement

Include only the time your patient must dedicate to the therapy – that is, the patient has to take time away from normal, everyday activities to receive it.

If a child cannot do the activities related to the therapy because of their age, **include** the time spent by the child's primary caregivers to do and supervise these activities.

Do not include the time a portable or implanted device takes to deliver the therapy, the time spent on activities related to dietary restrictions or regimes (such as carbohydrate calculation) or exercising (even when these activities are a factor in determining the daily dosage of medication), travel time to receive therapy, medical appointments (other than appointments where the therapy is received), shopping for medication, or recuperation after therapy.

1. Does your patient need this therapy **to support a vital function**? Yes ☐ No ☐

2. Does your patient need this therapy at least **3 times per week**? Yes ☐ No ☐

3. Does this therapy take an average of at least **14 hours per week**? Yes ☐ No ☐

If **yes**, when did your patient's therapy begin to meet the above criteria (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year ☐☐☐☐

It is **mandatory** that you describe how the therapy meets the criteria as stated above. If you need more space, use a separate sheet of paper, sign it and attach it to this form.

Cumulative effect of significant restrictions – Medical doctor, nurse practitioner, or occupational therapist

Note: An occupational therapist can only certify limitations for walking, feeding and dressing.

Answer **all** the following questions to certify the cumulative effect of your patient's significant restrictions.

1. Even with appropriate therapy, medication, and devices, does your patient have a **significant restriction**, that is not quite a **marked restriction**, in **two** or more basic activities of daily living or in **vision** and **one** or more of the basic activities of daily living? Yes ☐ No ☐

If **yes**, tick at least **two** of the following, as they apply to your patient.

☐ vision ☐ speaking ☐ hearing ☐ walking

☐ eliminating (bowel or bladder functions) ☐ feeding ☐ dressing ☐ mental functions necessary for everyday life

Note
You **cannot** include the time spent on life-sustaining therapy.

2. Do these restrictions exist together, **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time)? Yes ☐ No ☐

3. Is the cumulative effect of these significant restrictions equivalent to being **markedly restricted** in **one** basic activity of daily living? Yes ☐ No ☐

4. When did the cumulative effect described above begin (this is not necessarily the year of the diagnosis, as is often the case with progressive diseases)? Year ☐☐☐☐

Patient's name: _____

Effects of impairment – Mandatory

The effects of your patient's impairment must be those which, even with therapy and the use of appropriate devices and medication, cause your patient to be restricted **all or substantially all of the time** (at least 90% of the time).

Note
Working, housekeeping, managing a bank account, and social or recreational activities are **not** considered basic activities of daily living. Basic activities of daily living are limited to walking, speaking, hearing, dressing, feeding, eliminating (bowel or bladder functions), and mental functions necessary for everyday life.

It is **mandatory** that you describe the effects of your patient's impairment on his or her ability to do **each** of the basic activities of daily living that you indicated are or were markedly or significantly restricted. If you need more space, use a separate sheet of paper, sign it and attach it to this form. You may include copies of medical reports, diagnostic tests, and any other medical information, if needed.

Duration – Mandatory

Has your patient's impairment lasted, or is it expected to last, for a continuous period of at least 12 months? For deceased patients, was the impairment expected to last for a continuous period of at least 12 months? Yes ☐ No ☐

If **yes**, has the impairment improved, or is it likely to improve, to such an extent that the patient would no longer be blind, markedly restricted, in need of life-sustaining therapy, or have the equivalent of a marked restriction due to the cumulative effect of significant restrictions? Unsure ☐ Yes ☐ No ☐

If **yes**, enter the year that the improvement occurred or may be expected to occur. Year ____

Certification – Mandatory

1. For which year(s) have you been the attending medical practitioner for your patient? _____

2. Do you have medical information on file supporting the restriction(s) for all the year(s) you certified on this form? Yes ☐ No ☐

Tick the box that applies to you:

☐ Medical doctor ☐ Nurse practitioner ☐ Optometrist ☐ Occupational therapist
☐ Audiologist ☐ Physiotherapist ☐ Psychologist ☐ Speech-language pathologist

As a **medical practitioner**, I certify that the information given in Part B of this form is correct and complete. I understand that this information will be used by the CRA to make a decision if my patient is eligible for the DTC.

Sign here: _____
It is a serious offence to make a false statement.

Name (print)

Date: Year Month Day

Telephone

Address

General information

What is the DTC?

The disability tax credit (DTC) is a non-refundable tax credit that helps persons with disabilities or their supporting persons reduce the amount of income tax they may have to pay. The disability amount may be claimed once the person with a disability is eligible for the DTC. This amount includes a supplement for persons under 18 years of age at the end of the year. Being eligible for this credit may open the door to other programs.

For more information, go to **canada.ca/disability-tax-credit** or see Guide RC4064, *Disability-Related Information*.

Are you eligible?

You are eligible for the DTC only if we approve your application. On this form, a medical practitioner has to indicate and certify that you have a severe and prolonged impairment and must describe its effects.

To find out if you **may be eligible** for the DTC, fill out the self-assessment questionnaire in Guide RC4064, *Disability-Related Information*. If we have already told you that you are eligible, do not send another form unless the previous period of approval has ended or if we tell you that we need one. **You should tell us if your medical condition improves**.

If you receive Canada Pension Plan or Quebec Pension Plan disability benefits, workers' compensation benefits, or other types of disability or insurance benefits, it **does not** necessarily mean you are eligible for the DTC. These programs have other purposes and different criteria, such as an individual's inability to work.

You can send the form at any time during the year. By sending your form before you file your income tax and benefit return, you may prevent a delay in your assessment. We will review your form before we assess your return. Keep a copy for your records.

Fees – You are responsible for any fees that the medical practitioner charges to fill out this form or to give us more information. However, you may be able to claim these fees as medical expenses on line 330 or line 331 of your income tax and benefit return.

What happens after you send Form T2201?

After we receive Form T2201, we will review your application. We will then send you a notice of determination to inform you of our decision. Our decision is based on the information given by the medical practitioner. If your application is denied, we will explain why on the notice of determination. For more information, see Guide RC4064, *Disability-Related Information,* or go to **canada.ca/disability-tax-credit**.

Where do you send this form?

Send your form to the Disability Tax Credit Unit of your tax centre. Use the chart below to get the address.

If your tax services office is located in:	**Send your correspondence to the following address:**
Alberta, British Columbia, Hamilton, Kitchener/Waterloo, London, Manitoba, Northwest Territories, Regina, Saskatoon, Thunder Bay, Windsor, or Yukon	Winnipeg Tax Centre 66 Stapon Road Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Belleville, Kingston, Montréal, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Nunavut, Ottawa, Outaouais, Peterborough, St. Catharines, Prince Edward Island, Sherbrooke, Sudbury, Toronto Centre, Toronto East, Toronto North, or Toronto West	Sudbury Tax Centre Post Office Box 20000, Station A Sudbury ON P3A 5C1
Chicoutimi, Laval, Montérégie-Rive-Sud, Québec, Rimouski, Rouyn-Noranda, or Trois-Rivières	Jonquière Tax Centre 2251 René-Lévesque Blvd Jonquière QC G7S 5J2
Deemed residents, non-residents, and new or returning residents of Canada	Sudbury Tax Centre Post Office Box 20000, Station A Sudbury ON P3A 5C1 CANADA or Winnipeg Tax Centre 66 Stapon Road Winnipeg MB R3C 3M2 CANADA

What if you need help?

If you need more information after reading this form, go to **canada.ca/disability-tax-credit** or call **1-800-959-8281**.

Forms and publications

To get our forms and publications, go to **canada.ca/cra-forms** or call **1-800-959-8281**.

Sénat | Senate
CANADA

Juin 2018

ÉLIMINER LES OBSTACLES

Analyse critique du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et du Régime enregistré d'épargne-invalidité

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Art Eggleton, C.P., *président*
L'honorable Chantal Petitclerc, *vice-présidente*
L'honorable Judith Seidman, *vice-présidente*

SÉNAT | SENATE
CANADA

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous :

par courriel : SOCI@sen.parl.gc.ca
par téléphone : 613-990-0088
sans frais : 1-800-267-7362
par la poste :
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada K1A 0A4

Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :
www.senate-senat.ca/social.asp

This report is also available in English

TABLE DES MATIÈRES

Ordre de renvoi iv
Membres du comité iv
Introduction 1
Contexte 1
Renseignements généraux 3
A. Les personnes handicapées au Canada 3
B. Le crédit d'impôt pour personnes handicapées 4
C. Le Programme canadien pour l'épargne-invalidité 5
Questions soulevées durant l'étude 8
A. Le crédit d'impôt pour personnes handicapées 8
B. Le Régime enregistré d'épargne-invalidité 16
Recommandations 19
A. Mesures pouvant être prises dès maintenant 20
B. À plus long terme 24
ANNEXE 1 : Liste des recommandations v
ANNEXE 2 : Liste des témoins ix
ANNEXE 3 : Mémoires xi
ANNEXE 4: Formulaire de demande : Crédit d'impôt pour personnes handicapées xii

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 14 décembre 2017 :

Avec le consentement du Sénat,

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénatrice Fraser,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, conformément à l'article 12-7(9) du Règlement, soit autorisé à examiner et à faire rapport sur les questions qui pourraient survenir concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général, notamment :

a) les affaires culturelles et les arts, les affaires sociales et les relations du travail, la santé et l'assistance sociale, les pensions, le logement, la condition physique et le sport amateur, l'emploi et l'immigration, la consommation, la jeunesse; et

b) les questions liées à son mandat ou dans les anciens rapports du comité qui se trouvent dans les mandats de la ministre du Patrimoine canadien, de la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'oeuvre et du Travail, du ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social, de la ministre de la Santé, du ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté, du ministre de l'Infrastructure et des Collectivités, du ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique, de la ministre des Sciences, et du ministre des Sports et des Personnes handicapées; et

Que le comité dépose son rapport final au plus tard le 30 décembre 2018.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La greffière du Sénat
Nicole Proulx

MEMBRES DU COMITÉ

Les honorables sénateurs ayant participé à cette étude :

Art Eggleton, C.P., président
Chantal Petitclerc, vice-présidente
Judith G. Seidman, vice-présidente
Wanda Thomas Bernard
Fabian Manning
Marie-Françoise Mégie
Jim Munson
Ratna Omidvar
Rose-May Poirier
Nancy Greene Raine (maintenant à la retraite)

Membres d'office du comité :
Les honorables sénateurs :

Peter Harder, C.P. (ou Diane Bellemare, ou Grant Mitchell)
Larry Smith (ou Yonah Martin)
Yuen Pau Woo (ou Raymonde Saint-Germain)
Joseph Day (ou Terry Mercer)

Autres sénateurs ayant participé, de temps à autre, à cette étude :

Les honorables sénateurs Christmas, Griffin et Neufeld.

Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement :
Elizabeth Cahill et Sonya Norris, analystes

Direction des comités du Sénat :
Shaila Anwar, greffière du comité
Ferda Simpson, greffière de comité
Tracy Amendola, adjointe administrative

INTRODUCTION

Le 14 décembre 2017, le Sénat a adopté un ordre de renvoi autorisant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (le comité) à examiner, pour en faire rapport, des questions concernant les affaires sociales, les sciences et la technologie en général.

Conformément à cet ordre de renvoi, le comité a entrepris une étude sur le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) et le Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI). Du 1er au 8 février 2018, le comité a tenu trois réunions au cours desquelles il a entendu des témoins exprimer leurs préoccupations en ce qui concerne la structure et l'application du CIPH, le rétablissement du Comité consultatif des personnes handicapées, de même que l'accessibilité au REEI et la gestion de ce régime.

Dans le cadre de son étude, le comité a entendu l'honorable Diane Lebouthillier, C.P., députée, ministre du Revenu national, ainsi que des représentants de l'Agence du revenu du Canada (ARC), d'Emploi et Développement social Canada (EDSC) et du ministère des Finances du Canada. Il a également reçu les témoignages de porte-parole d'Autisme Canada, de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, de la Société canadienne de psychologie, de Diabète Canada, de la Disability Tax Fairness Alliance, de la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile, de la Fondation Maytree, ainsi que d'Al Etmanski, un boursier Ashoka et innovateur social qui a joué un rôle de premier plan dans la création du REEI. Le comité a également reçu plusieurs mémoires.

CONTEXTE

À l'été 2017, Diabète Canada et la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile ont été informés de la hausse du nombre de diabétiques dont les demandes de CIPH avaient été rejetées. Même des personnes pourtant admissibles depuis des années ont vu leur demande refusée lorsqu'est venu le moment de la renouveler[1]. Les médias ont d'ailleurs produit des reportages sur la situation[2]. Des données publiées dernièrement par l'ARC traduisent également l'augmentation récente du nombre de demandes de CIPH qui ont été rejetées. En 2016-2017, 45 157 demandes ont été refusées, par rapport à 30 235 l'année précédente (voir figure 1).

En novembre 2017, les deux organismes ont fait parvenir à l'honorable Diane Lebouthillier, C.P., députée, ministre du Revenu national, une lettre conjointe afin de communiquer leurs inquiétudes au sujet de l'application du CIPH et de l'augmentation du nombre de refus. Cette lettre décrivait qu'un changement interne effectué par l'ARC avait ordonné aux examinateurs de refuser le CIPH aux adultes recevant un traitement par l'insuline, à moins qu'ils n'aient une ou plusieurs affections chroniques.[3] Durant cette même période, Autisme Canada et l'Alliance canadienne des troubles du spectre de l'autisme ont également exprimé leurs

---

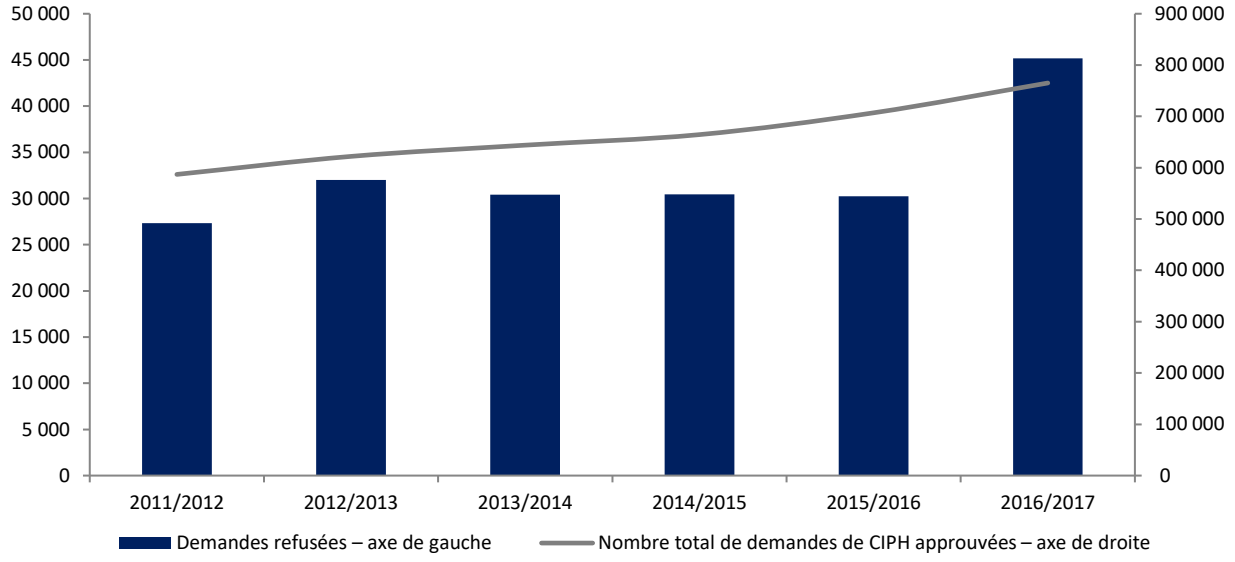
[1] *Pour plus de renseignements, veuillez consulter : Folio de l'impôt sur le revenu S1-F1-C2, Crédit d'impôt pour personnes handicapées, Agence du revenu du Canada, 2016.*

[2] *En décembre 2017, Diabète Canada a critiqué une note de service de l'ARC, qui a plus tard été retirée. Cette note décrivait la procédure d'évaluation des demandes provenant de personnes diabétiques.*

[3] *Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Témoignages, 42e législature, 1re session, 7 février 2018, (David Prowten, président et chef de la direction, Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada).*

inquiétudes au sujet du CIPH, signalant que les personnes atteintes des troubles du spectre de l'autisme avaient aussi de la difficulté à obtenir ou à conserver le CIPH. Ils ont déclaré que l'ARC devrait appliquer « les critères existants […] de manière égale, uniforme et transparente[4] ».

Figure 1 : Nombre total de personnes ayant demandé le crédit d'impôt pour personnes handicapées et nombre de nouvelles demandes traitées et refusées pour la période 2011-2017



Source : Figure produite par l'auteur à l'aide de données obtenues de l'Agence du revenu du Canada, 2018. Remarque : Les demandes de CIPH refusées s'étendent à toutes les catégories d'activités courantes de la vie quotidienne, étant donné que le taux de refus était élevé dans les 10 catégories. Pour plus de renseignements, prières de consulter : Agence du revenu du Canada, *Coup d'œil sur le crédit d'impôt pour personnes handicapées*, 2018.

En réponse à ces préoccupations, l'ARC a confirmé que la politique sur le CIPH n'avait pas changé, mais qu'elle avait fait parvenir aux professionnels de la santé de nouvelles lettres de clarification, ce qui avait malencontreusement eu pour effet de causer de la confusion.

Le 23 novembre 2017, l'honorable Diane Lebouthillier a annoncé le rétablissement du Comité consultatif des personnes handicapées, qui avait été institué en 2004 et dissous en 2006. Ce comité, composé de 12 membres bénévoles, vise à fournir à l'ARC un mécanisme formel de collaboration avec la communauté des personnes handicapées et à améliorer l'accès aux services de l'ARC pour ces personnes.

Prenant la parole à l'occasion de la première réunion du Comité consultatif le 24 janvier 2018, la ministre Lebouthillier a déclaré : « Cet automne, des enjeux ont été soulevés concernant l'application et l'interprétation des critères d'admissibilité au crédit d'impôt pour les personnes handicapées. Une mise à jour apportée à la lettre de clarification envoyée aux professionnels de la santé est à l'origine de ce débat. Cette mise à jour a eu des conséquences non désirées.

[4] *Citation provenant d'une conférence de presse organisée par Autisme Canada à Ottawa le jeudi 30 novembre 2017 [TRADUCTION].*

Et pour cela, j'ai offert mes excuses les plus sincères[5]. » Elle a rassuré le public en disant que l'on réexaminerait les dossiers des personnes dont la demande avait été rejetée durant la période visée en raison des clarifications données aux professionnels de la santé.

C'est dans ce contexte – c'est-à-dire les inquiétudes croissantes et pressantes concernant l'application du CIPH, en particulier pour les personnes autistiques et diabétiques – que le comité a entrepris la présente étude. Le comité a également décidé d'examiner le REEI puisqu'il faut être admissible au CIPH pour participer à ce régime.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A. Les personnes handicapées au Canada

On évalue à plus de 1,8 million le nombre de Canadiens âgés de 15 ans et plus atteints d'incapacités graves ou très graves. De ce nombre, 56,5 % sont des femmes[6]. Les personnes handicapées (et leurs proches aidants) font face à des coûts plus élevés et à un plus grand nombre d'obstacles financiers que les gens sans handicap. Outre les frais médicaux élevés, elles doivent payer plus pour d'autres services et biens essentiels, tels que le transport, les services publics, les logements accessibles et les vêtements adaptés.

De plus, les personnes handicapées sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu, d'être au chômage ou d'être inactives sur le marché du travail[7]. En 2014, 23 % des personnes handicapées étaient en situation de faible revenu comparativement à 9 % pour les personnes sans incapacité. Les taux de faible revenu varient en fonction du type d'incapacités. Par exemple, il était de 17 % chez les personnes ayant une incapacité physique ou sensorielle, de 27 % chez celles ayant une incapacité mentale ou cognitive et de 35 % chez celles ayant une combinaison de ces deux types d'incapacités[8]. Le CIPH et le REEI ont été créés pour composer avec les coûts élevés et les obstacles financiers auxquels font face les personnes atteintes d'une incapacité grave.

---

[5] Remarques de la ministre Lebouthillier : Première réunion du Comité consultatif des personnes handicapées, 24 janvier 2018.

[6] La définition d'incapacité a évolué avec le temps, tout comme la mesure de la sévérité de l'incapacité. En 2010, le Canada a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies. La définition de l'ONU repose sur le modèle social de l'incapacité, selon lequel l'incapacité résulte de l'interaction des limitations fonctionnelles d'une personne et des obstacles que comporte l'environnement de cette personne, notamment les obstacles sociaux et physiques, qui font en sorte qu'il est plus difficile pour cette personne d'exercer ses activités au quotidien. Les personnes handicapées sont des personnes qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. Pour plus de renseignements, voir : Convention relative aux droits des personnes handicapées. Arim, R., Un profil de l'incapacité chez les Canadiens âgés de 15 ans ou plus, Statistique Canada, 2012, p. 11.

[7] Till, M. et coll., Profil des expériences sur le marché du travail : adultes canadiens de 15 ans et plus ayant une incapacité, Statistique Canada, 2012.

[8] Wall, K., Le faible revenu chez les personnes ayant une incapacité au Canada, Statistique Canada, 2017. Statistique Canada utilise la mesure de faible revenu après impôt. Au Canada, il s'agit de la mesure la plus courante du faible revenu. « Personnes à faible revenu » désignent les personnes qui vivent dans un ménage gagnant moins que la moitié du revenu médian au Canada, corrigé en fonction de la taille du ménage.

B. Le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer. Une personne peut demander le montant pour personnes handicapées une fois que l'ARC a confirmé qu'elle est admissible au CIPH. Le CIPH est une mesure d'équité fiscale permettant d'alléger les frais liés à l'incapacité, puisque ce sont des dépenses supplémentaires inévitables que d'autres contribuables n'ont pas à payer[9].

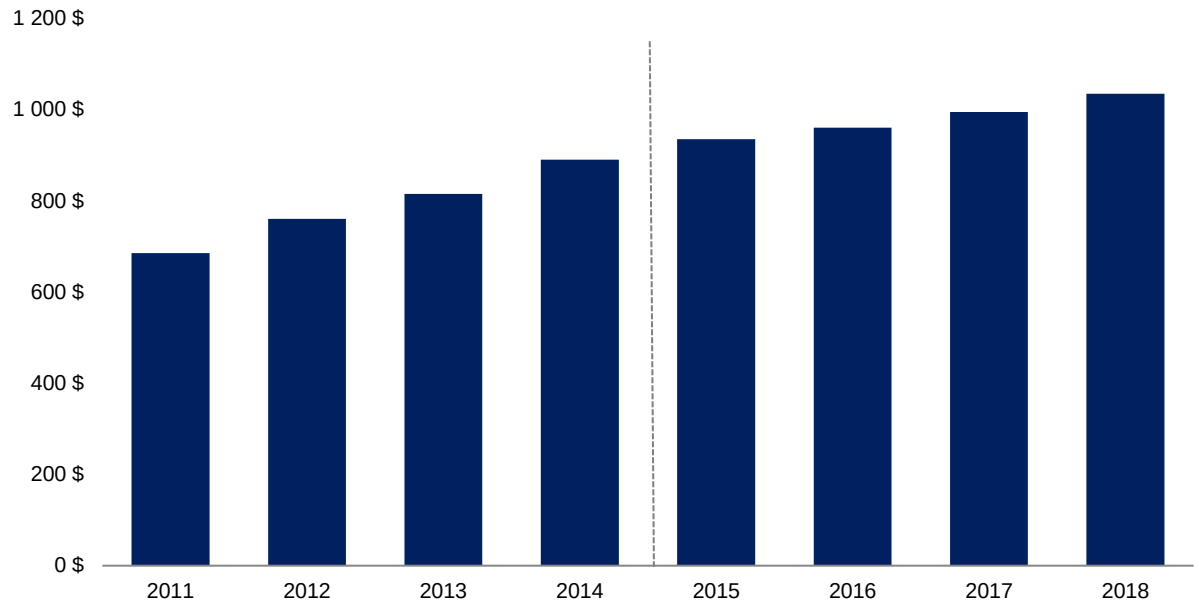
Pour avoir droit au CIPH, la personne doit avoir une déficience grave et prolongée, telle que définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu,* et obtenir une attestation à cet effet d'un professionnel de la santé[10]. La déficience doit avoir pour effet de limiter de manière marquée la capacité de la personne d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne toujours ou presque toujours. Ainsi, l'admissibilité ne repose pas sur le diagnostic, mais sur la capacité de la personne d'effectuer des tâches essentielles (effets de la déficience).

Pour avoir droit au CIPH, la personne doit toujours ou presque toujours avoir une capacité très limitée de mener les activités courantes de la vie quotidienne :voir, parler, entendre, marcher, évacuer ou se nourrir, avoir des limitations liées aux fonctions mentales (par exemple mémoire, résolution de problèmes, établissement d'objectifs et jugement), avoir besoin de soins thérapeutiques essentiels au maintien d'une fonction vitale ou subir les effets cumulatifs de ces limitations. (On trouve à l'annexe 4 un exemple du formulaire T2201, « Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées », et une description plus détaillée des activités courantes de la vie quotidienne).

Le CIPH est l'une des principales mesures prises par le gouvernement fédéral pour soutenir les Canadiens ayant une déficience grave et prolongée. La personne handicapée peut demander le crédit d'impôt ou le transférer à un aidant admissible, comme un parent, un grand-parent ou un frère ou une sœur, qui peut l'inclure dans sa déclaration de revenus. Il n'est pas possible de le reporter à d'autres années si l'impôt à payer par le demandeur est insuffisant. Une fois admissible au CIPH, la personne peut accéder à d'autres programmes importants, comme la Prestation pour enfants handicapés et le Programme canadien pour l'épargne-invalidité. La figure 2 présente une estimation des dépenses fiscales (ou recettes fiscales cédées) reliées au CIPH. En 2017, ces dépenses étaient évaluées à 995 millions de dollars.

[9] *Mitra, S. et. coll., « Extra Costs of Living with a Disability: A Systematized Review and Agenda for Research », Disability and Health Journal, vol. 10, nº 4, p. 475-484, 2017.*
[10] *Pour plus de renseignements, veuillez consulter : Folio de l'impôt sur le revenu S1-F1-C2, Crédit d'impôt pour personnes handicapées, Agence du revenu du Canada, 2016.*

Figure 2 – Estimation des dépenses fiscales liées au crédit d'impôt pour personnes handicapées, 2011-2018 (en millions de dollars)



Source : Figure produite par l'auteur à l'aide de données tirées de Finances Canada, *Rapport sur les dépenses fiscales fédérales : Concepts, estimations et évaluations 2017*, 2017. Les valeurs à droite de la ligne pointillée représentent les prévisions.

C. Le Programme canadien pour l'épargne-invalidité

Le Programme canadien pour l'épargne-invalidité comprend le REEI, la Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité et le Bon canadien pour l'épargne-invalidité. Ce programme permet aux personnes atteintes d'incapacités graves et à leur famille d'économiser pour l'avenir, ce qui assure en retour une certaine sécurité financière à long terme pour les personnes handicapées. Dans le cadre du REEI, le bénéficiaire du régime peut avoir droit à la Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité ou au Bon canadien pour l'épargne-invalidité (voir les sections ci-dessous). Le produit des cotisations aux REEI augmente en franchise d'impôt jusqu'à ce que le bénéficiaire retire de l'argent.

1. Le Régime enregistré d'épargne-invalidité

Un REEI est une entente entre l'émetteur (c'est-à-dire les institutions financières qui offrent le REEI) et le titulaire du régime. Les cotisations à un REEI peuvent être versées jusqu'à la fin de l'année où le bénéficiaire atteint l'âge de 59 ans. Contrairement aux cotisations versées dans un régime enregistré d'épargne-retraite, il s'agit de cotisations après impôt ce qui veut dire qu'elles n'ont pas pour effet de réduire le montant d'impôt à payer. Par conséquent, les cotisations retirées ne sont pas incluses dans le revenu du bénéficiaire lorsqu'elles sont payées à partir d'un REEI. Cependant, la subvention canadienne pour l'épargne-invalidité (subvention), le bon canadien pour l'épargne-invalidité (bon), les revenus de placements

accumulés dans le régime et les montants de roulement sont inclus dans le revenu du bénéficiaire pour les besoins de l'impôt lorsqu'ils sont payés à partir du REEI. Cela tient au fait que les cotisations complémentaires du gouvernement (subvention et bon), l'intérêt provenant de ce revenu et les montants de roulement sont tous des revenus avant impôt[11]. La limite de cotisation à vie au REEI est de 200 000 $.

Le REEI a été conçu pour encourager l'épargne à long terme. Ainsi, sauf dans des circonstances très exceptionnelles, les fonds dans un REEI doivent y demeurer pendant au moins 10 ans avant de pouvoir être retirés sans pénalité. Si un retrait est effectué, la totalité ou une partie des montants des subventions et des bons qui se sont accumulés dans le régime au cours des 10 années précédant le retrait doit être remboursée au gouvernement[12].

Pour être admissible à un REEI, il faut notamment être résidant canadien, avoir un numéro d'assurance sociale valide et avoir droit au CIPH[13]. La personne handicapée ou celle agissant à son nom peut ouvrir un REEI jusqu'au 31 décembre de l'année durant laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 59 ans. Les subventions et les bons peuvent être versés jusqu'au 31 décembre de l'année durant laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 49 ans.

Les fonds retirés d'un REEI et versés au bénéficiaire n'auront aucune incidence sur son droit aux prestations fédérales, comme la Prestation fiscale canadienne pour enfants, le crédit pour la taxe sur les produits et services/taxe de vente harmonisée, la Sécurité de la vieillesse et les prestations d'assurance-emploi.

En date de 2015, on comptait 123 020 détenteurs d'un REEI. Le total des avoirs dans des REEI était évalué à plus de 2,5 milliards de dollars. La valeur moyenne par REEI était d'environ 21 400 $, et les cotisations moyennes annuelles, d'environ 2 500 $[14].

2. La Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité

La Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité est le montant d'argent que le gouvernement du Canada déposera dans le REEI d'un bénéficiaire comme cotisation complémentaire à une cotisation privée. Le montant de la subvention est fondé sur le montant des cotisations au régime et le revenu familial du bénéficiaire. Le gouvernement fédéral contribuera jusqu'à trois fois le montant des cotisations privées. Le montant maximal d'une subvention au cours d'une année donnée est de 3 500 $. Le montant maximal à vie de subventions à être versé au nom d'un bénéficiaire est de 70 000 $. En 2015, 51,5 % des

---

[11] Le Programme canadien pour l'épargne-invalidité est compliqué. Pour de plus amples renseignements au sujet de l'impôt à payer sur les retraits d'un REEI, voir : Impôt à payer, gouvernement du Canada.

[12] Les subventions et les bons investis dans le régime depuis moins de 10 ans doivent être remboursés au gouvernement dans les cas suivants : le régime est fermé; le bénéficiaire décède; le bénéficiaire n'est plus admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées.

[13] La personne a seulement besoin d'être admissible au CIPH. Puisque le CIPH est un crédit d'impôt non remboursable, seules les personnes qui ont un montant d'impôt à payer peuvent demander un remboursement d'impôt.

[14] Gouvernement du Canada, Programme canadien d'épargne invalidité - Rapport statistique annuel 2015, 2017, p. 9.

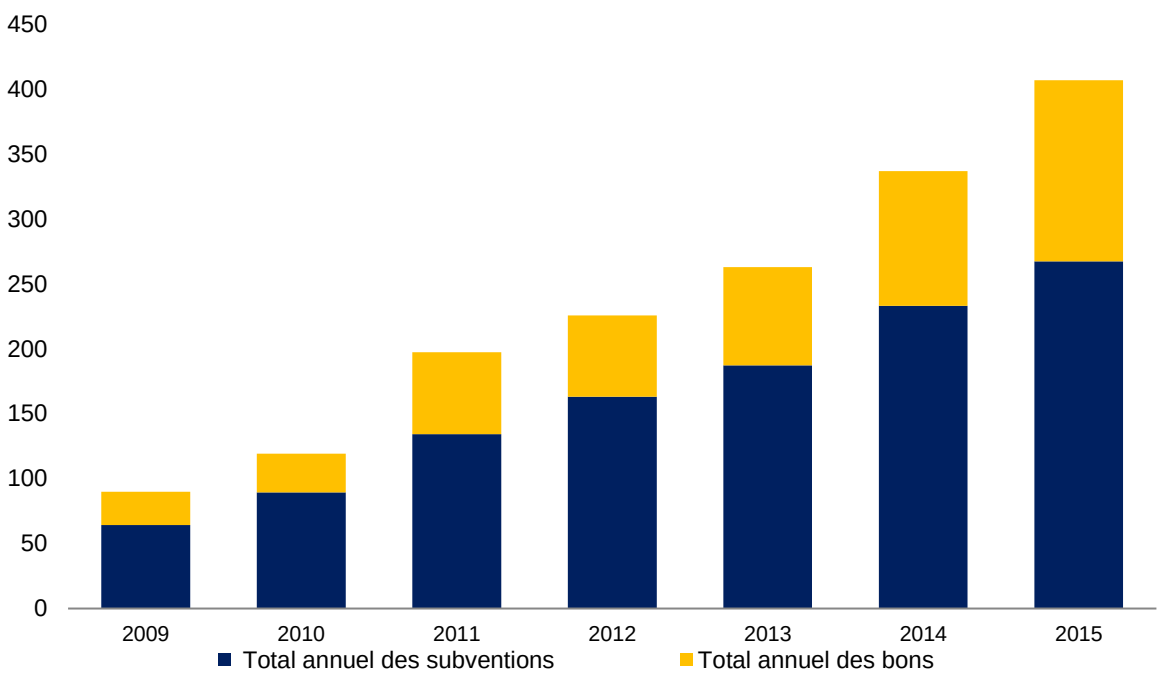
détenteurs d'un REEI ont reçu des subventions, et les subventions totales versées ont dépassé 267 millions de dollars[15].

3. Le Bon canadien pour l'épargne-invalidité

Le Bon canadien pour l'épargne-invalidité est une contribution que le gouvernement du Canada verse au REEI des Canadiens handicapés à revenu faible ou modéré qui sont admissibles. Aucune cotisation privée n'est requise pour recevoir le bon. Un bon peut être versé à un REEI jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 49 ans. Le montant maximal d'un bon au cours d'une année donnée est de 1 000 $. Le montant maximal en bons qui peut être versé au nom d'un bénéficiaire au cours de sa vie est de 20 000 $. En 2015, 57 % des bénéficiaires ont reçu un bon, et le total des bons versés au REEI des titulaires était de plus de 139 millions de dollars[16].

La figure 3 présente les dépenses annuelles du gouvernement en subventions et en bons versés à des REEI. Les dépenses en subventions, qui dépendent des cotisations versées par le titulaire du régime (ou par une autre personne contribuant au nom du bénéficiaire), dépassent largement les dépenses en bons du gouvernement.

Figure 3 – Dépenses fédérales en bons et en subventions versés dans des régimes enregistrés d'épargne-invalidité, 2009–2015 (en millions de dollars)



Source : Figure produite par l'auteur à l'aide de données tirées de : Emploi et Développement social Canada, *Programme canadien d'épargne invalidité - Rapport statistique annuel 2015*, 18 janvier 2017.

[15] *Ibid., p. 14.*
[16] *Ibid.*, p. 15.

QUESTIONS SOULEVÉES DURANT L'ÉTUDE

Quelle que soit la valeur du CIPH et du REEI pour aider les Canadiens à faire face aux dépenses liées à leur maladie, nous savons que le fonctionnement de ces programmes pose des difficultés […]

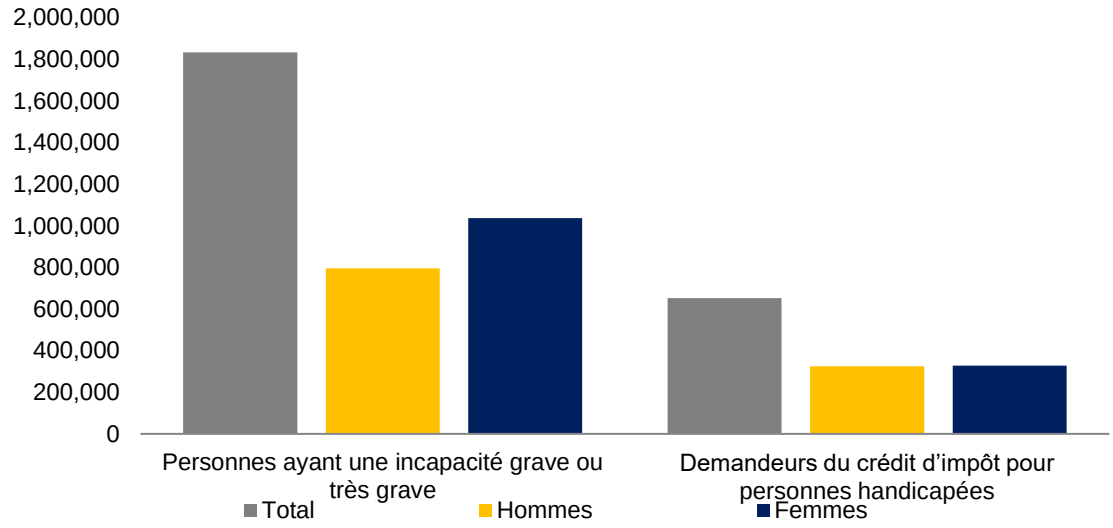
Kimberley Hanson, directrice, Affaires fédérales, Diabète Canada

A. Le crédit d'impôt pour personnes handicapées

1. Le crédit d'impôt pour personnes handicapées représente un avantage important, mais il est sous-utilisé

De nombreux témoins ont expliqué que les personnes handicapées et leur famille ont besoin du CIPH pour faire contrepoids aux coûts élevés et aux difficultés financières, ajoutant toutefois que le programme est sous-utilisé. Par ailleurs, certains sous-segments de la population sont disproportionnellement désavantagés, en particulier les personnes à faible revenu (qui n'ont vraisemblablement pas d'impôt à payer), les femmes et les Canadiens autochtones (surtout les membres des Premières Nations vivant dans les réserves). C'est d'ailleurs ce que semblent confirmer les données disponibles. La figure 4 illustre le nombre de personnes ayant déclaré une incapacité grave ou très grave par rapport au nombre de personnes qui ont obtenu le CIPH.

Figure 4 – Nombre de personnes ayant déclaré une incapacité grave ou très grave et nombre de personnes ayant obtenu le crédit d'impôt pour personnes handicapées, par sexe, 2012



Source : Figure produite par l'auteur à l'aide de données tirées de Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012; et Statistique Canada, SPSD/M v. 22.3. (Nota: L'Enquête canadienne sur l'incapacité s'étend aux personnes de 15 ans et plus. Les estimations du nombre de demandeurs du CIPH obtenues à l'aide du SPSD/M comprennent les personnes qui demandent le crédit pour elles-mêmes et celles qui reçoivent un crédit transféré d'un conjoint ou d'une personne à charge.)

Sur plus de 1,8 million d'adultes qui déclarent avoir une incapacité les rendant admissibles au crédit, moins de 40 % en font la demande. De plus, le crédit est obtenu par autant d'hommes que de femmes, ou presque. Pourtant, 56 % des personnes déclarant avoir une incapacité grave ou très grave dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'incapacité sont des femmes[17].

> *Nous devons toutefois toujours nous rappeler que les deux tiers des plus pauvres, qui par ailleurs sont admissibles à ce crédit d'impôt, n'obtiennent rien, tant et aussi longtemps qu'il n'est pas remboursable.*
>
> Michael Mendelson, agrégé de recherche, Fondation Maytree

Comme l'a entendu le comité, le CIPH est un crédit d'impôt non remboursable, un facteur important qui explique le faible nombre de demandeurs. Les personnes qui n'ont pas suffisamment d'impôt à payer ne tirent souvent aucun avantage d'un crédit d'impôt non remboursable. On estime qu'entre 60 et 66 % des personnes admissibles en raison de leur incapacité sont dans une situation de faible revenu et ne payent pas d'impôt sur le revenu. Ces personnes font partie des membres les plus vulnérables de notre société, et le CIPH ne donne rien ou presque rien dans leur cas[18].

2. Les personnes atteintes de certaines incapacités ont plus de difficulté à obtenir le crédit

> *Le crédit d'impôt pour personnes handicapées se voulait une mesure d'équité fiscale, en compensant les coûts supplémentaires engendrés par le handicap d'une personne. Dans ce cas, pourquoi les personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme sont-elles si nombreuses à ne pouvoir se prévaloir de cette mesure d'équité?*
>
> Dermot Cleary, président du Conseil d'administration, Autisme Canada

Le comité s'est fait dire que les personnes atteintes de certaines incapacités sont désavantagées de manière disproportionnée. Dermot Cleary, d'Autisme Canada, a déclaré que le CIPH est axé sur les incapacités physiques et ne tient pas compte adéquatement des

---

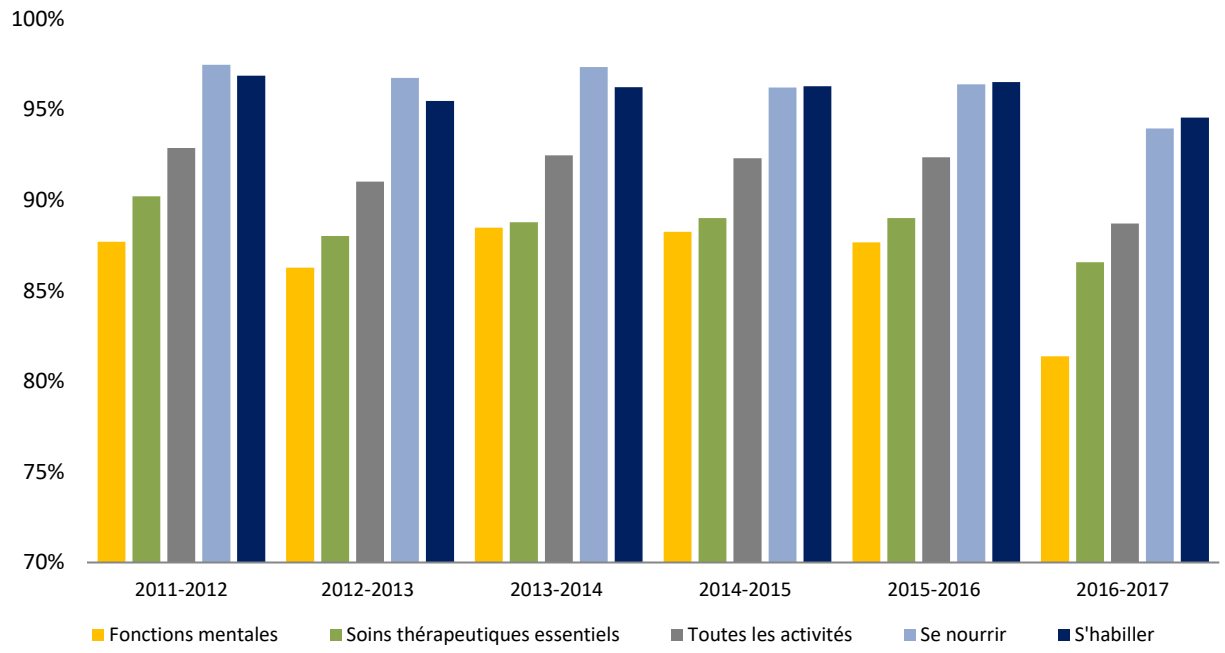
[17] *Dunn, S. et coll., Why is Uptake is the Disability Tax Credit Low in Canada? Exploring Barriers to Access, SPP Research Papers, 2018, p. 7. Simpson, W et. coll., The Disability Tax Credit: Why It Fails and How to Fix It, SPP Research Papers, 2016. Voir également le mémoire de la Disability Tax Fairness Alliance, 2018, p. 1.*

[18] *Mendelson, M., Options for a Refundable Disability Tax Credit for 'Working Age' Persons, Fondation Maytree, 2015.*

troubles neuro-développementaux. Des données récentes sur le CIPH fournies au comité par l'ARC dans le cadre de l'étude viennent appuyer cet argument.

La figure 5 illustre les taux d'acceptation des demandes de CIPH en fonction des limitations d'activité pour la période allant de 2011-2012 à 2016-2017. Les taux d'acceptation sont relativement stables tout au long de cette période. Pour ce qui est des nouvelles demandes, ils variaient entre 93 et 91 % pour la période de cinq ans allant de 2011-2012 et 2015-2016. En 2016-2017, ce taux est tombé à 89 %.

Figure 5 - Taux d'acceptation des demandes de crédit d'impôt pour personnes handicapées : fonctions mentales, soins thérapeutiques essentiels; toutes les activités; se nourrir et s'habiller



Source : Figure produite par l'auteur à l'aide de données obtenues de l'Agence du revenu du Canada, 2018.

Cependant, lorsque les données sont ventilées en fonction des limitations d'activité, on constate que les demandes liées aux limitations des fonctions mentales avaient constamment les taux d'acceptation les plus bas. Sur une période de six ans, les taux d'acceptation de ces demandes sont passés de 88 % en 2011-2012 à seulement 81 % en 2016-2017. Les taux d'acceptation des demandes touchant les limitations liées aux soins thérapeutiques essentiels étaient aussi systématiquement plus faibles, variant de 90 à 87 % durant la période visée.[19]

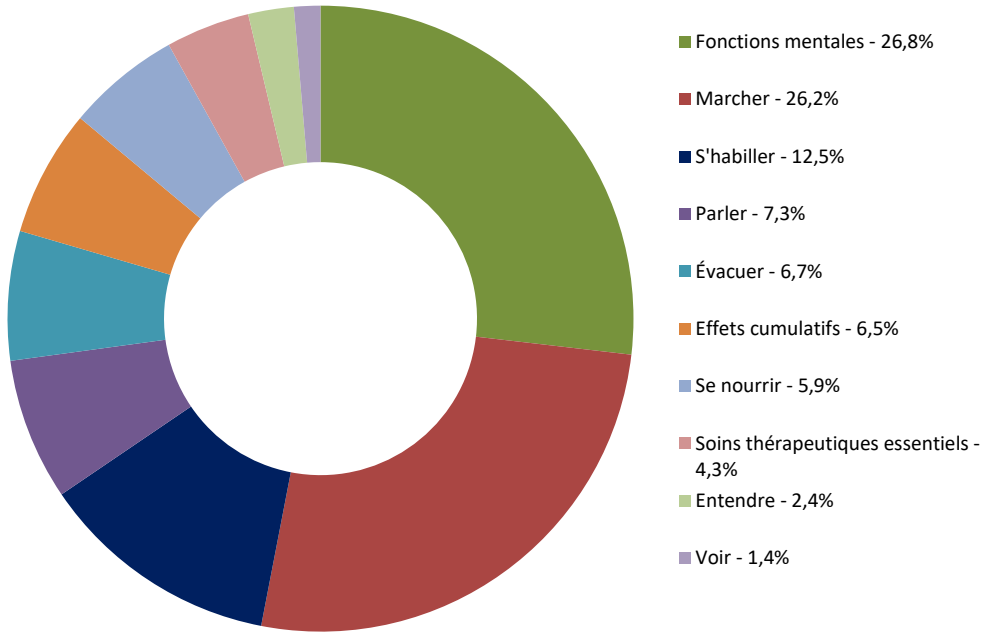
Les demandes touchant les limitations à l'activité consistant à s'habiller (qui sont souvent associées à des incapacités musculo-squelettiques ou causées par la douleur) et à se nourrir (alimentation par sonde) avaient le taux d'acceptation le plus élevé, soit de 97 à 94 % durant

[19] *Les personnes ayant une déficience neuro-développementale seraient incluses dans la catégorie des limitations d'activités liées aux fonctions mentales. Les personnes handicapées liées au diabète seraient incluses dans la catégorie des limitations d'activités liées au traitement de maintien de la vie.*

la période visée. Il est à noter que l'exercice 2016-2017 semble être en marge, puisque les taux d'acceptation étaient plus bas pour toutes les limitations d'activité, en particulier les activités liées aux fonctions mentales.

Selon les données, les personnes ayant des limitations liées aux fonctions mentales représentaient la plus importante catégorie de demandeurs au cours de cinq des six dernières années, même si le taux d'acceptation des demandes de cette nature était systématiquement plus faible. La figure 6 présente le nombre de demandeurs ayant obtenu le CIPH, selon les limitations d'activité. En 2016-2017, 27 % des bénéficiaires avaient des limitations liées aux fonctions mentales. En guise de comparaison, durant le même exercice, seulement 4,3 % des demandeurs étaient des personnes ayant des limitations d'activités associées à des soins thérapeutiques essentiels.

Figure 6 : Nombre total de personnes dont la demande de crédit d'impôt pour personnes handicapées a été approuvée, selon les activités courantes de la vie quotidienne, 2016-2017



Source : Figure produite par l'auteur à l'aide de données provenant de l'Agence du revenu du Canada, 2018.

Les témoins ont également informé le comité des obstacles importants auxquels se heurtent les personnes ayant des incapacités épisodiques, comme celles atteintes de la sclérose en plaques, lorsqu'elles cherchent à obtenir le CIPH. À l'heure actuelle, l'incapacité doit être présente pour une période continue d'au moins 12 mois. Cette exigence est problématique pour les personnes atteintes de maladies chroniques présentant des symptômes épisodiques. La sclérose en plaques, par exemple, est une maladie chronique dégénérative pour laquelle il n'existe aucun remède connu. Les symptômes peuvent apparaître et disparaître de façon imprévisible; ils peuvent être par moment très débilitants, puis s'estomper pendant un certain temps. Les critères actuels associés au CIPH ne tiennent pas compte de la réalité des personnes atteintes d'incapacités épisodiques imprévisibles, qui font pourtant face aux

mêmes difficultés que les autres personnes handicapées (coûts de vie élevés, difficultés financières et insécurité du revenu). De plus, puisqu'il faut être admissible au CIPH pour souscrire à un REEI, un grand nombre de personnes atteintes d'incapacités épisodiques n'ont pas accès à ce régime d'épargne.

Le comité s'est aussi fait dire que l'incapacité de « travailler » ne fait pas partie des activités courantes de la vie quotidienne ouvrant droit au crédit, ce qui empêche les personnes atteintes d'une incapacité neuro-développementale grave, d'incapacités épisodiques ou de problèmes de santé mentale d'accéder au CIPH.

3. Le crédit d'impôt pour personnes handicapées est appliqué de manière inutilement rigide, compliquée et coûteuse

Les témoins ont remis en question les critères d'admissibilité au CIPH fixés par l'ARC, qu'ils trouvent « rigides ». Par exemple, le seuil fixé pour les soins thérapeutiques essentiels est de 14 heures par semaine; les limitations liées à certains types d'activités (entendre, marcher, se nourrir) doivent être présente 90 % du temps. Des témoins ont expliqué qu'il s'agit là d'interprétations de la loi et que ces critères ne sont énoncés nulle part dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Les témoins ont expliqué que les personnes ayant une même incapacité ont des problèmes de santé et d'argent semblables, peu importe le temps qu'ils consacrent à leurs soins. Par exemple, une personne atteinte de diabète de type 1 doit vivre avec les mêmes limitations d'activités et assumer les mêmes coûts élevés liés à la prise de l'insuline, peu importe si elle consacre 10 ou 14 heures par semaine à ces soins. Ils ont également signalé que les jeunes adultes cessent souvent d'avoir droit au CIPH à l'âge de 18 ans, car on ne compte plus le temps des parents dans le calcul du nombre d'heures consacrées aux soins. Pourtant, dans la réalité, une seule chose a changé : la personne a eu 18 ans.

En outre, de nombreux témoins ont demandé s'il était vraiment approprié d'imposer des critères à leurs yeux rigides et souvent arbitraires à un segment de la population composé d'un grand nombre des citoyens les plus vulnérables. Ils ont expliqué que toutes les demandes doivent être accompagnées d'une attestation d'un professionnel de la santé. Pourtant, l'ARC se réserve le droit de remettre en question les descriptions des effets débilitants de l'incapacité formulées par des professionnels de la santé compétents, tant sur le formulaire T2201 que dans la lettre de clarification. Comme l'a déclaré Lembi Buchanan, « à moins qu'il existe une preuve irréfutable de fraude, l'ARC ne devrait pas avoir le pouvoir de faire fi de la preuve médicale attestée par des professionnels de la santé qualifiés qui agissent de bonne foi[20] ».

[20] *Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Témoignages, 42e législature, 1re session, 7 février 2018 (Lembi Buchanan).*

4. Les critères relatifs aux limitations d'activités associées aux fonctions mentales sont particulièrement problématiques

> *L'exigence visant la coexistence obligatoire de ces trois types de déficience – incapacité à résoudre des problèmes, à établir des objectifs et à poser des jugements appropriés – fait en sorte que les critères d'admissibilité applicables aux déficiences des fonctions mentales sont plus stricts que ceux applicables aux déficiences physiques.*
>
> Karen Cohen, chef de la direction,
> Société canadienne de psychologie

Les témoins ont expliqué que les personnes ayant des limitations physiques n'ont à démontrer qu'une seule limitation. Par exemple, une personne peut être considérée comme étant limitée de façon marquée dans sa capacité de marcher si elle ne peut pas marcher, peu importe le type ou le nombre d'incapacités l'empêchant de marcher. Par contre, une personne est considérée comme étant limitée de façon marquée sur le plan de ses fonctions mentales seulement si elle est atteinte simultanément de plusieurs déficiences (jugement, établissement d'objectifs, résolution de problèmes).

5. Les personnes atteintes d'une incapacité permanente doivent renouveler leur demande, ce qui leur impose un fardeau additionnel

Plusieurs témoins ont parlé du fardeau imposé aux personnes atteintes d'une incapacité permanente, qui doivent quand même renouveler leur demande de CIPH. Cette pratique administrative entraîne inutilement du stress, une perte de temps et des dépenses pour des personnes qui ont droit au crédit. Elle crée aussi des pressions pour la communauté médicale et le secteur public, puisque des professionnels de la santé qualifiés doivent remplir les formulaires, des fonctionnaires doivent traiter les demandes et des avocats du gouvernement doivent défendre les décisions faisant l'objet d'appels.

6. Les coûts liés à la présentation d'une demande sont un obstacle important à l'obtention du crédit

> *Ces personnes n'ont personne d'autre vers qui se tourner, à moins qu'elles ne soient prêtes à sacrifier le tiers de leur crédit d'impôt à des entreprises qui touchent des honoraires conditionnels ou à payer une facture salée en frais d'avocat.*
>
> Lembi Buchanan, Disability Tax Fairness Alliance

Parce qu'ils ne sont pas dédommagés par le système de santé pour le temps qu'ils consacrent à remplir le formulaire T2201 ou à rédiger une lettre de clarification, plusieurs médecins et infirmières réclament des frais au patient. Ces frais peuvent s'avérer trop élevés pour les personnes à faible revenu. De plus, le comité a appris que certaines entreprises privées

imposent des honoraires pouvant atteindre le tiers du remboursement d'impôt en échange de leur aide. Bien qu'elle ait obtenu la sanction royale le 29 mai 2014, la *Loi limitant les frais imposés par les promoteurs du crédit d'impôt pour personnes handicapées et apportant des modifications corrélatives à la Loi sur la Cour canadienne de l'impôt* n'est toujours pas entrée en vigueur. Des représentants de l'ARC ont informé le comité que l'on préparait des règlements, mais ils n'ont pas indiqué à quelle date la loi deviendrait applicable.

7. Le processus d'appel doit être plus transparent et plus humain

Les témoins ont également mentionné qu'il peut être difficile d'appeler d'une décision, parce que l'ARC ne remet pas aux demandeurs de documents au sujet du motif du refus. Dans son avis de détermination, l'Agence peut faire référence à des renseignements supplémentaires fournis par un professionnel de la santé compétent, mais elle ne remet pas une copie de cette information, même si celle-ci est essentielle pour interjeter appel.

Le comité a également appris que des personnes ayant droit au CIPH depuis de nombreuses années avaient récemment été jugées inadmissibles au moment du renouvellement de leur demande. Ces circonstances sont particulièrement pénibles pour les personnes ayant souscrit à un REEI. N'étant plus admissibles au CIPH, ces personnes doivent fermer leur REEI et rembourser toutes les subventions et tous les bons du gouvernement qui se sont accumulés, y compris les montants qui se sont accumulés durant les années d'admissibilité. De plus, l'avis de détermination n'informe pas les détenteurs de REEI que leur régime prendra fin en attendant l'appel à moins qu'ils prennent des mesures pour protéger leurs investissements durant le processus d'appel.

8. Il faut procéder de manière systématique et rigoureuse à la collecte de données et à l'évaluation du programme en tenant compte de paramètres importants tels que le sexe et le trouble de santé sous-jacent

En janvier 2018, l'ARC a publié des données statistiques sur le CIPH qui étaient ventilées selon les activités courantes de la vie quotidienne[21]. L'ARC a informé le comité que ces données n'exprimaient pas les troubles de santé sous-jacents et que la *Loi sur la protection des renseignements personnels* lui permettait uniquement de recueillir les données nécessaires à la gestion du crédit.

Les témoins étaient mécontents de la manière dont les données sur le CIPH sont saisies et présentées par l'ARC. À l'heure actuelle, ces données ne permettent pas de surveiller et d'évaluer efficacement le programme. Si le but du CIPH est d'aider un grand nombre des membres les plus vulnérables de notre société, le gouvernement, ainsi que les communautés de personnes handicapées et de chercheurs doivent avoir accès à des données établissant un lien entre la population des personnes handicapées et les avantages que procurent le crédit pour déterminer à quel point le CIPH permet d'aider la population ciblée.

[21] *Agence du revenu du Canada, Coup d'œil sur le crédit d'impôt pour personnes handicapées, dernière mise à jour le 7 mars 2018.*

Au cours de la présente étude, le comité a demandé aux représentants de l'ARC d'effectuer une analyse comparative entre les sexes du CIPH et de lui présenter les résultats de cette analyse dans un mémoire. Voici la réponse de l'ARC :

> *Sur la base de cette évaluation, elle a déterminé que ses données liées aux sexes n'étaient pas suffisamment fiables ou complètes pour mener une telle analyse pour le moment. L'ARC prévoit qu'une évaluation complète de l'ACS+ ne pourrait être menée qu'au printemps 2019.*
>
> Agence du revenu du Canada,
> Suivi de la comparution devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie[22]

9. Le rétablissement du Comité consultatif est un pas dans la bonne direction, mais il faut faire davantage

> *La sensibilisation et la consultation sont essentielles pour accomplir notre mission qui se résume fort simplement : offrir aux personnes handicapées admissibles les crédits et les prestations auxquels elles ont droit.*
>
> L'hon. Diane Lebouthillier, C. P.,
> députée, ministre du Revenu national

La plupart des témoins ont applaudi la décision de rétablir le Comité consultatif des personnes handicapées, estimant que cela est important pour bien communiquer les besoins des personnes handicapées à l'ARC et s'assurer que ces besoins sont pris en compte dans le cadre des activités de l'Agence. Ils ont toutefois soulevé certaines préoccupations concernant la composition et le mandat de ce comité.

Les témoins ont insisté sur la nécessité de modifier la *Loi de l'impôt sur le revenu* et de réformer les politiques. Ils ont fait valoir qu'il n'est pas possible de s'assurer que le CIPH fonctionne comme il se doit si le Comité consultatif peut seulement s'attacher à des questions d'application des programmes. Ils s'interrogeaient également sur la composition actuelle du Comité consultatif, se demandant s'il était vraiment représentatif de la diversité et des expériences de la communauté des personnes handicapées dans son ensemble. Par exemple, à l'heure actuelle, le Comité consultatif ne compte pas de représentants de groupes de personnes atteintes d'incapacités épisodiques ou d'incapacités neuro-développementales.

La ministre du Revenu national a affirmé qu'elle était disposée à discuter de la composition du Comité consultatif des personnes handicapées. Toutefois, elle ne donnerait pas de calendrier pour l'examen ou les ajouts à ses membres. Elle a ajouté qu'il est difficile de former

---

[22] *Voir le texte complet du mémoire sur le site-web du comité ici :* https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/SOCI/Briefs/follow-up_CdaRevAgency_b.pdf.

un comité qui est à la fois représentatif et de taille raisonnable étant donné la diversité au sein de la communauté des personnes handicapées. Elle a aussi indiqué qu'elle est prête à communiquer au ministre des Finances du Canada les conseils du Comité consultatif concernant l'examen de la loi.

B. Le Régime enregistré d'épargne-invalidité

Cette année, le REEI a 11 ans, et c'est l'un des régimes d'épargne les plus progressifs – sinon le plus progressif – au monde, expressément conçu pour les personnes handicapées.

Brendan Pooran, conseiller principal,
Association canadienne pour l'intégration communautaire

1. Plus de personnes doivent souscrire aux régimes enregistrés d'épargne-invalidité, et surtout les personnes handicapées à faible revenu

Le comité a appris que les REEI ont été créés pour aider à combattre la pauvreté. L'idée est venue de familles qui se sont regroupées, car elles s'inquiétaient du sort de leur proche handicapé, surtout dans le cas où le père et la mère décédaient ou devenaient infirmes et ne pouvaient plus en prendre soin[23]. Les objectifs pratiques à court terme étaient les suivants :

- permettre aux personnes handicapées de recevoir un soutien financier, y compris un soutien de leur famille, et d'accumuler des avoirs financiers sans pénalité, sans disposition de récupération ou sans devenir inadmissible à d'autres prestations du gouvernement;
- leur permettre aussi de recevoir ce revenu lorsqu'ils en ont le plus besoin, c'est-à-dire lorsqu'ils sont de jeunes adultes.

Le comité a également entendu que les objectifs à long terme des REEI étaient fondés sur une vision de la citoyenneté économique des personnes handicapées, soit :

- promouvoir la dignité, l'autonomie, la fierté, la confiance et l'estime de soi;
- éliminer les aspects terriblement démoralisants liés à l'aide sociale.

Le comité a entendu que les REEI ont été conçus dans l'esprit d'amener et d'habiliter les personnes handicapées et leur famille à y cotiser. Ils étaient vus comme la première étape d'un processus visant à assurer un revenu adéquat aux personnes atteintes d'incapacités graves. Certains témoins ont réitéré les recommandations formulées par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie dans son rapport de 2009 intitulé *Pauvreté, logement et itinérance : Les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*,

[23] Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Témoignages, 42e législature, 1re session, 7 février 2018 (Al Etmanski, boursier Ashoka, organisateur communautaire et innovateur social).

expliquant qu'il y a lieu d'établir un revenu de base ou un revenu garanti pour les personnes ayant de graves incapacités. Or, il reste beaucoup à faire malgré les progrès accomplis[24].

Le tableau 1 ci-dessous présente le taux de participation aux REEI en fonction du nombre de personnes admissibles au CIPH, étayant les vues des témoins selon lesquelles il faut faire davantage pour assurer la participation des personnes admissibles. En 2015, seulement 24,3 % des personnes admissibles au CIPH détenaient un REEI. Il ne faut pas oublier que les personnes admissibles au CIPH représentent moins de 40 % de la population de personnes atteintes d'incapacités graves.

Tableau 1 – Bénéficiaires de régimes enregistrés d'épargne-invalidité, par âge, sexe, langue et région, en tant que pourcentage des personnes admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées - 2015

	Bénéficiaires d'un REEI	Personnes admissibles au CIPH	Taux de participation
Âge			
De 0 à 18	32 833	199 612	16,40 %
De 19 à 34	38 323	127 339	30,10 %
De 35 à 49	36 707	116 290	31,60 %
Total	*107 863*	*443 241*	*24,30 %*
Sexe[1]			
Femmes	42 361	148 755	28,50 %
Hommes	65 502	242 976	27,00 %
Langue			
Anglais	96 614	373 434	25,90 %
Français	11 249	69 807	16,10 %
Région urbaine ou rurale[2]			
Urbain	94 733	366 837	25,80 %
Rural	13 130	76 404	17,20 %

Notes:
1. La variable de sexe dans l'ensemble de données du CIPH comporte des données manquantes. Par conséquent, le total du nombre de femmes et d'hommes admissibles au CIPH ne correspond pas au total des personnes admissibles au CIPH âgées de 0 à 49 ans.
2. La variable urbaine/rurale a été déterminée à partir du deuxième caractère de la région de tri d'acheminement (RTA) fournie, c'est-à-dire le premier segment du code postal (par exemple J8Z). Le deuxième caractère de ce segment est un chiffre de 0 à 9, où 0 indique une région rurale et les chiffres de 1 à 9 indiquent une région urbaine.

Source : Emploi et Développement social Canada, *Programme canadien d'épargne invalidité - Rapport statistique annuel 2015*, 18 janvier 2017

De plus, il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes qui détiennent un REEI. En 2015, 42 361 bénéficiaires étaient des femmes, comparativement à 65 502 pour les hommes. Enfin, le taux de participation chez les personnes admissibles de moins de 18 ans était seulement de 16,4 %.

[24] *Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Pauvreté, logement et itinérance : Les trois fronts de la lutte contre l'exclusion, 2009, p. 157.*

2. Les REEI pourraient mieux cibler les personnes les plus vulnérables

Les témoins ont également fait écho à un grand nombre des vues exprimées par le Comité sénatorial permanent des banques et du commerce en 2014 dans le rapport *Le Régime enregistré d'épargne-invalidité : Pourquoi n'est-il pas plus utile?*[25] Bien des personnes ne peuvent pas souscrire à un REEI en raison de restrictions liées à leur capacité légale, et ce même si le régime serait avantageux pour elles. Les membres de la famille sont déchirés : ils doivent choisir entre leur désir d'assurer la sécurité financière de leur proche et la stigmatisation et la restriction des droits fondamentaux à la liberté qui sont inévitables lorsque le proche fait officiellement l'objet d'une ordonnance de tutelle. Le comité s'est fait dire que le gouvernement fédéral doit collaborer avec les provinces et les territoires pour trouver une solution au problème de la capacité légale et harmoniser les lois. Même si des mesures sont prises pour régler la question, les personnes vulnérables qui n'ont pas la capacité légale de conclure une entente continuent d'être privées de participer au programme.

Par ailleurs, les témoins jugeaient beaucoup trop lourde la règle voulant que les cotisations, subventions et bons doivent demeurer dans le REEI pendant au moins 10 ans avant qu'une personne puisse effectuer un retrait sans pénalité. Le rapport de 2014 mentionnait d'ailleurs ce problème[26]. Les témoins ont clairement indiqué que le REEI n'a jamais été censé être un régime de retraite et qu'il existe d'autres mécanismes d'épargne à cette fin. Ils ont affirmé que le gouvernement doit faire confiance aux personnes handicapées et à leur famille pour dépenser leurs épargnes de manière judicieuse, au moment où elles en ont besoin, et qu'il doit leur donner les moyens de le faire.

Le comité a également entendu parler d'un modèle novateur en place en Colombie-Britannique, où des groupes d'action sur les REEI, formés de personnes handicapées et de membre de leurs familles, de groupes de défense des droits, d'avocats, de médecins, de fondations, d'institutions financières et de représentants du gouvernement, s'efforcent de régler les problèmes liés aux programmes existants, car mêmes les programmes les mieux conçus et les mieux mis en œuvre doivent être revus et modifiés pour tenir compte des besoins changeants de la population.

3. Le CIPH ne devrait pas être le seul mécanisme ouvrant droit aux REEI

> *[…] il faut coordonner et partager l'information entre les programmes de soutien du revenu, y compris l'harmonisation des critères d'admissibilité dans toute la gamme des mesures de soutien du revenu disponibles.*
>
> Benjamin Davis, vice-président national, Relations avec les gouvernements, et président, Division de l'Atlantique, Société canadienne de la sclérose en plaques

[25] *Pour plus de renseignements sur la capacité juridique, voir : Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, Le Régime enregistré d'épargne-invalidité : Pourquoi n'est-il pas plus utile?, 2014.*
[26] *Ibid*.

Le comité a entendu qu'il est trop restrictif d'exiger qu'une personne soit admissible au CIPH et que cela contribuait au faible taux de participation aux REEI. Les témoins ont fait remarquer que les provinces et les territoires offrent également d'importants programmes de soutien aux personnes handicapées. L'admissibilité à ces programmes repose sur des processus rigoureux nécessitant une attestation de la part de professionnels de la santé. Il est possible de faire plus pour améliorer la coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces pour ce qui est des demandes d'accès à des programmes de soutien aux personnes handicapées (p. ex. ils pourraient convenir d'utiliser des demandes conjointes ou reconnaître les décisions rendues par d'autres gouvernements). Il faut aussi accroître la coopération pour mieux sensibiliser les gens au sujet des REEI et encourager les personnes handicapées et les familles admissibles à des programmes de soutien provinciaux à souscrire à des REEI.

RECOMMANDATIONS

> *Peut-être qu'on revient ainsi à la question du court et du long terme. Il y a des choses qu'on peut essayer d'obtenir à court terme, pour mettre en œuvre ces améliorations et pour qu'elles soient justes et cohérentes pour les bénéficiaires […]. Et, à long terme, peut-être avons-nous besoin de modifications législatives.*
>
> David Prowten, président et chef de la direction,
> Fondation de la recherche sur le diabète juvénile au Canada

Au cours de l'étude, il est clairement apparu au comité que le CIPH et les REEI offraient un soutien essentiel aux personnes handicapées et à leur famille et qu'il faut faire plus pour veiller à ce que les personnes admissibles qui en ont besoin puissent y accéder.

Le comité reconnaît les travaux importants réalisés par le Comité sénatorial permanent des banques et du commerce et lui-même dans les rapports *Le Régime enregistré d'épargne-invalidité : Pourquoi n'est-il pas plus utile?*, *Pauvreté, logement et itinérance : Les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*, et *Réduire les obstacles à l'inclusion et à la cohésion sociales : Pour lutter contre la marginalité*. Ces rapports, qui traitent de questions fondamentales touchant l'intégration économique des personnes handicapées, jettent les bases de la présente étude sur le CIPH et les REEI.

Même si certaines des recommandations contenues dans ces rapports ont été mises en œuvre (p. ex. améliorer les efforts de communication relatifs au REEI et continuer à appuyer la participation des personnes handicapées sur le marché du travail et exiger la production de

données à ce sujet), des témoins ont rappelé au comité que d'autres recommandations importantes ne se sont pas encore concrétisées[27].

Dans la foulée des travaux réalisés par le passé, le comité présente les recommandations ci-dessous. Certaines proposent des mesures à court terme, c'est-à-dire que le gouvernement devrait agir dès maintenant, tandis que d'autres, qui n'en sont pas moins urgentes, nécessiteront des réformes en profondeur.

A. Mesures pouvant être prises dès maintenant

Nous devons continuer à simplifier et à expliquer le processus à l'ensemble des Canadiens handicapés.

Kimberley Hanson, directrice, Affaires fédérales, Diabète Canada

1. Comité consultatif des personnes handicapées

Le comité a entendu que le rétablissement du Comité consultatif des personnes handicapées représente un pas dans la bonne direction. Lors de sa comparution, la ministre Lebouthillier a reconnu que l'ARC doit consulter plus souvent et plus systématiquement les personnes handicapées et tenir compte des conseils et des renseignements reçus dans le cadre de ses activités. Le comité craint toutefois que la structure, la composition et le mandat du Comité consultatif ne soient pas suffisamment larges pour permettre à ce comité de s'attaquer aux réformes nécessaires. Pour permettre au Comité consultatif des personnes handicapées d'aider le gouvernement dans ses efforts, le comité recommande :

Recommandation 1 :

Que le ministre du Revenu national intervienne pour que le Comité consultatif des personnes handicapées :

- soit plus représentatif de la diversité de la communauté des personnes handicapées dans son ensemble;
- compte des représentants des communautés des personnes atteintes d'incapacités neurodéveloppementales et d'incapacités épisodiques;
- ait un mandat plus large lui permettant entre autres de fournir au gouvernement des conseils sur les améliorations administratives, stratégiques et législatives touchant le crédit d'impôt pour

[27] *Pour plus de renseignements sur les recommandations touchant les personnes handicapées et les témoignages entendus par les comités sénatoriaux permanents, voir : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Pauvreté, logement et itinérance : Les trois fronts de la lutte contre l'exclusion, 2009, p. 148-160, et Réduire les obstacles à l'inclusion et à la cohésion sociales : Pour lutter contre la marginalité, 2013, p. 100-107; et Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, Le Régime enregistré d'épargne-invalidité : Pourquoi n'est-il pas plus utile?, 2014.*

personnes handicapées et les régimes enregistré d'épargne-invalidité;
- soit consulté avant que des changements importants soient apportés à l'application du crédit d'impôt pour personnes handicapées et les régimes enregistré d'épargne-invalidité;

2. *Processus de demande du crédit d'impôt pour personnes handicapées*

Le comité reconnaît que le processus de demande actuel pose trop d'obstacles pour les personnes atteintes d'incapacités graves, ce qui les empêche d'accéder à des crédits auxquels elles ont pourtant droit. Dans le but bien précis de réduire les coûts que doivent engager les personnes handicapées qui remplissent une demande de crédit d'impôt pour personnes handicapées, le comité recommande :

Recommandation 2 :

Que le gouvernement du Canada :

- mette en vigueur la loi limitant les frais que peuvent imposer les fournisseurs de services pour remplir la demande de crédit d'impôt pour personnes handicapées;
- augmente le financement offert aux organismes à but non lucratif qui aident les personnes handicapées à remplir les demandes de crédit d'impôt pour personnes handicapées ou à ouvrir un régime enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 3 :

Que le ministre des Finances revoit les critères d'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées de manière :

- à ne plus exiger qu'une personne présente à la fois des déficiences sur les plans du jugement, de l'établissement d'objectifs et de la résolution de problèmes pour avoir droit au crédit;
- à inclure le travail à titre d'activité courante de la vie quotidienne;
- à passer en revue les lignes directrices administratives qui ne sont pas clairement énoncées dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour qu'elles tiennent mieux compte de la réalité des personnes ayant des incapacités graves et pour qu'elles ne soient pas inutilement restrictives. Entre autres, il faudrait énoncer que la personne doit consacrer au moins 14 heures par semaine aux soins thérapeutiques essentielles.

3. *Processus d'examen et d'appel liés au crédit d'impôt pour personnes handicapées*

Les témoins ont attiré l'attention du comité sur certains aspects du processus d'examen et d'appel qui engendrent un fardeau, des coûts et du stress inutiles pour les personnes handicapées qui tentent de naviguer un programme complexe et des exigences administratives rigides. C'est particulièrement vrai pour les personnes ayant une incapacité permanente. Par conséquent, le comité recommande :

Recommandation 4 :

Que le ministre des Finances passe en revue les règles relatives au crédit d'impôt pour personnes handicapées afin de mieux reconnaître le caractère permanent de certaines incapacités physiques et mentales et de mettre fin à l'obligation, pour les personnes concernées, de présenter une nouvelle demande.

Recommandation 5 :

Que le ministre du Revenu national examine le processus d'appel actuel dans le but de créer un processus simple, rapide, transparent et raisonné qui donne aux demandeurs accès à tous les renseignements requis (y compris le motif précis du refus de la demande) et tous les documents nécessaires (incluant des copies de tous les renseignements présentés par les professionnels de la santé dans le cadre de leur demande).

Recommandation 6 :

Que les ministres des Finances et du Revenu national prennent les mesures nécessaires pour s'assurer que les personnes puissent conserver toutes les cotisations versées dans leurs régimes enregistré d'épargne-invalidité durant les périodes où elles étaient admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées.

4. *Élargissement de l'accès au Régime enregistré d'épargne-invalidité*

Le comité appuie lui aussi les initiatives qui peuvent, à court terme, avoir un effet très positif sur la vie des personnes handicapées. Plus précisément, le comité croit qu'un plus grand nombre de personnes handicapées devraient pouvoir souscrire à un REEI et que les règles concernant les retraits à ces régimes devraient être plus souples. Dans ce but, le comité recommande :

Recommandation 7 :

Que le gouvernement du Canada commence dès aujourd'hui à collaborer avec les provinces et les territoires afin de modifier les lois touchant la capacité et la représentation légales pour s'assurer que toutes les

personnes âgées de 18 ans et plus atteintes d'incapacités admissibles puissent souscrire à un régime enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 8 :

Que le ministre des Finances prennent les mesures qui s'imposent pour réduire de dix à cinq ans le délai entre la dernière subvention ou le dernier bon versés par le gouvernement et le moment où le bénéficiaire peut commencer à retirer des fonds de son régime enregistré d'épargne-invalidité sans avoir à rembourser une partie de ces cotisations fédérales.

Recommandation 9 :

Que le ministre des Finances prennent les mesures nécessaires pour ne plus limiter l'accès aux régimes enregistrés d'épargne-invalidité aux personnes ayant droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées afin de permettre la participation de personnes atteintes d'incapacités graves qui sont admissibles à des programmes provinciaux et territoriaux de soutien aux personnes handicapées.

5. Données et évaluation des programmes

Le comité est reconnaissant du soutien apporté par la ministre du Revenu et les représentants de l'ARC qui, tout au long de l'étude, ont répondu à ses questions et lui ont fourni les données disponibles concernant l'application du CIPH. Il reconnaît toutefois que l'ARC est tenu par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* de recueillir seulement les renseignements dont elle a besoin pour gérer le CIPH. Il a été heureux d'apprendre qu'un dirigeant principal des données avait été nommé récemment pour étudier les problèmes liés à la qualité des données. Le comité se sent néanmoins obligé d'attirer l'attention sur la responsabilité de l'ARC d'évaluer dans quelle mesure le CIPH réussit à atteindre les groupes ciblés et de surveiller si les gens sont au courant du CIPH et y ont accès. Cette responsabilité est particulièrement importante puisque l'admissibilité au CIPH ouvre droit à d'autres programmes. Pour ces raisons, le comité recommande :

Recommandation 10 :

Que le ministre du Revenu national et le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social travaillent ensemble afin de :

- mettre au point une stratégie visant à recueillir et à organiser des données;
- se servir des données administratives et d'enquêtes pour évaluer si le crédit d'impôt pour personnes handicapées et le

régime enregistré d'épargne-invalidité permettent d'atteindre les groupes ciblés;

- déterminer les prochaines étapes en vue d'améliorer l'accès à ces programmes en portant une attention particulière aux groupes vulnérables (soit les femmes, les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les membres de la communauté LGBTQ2, les Autochtones, les Métis et les Inuits) et à l'intersectionnalité entre les groupes vulnérables.

B. À plus long terme

Il faut qu'un important changement de philosophie s'opère, car il s'agit d'enfants, de personnes incapables de parler ou de se défendre et qui sont […] dans une situation de détresse financière.
On les traite de la même façon qu'une personne qui veut déduire une grosse facture de restaurant et dont on ne sait pas s'il s'agit vraiment d'un souper d'affaires.

Dermot Cleary, Autisme Canada

1. Gestion des programmes de soutien du revenu pour personnes handicapées

Plusieurs témoins ont expliqué au comité qu'une approche toute différente s'impose si l'on veut comprendre et offrir des programmes de soutien aux personnes handicapées, qu'il ne faut pas agir comme s'il s'agissait d'un code fiscal. Les personnes handicapées font partie des membres les plus vulnérables de la société. Les programmes s'adressant à cette population doivent être conviviaux. Ils doivent être administrés de manière à permettre aux personnes d'accéder aux avantages qui en découlent, car ils en ont besoin. Pour que ces programmes soient gérés de manière efficace et humaine, il faut mettre en place un processus systématique permettant aux personnes handicapées et à leur famille de participer à leur conception, élaboration et administration. Il faut également que le gouvernement reconnaisse et accepte l'expertise des professionnels de la santé qualifiés, à moins qu'il y ait des preuves incontestables de fraude. Ainsi, le comité recommande :

Recommandation 11:

Que le ministre du Revenu national et le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social unissent leurs efforts pour transférer à Emploi et Développement social Canada la responsabilité d'évaluer l'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées et au régime enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 12:

Que le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social étudie et adopte un modèle de participation, comme celui des « groupes d'action sur les régimes enregistrés d'épargne-invalidité », afin de mettre en place une démarche qui permet systématiquement aux personnes handicapées et à leur famille, ainsi qu'à d'autres intervenants, d'éclairer et d'améliorer les programmes fédéraux.

Recommandation 13:

Que le ministre des Finances et le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social travaillent en étroite collaboration avec les autres ordres de gouvernement afin d'harmoniser les processus de demandes relatifs à des programmes de soutien pour personnes handicapées.

2. Le problème de la pauvreté

Nous devons maintenant surpasser le bond audacieux qu'a constitué le régime enregistré d'épargne-invalidité […]. Une discussion sérieuse s'impose sur la profonde question de la pauvreté et des personnes handicapées. Occupons-nous-en, et, d'après moi, la question de l'invalidité commencera à se résorber d'elle-même.

Al Etmanski, boursier Ashoka et organisateur communautaire

Le comité a bien compris que, depuis trop longtemps, un trop grand nombre personnes handicapées vivent dans une pauvreté qui perdure. Cela doit changer. Le comité recommande donc :

Recommandation 14:

Que le ministre des Finances présente un projet de loi pour faire du crédit d'impôt pour personnes handicapées un crédit remboursable et qu'il travaille en coordination avec les provinces et les territoires pour faire en sorte que les revenus provenant de ce crédit soient exemptés pour les personnes handicapées vivant de l'aide sociale.

Recommandation 15:

Que le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social prenne des mesures pour mettre en place un système d'adhésion automatique aux régimes enregistrés d'épargne-invalidité dès qu'une personne devient admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées ou à un programme provincial ou territorial équivalent d'aide aux personnes handicapées.

Recommandation 16:

Que le ministre des Finances travaille de concert avec le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social pour établir un revenu annuel de base garanti pour les personnes ayant de graves incapacités.

ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1:

Que le ministre du Revenu national intervienne pour que le Comité consultatif des personnes handicapées :

- soit plus représentatif de la diversité de la communauté des personnes handicapées dans son ensemble;
- compte des représentants des communautés des personnes atteintes d'incapacités neurodéveloppementales et d'incapacités épisodiques;
- ait un mandat plus large lui permettant entre autres de fournir au gouvernement des conseils sur les améliorations administratives, stratégiques et législatives touchant le crédit d'impôt pour personnes handicapées et les régimes enregistré d'épargne-invalidité;
- soit consulté avant que des changements importants soient apportés à l'application du crédit d'impôt pour personnes handicapées et les régimes enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 2:

Que le gouvernement du Canada :

- mette en vigueur la loi limitant les frais que peuvent imposer les fournisseurs de services pour remplir la demande de crédit d'impôt pour personnes handicapées;
- augmente le financement offert aux organismes à but non lucratif qui aident les personnes handicapées à remplir les demandes de crédit d'impôt pour personnes handicapées ou à ouvrir un régime enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 3:

Que le ministre des Finances revoit les critères d'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées de manière :

- à ne plus exiger qu'une personne présente à la fois des déficiences sur les plans du jugement, de l'établissement d'objectifs et de la résolution de problèmes pour avoir droit au crédit;
- à inclure le travail à titre d'activité courante de la vie quotidienne;
- à passer en revue les lignes directrices administratives qui ne sont pas clairement énoncées dans la Loi de l'impôt sur le revenu pour qu'elles tiennent mieux compte de la réalité des personnes ayant des incapacités graves et pour qu'elles ne soient pas inutilement restrictives. Entre autres, il faudrait énoncer que la personne doit

consacrer au moins 14 heures par semaine aux soins thérapeutiques essentielles.

Recommandation 4:

Que le ministre des Finances passe en revue les règles relatives au crédit d'impôt pour personnes handicapées afin de mieux reconnaître le caractère permanent de certaines incapacités physiques et mentales et de mettre fin à l'obligation, pour les personnes concernées, de présenter une nouvelle demande.

Recommandation 5:

Que le ministre du Revenu national examine le processus d'appel actuel dans le but de créer un processus simple, transparent et raisonné qui donne aux demandeurs accès à tous les renseignements requis (y compris le motif précis du refus de la demande) et tous les documents nécessaires (incluant des copies de tous les renseignements présentés par les professionnels de la santé dans le cadre de leur demande).

Recommandation 6:

Que les ministres des Finances et du Revenu national prennent les mesures nécessaires pour s'assurer que les personnes puissent conserver toutes les cotisations versées dans leurs REEI durant les périodes où elles étaient admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées.

Recommandation 7:

Que le gouvernement du Canada commence dès aujourd'hui à collaborer avec les provinces et les territoires afin de modifier les lois touchant la capacité et la représentation légales pour s'assurer que toutes les personnes âgées de 18 ans et plus atteintes d'incapacités admissibles puissent souscrire à un régime enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 8:

Que le ministre des Finances prennent les mesures qui s'imposent pour réduire de dix à cinq ans le délai entre la dernière subvention ou le dernier bon versés par le gouvernement et le moment où le bénéficiaire peut commencer à retirer des fonds de son régime enregistré d'épargne-invalidité sans avoir à rembourser une partie de ces cotisations fédérales.

Recommandation 9:

Que le ministre des Finances prennent les mesures nécessaires pour ne plus limiter l'accès aux régimes enregistrés d'épargne-invalidité aux personnes ayant droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées afin de permettre la participation de personnes atteintes d'incapacités graves qui sont admissibles à des programmes provinciaux et territoriaux de soutien aux personnes handicapées.

Recommandation 10:

Que le ministre du Revenu national et le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social travaillent ensemble afin de :

- mettre au point une stratégie visant à recueillir et à organiser des données;
- se servir des données administratives et d'enquêtes pour évaluer si le crédit d'impôt pour personnes handicapées et le régime enregistrés d'épargne-invalidité permettent d'atteindre les groupes ciblés;
- déterminer les prochaines étapes en vue d'améliorer l'accès à ces programmes en portant une attention particulière aux groupes vulnérables (soit les femmes, les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les membres de la communauté LGBTQ2, les Autochtones, les Métis et les Inuits) et à l'intersectionnalité entre les groupes vulnérables.

Recommandation 11:

Que le ministre du Revenu national et le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social unissent leurs efforts pour transférer à Emploi et Développement social Canada la responsabilité d'évaluer l'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées et au régime enregistré d'épargne-invalidité.

Recommandation 12:

Que le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social étudie et adopte un modèle de participation, comme celui des « groupes d'action sur les régimes enregistrés d'épargne-invalidité », afin de mettre en place une démarche qui permet systématiquement aux personnes handicapées et à leur famille, ainsi qu'à d'autres intervenants, d'éclairer et d'améliorer les programmes fédéraux.

Recommandation 13:

Que le ministre des Finances et le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social travaillent en étroite collaboration avec les autres ordres de gouvernement afin d'harmoniser les processus de demandes relatifs à des programmes de soutien pour personnes handicapées.

Recommandation 14:

Que le ministre des Finances présente un projet de loi pour faire du crédit d'impôt pour personnes handicapées un crédit remboursable et qu'il travaille en coordination avec les provinces et les territoires pour faire en sorte que les revenus provenant de ce crédit soient exemptés pour les personnes handicapées vivant de l'aide sociale.

Recommandation 15:

Que le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social prenne des mesures pour mettre en place un système d'adhésion automatique aux régimes enregistrés d'épargne-invalidité dès qu'une personne devient admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées ou à un programme provincial ou territorial équivalent d'aide aux personnes handicapées.

Recommandation 16:

Que le ministre des Finances travaille de concert avec le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social pour établir un revenu annuel de base garanti pour les personnes ayant de graves incapacités.

ANNEXE 2 : LISTE DES TÉMOINS

Le jeudi 1er février 2018	
Autism Canada	Dermot Cleary, président du conseil d'administration
Diabète Canada	Kimberley Hanson, directrice, Affaires fédérales
Société canadienne de la sclérose en plaques	Benjamin Davis, vice-président national des Relations avec les gouvernements, et président, Division de l'Atlantique
Société canadienne de psychologie	Karen Cohen, chef de la direction
Disability Tax Fairness Alliance	Lembi Buchanan, ancienne co-présidente
The Maytree Foundation	Michael Mendelson, agrégé de recherche
Le mercredi 7 février 2018	
À titre personnel	Al Etmanski, boursier Ashoka, organisateur communautaire et innovateur social
Fondation de recherche sur le diabète juvénile	Patrick Tohill, directeur, Relations gouvernementales; David Prowten, président et chef de la direction
Association canadienne pour l'intégration communautaire	Brendon Pooran, conseiller principal
Le jeudi 8 février 2018	
Agence du revenu du Canada	L'honorable Diane Lebouthillier, C.P., députée, ministre du Revenu national Nancy Chahwan, commissaire déléguée Frank Vermaeten, sous-commissaire et co-président du Comité consultatif des personnes

	handicapées.
Emploi et Développement social Canada	Krista Wilcox, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées
Ministère des Finances Canada	Pierre Leblanc, directeur général, Division de l'impôt des particuliers, Direction de la politique de l'impôt; Lesley Taylor, directrice, Politique sociale de l'impôt.

ANNEXE 3 : MÉMOIRES

- Autism Canada
- Institut national canadien pour les aveugles
- *Diabète Canada*
- *Disability Tax Fairness Alliance*
- Maytree Foundation
- Marin, Josée
- Agence du revenue du Canada (ARC)

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE DEMANDE T2221 : CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

http://www.cra-arc.gc.ca/F/pbg/tf/t2201/t2201-16f.pdf

Agence du revenu du Canada | Canada Revenue Agency

6729
Protégé B
une fois rempli

Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Utilisez ce formulaire pour demander le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). L'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité au CIPH. Allez à « Renseignements généraux » à la page 6 pour en savoir plus.

Étape 1 – Remplissez et signez les sections de la partie A qui s'appliquent à vous.

Étape 2 – Demandez à un professionnel de la santé de remplir et d'attester la partie B.

Étape 3 – Envoyez le formulaire à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Partie A – À remplir par le contribuable

Section 1 – Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale | Nom de famille | Numéro d'assurance sociale

Adresse postale (App – n° et rue, CP, RR)

Ville | Province ou territoire | Code postal | Date de naissance : Année Mois Jour

Section 2 – Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différente de celle ci-dessus)

Prénom et initiale | Nom de famille | Numéro d'assurance sociale

La personne handicapée est : ☐ mon époux/conjoint de fait ☐ la personne à ma charge (précisez) :

Répondez aux questions suivantes pour **toutes** les années où vous demandez le montant pour personnes handicapées pour cette personne.

1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? Oui ☐ Non ☐

   Si **oui**, pour quelle(s) année(s)?

2. Si vous avez répondu **non** à la question 1, la personne handicapée dépend-elle de vous pour au moins un des besoins fondamentaux de façon régulière et constante (tels que la nourriture, le logement ou l'habillement)? Oui ☐ Non ☐

   Si **oui**, pour quelle(s) année(s)?

Donnez des précisions au sujet du soutien **régulier** et **constant** que vous fournissez à la personne handicapée concernant la nourriture, le logement et l'habillement (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée). Nous pourrions vous demander de nous fournir des reçus ou d'autres documents à l'appui afin de soutenir votre demande.

Section 3 – Modifier votre déclaration de revenus et de prestations

Lorsque l'admissibilité est approuvée, l'ARC peut modifier vos déclarations pour toutes les années applicables afin d'inclure le montant pour personnes handicapées pour **vous-même** ou la **personne à votre charge de moins de 18 ans**. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*.

☐ Oui, je veux que l'ARC modifie ma ou mes déclarations, si possible. ☐ Non, je ne veux pas de modification.

Section 4 – Autorisation

En tant que **personne handicapée** ou son **représentant légal**, j'autorise les actions suivantes :

- Le ou les professionnel(s) de la santé peuvent fournir les renseignements de leur dossiers médicaux à l'ARC ou discuter des renseignements de ce formulaire.
- L'ARC peut modifier mes déclarations, selon le cas, si la case « Oui » a été cochée à la section 3.

Signez ici : | Téléphone | Année Mois Jour

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* afin d'administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la *Loi* telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale ou territoriale, ou vérifiés auprès de celles-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à **arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html** et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 218.

T2201 F (16) (You can get this form in English at cra.gc.ca/forms or by calling **1-800-959-8281**.) Canada

Nom du patient : _____

Partie B – À remplir par le professionnel de la santé

Étape 1 – Remplissez **seulement** la ou les sections des pages 2 à 4 qui s'appliquent à votre patient. Chaque catégorie indique quels professionnels de la santé peuvent attester les renseignements contenus dans cette partie.

Remarque
Que vous remplissiez ce formulaire pour un enfant ou un adulte, évaluez votre patient par rapport à une personne du même âge qui n'a pas de déficience.

Étape 2 – Remplissez les sections « **Effets de la déficience** », « **Durée** » et « **Attestation** » à la page 5. Si d'autres renseignements sont requis, l'Agence du revenu du Canada (ARC) pourrait communiquer avec vous.

L'admissibilité au CIPH est basée sur les effets de la déficience et non sur la condition médicale. Pour lire les définitions et obtenir des exemples de déficiences qui pourraient être admissibles au CIPH, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*. Pour en savoir plus, allez à **arc.gc.ca/professionnelssanteciph**.

Voir – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou optométriste

Votre patient est considéré **aveugle** si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas :

- l'acuité visuelle de ses **deux** yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen (ou l'équivalent);
- le plus grand diamètre du champ de vision de ses **deux** yeux est de 20 degrés ou moins.

1. Votre patient est-il **aveugle**, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

   Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu aveugle (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année _____

2. Quelle est l'acuité visuelle de votre patient **après correction**? œil droit _____ œil gauche _____

3. Quel est le champ de vision de votre patient **après correction** (en degrés si possible)? œil droit _____ œil gauche _____

Parler – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou orthophoniste

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de parler (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année _____

Entendre – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou audiologiste

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre si, même avec des appareils appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'entendre (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année _____

Marcher – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées), ergothérapeute ou physiothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour marcher;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de marcher (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année _____

Nom du patient : _____

Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) – Médecin ou infirmier praticien (selon les modifications proposées)

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou vésicales;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'évacuer (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année ____

Se nourrir – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou ergothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour se nourrir lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Se nourrir **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer de la nourriture.

Se nourrir **inclut** la préparation de la nourriture, **sauf** lorsqu'elle est liée à des restrictions alimentaires ou à une diète, même lorsque ces restrictions alimentaires ou cette diète sont dues à une maladie ou à une condition médicale.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année ____

S'habiller – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou ergothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'habiller lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

S'habiller **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer des vêtements.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de s'habiller (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année ____

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou psychologue

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (décrites ci-dessous) si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation) et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour effectuer lui-même ces fonctions;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent :

- l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt);
- la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs **et** le jugement, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés).

Remarque
Une limitation concernant la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs ou le jugement qui limite de façon marquée l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), serait admissible.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, tel que décrit ci-dessus? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année ____

Nom du patient : _____

Protégé B
une fois rempli

Soins thérapeutiques essentiels – Médecin ou infirmier praticien (selon les modifications proposées)

Les soins thérapeutiques essentiels pour votre patient doivent répondre aux **deux** critères suivants :

- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent ses symptômes;
- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine.

Le critère des 14 heures par semaine

Incluez seulement le temps que votre patient doit consacrer à la thérapie, c'est-à-dire qu'il doit interrompre ses activités normales et quotidiennes afin de la suivre.

Si un enfant ne peut pas faire les activités liées à la thérapie en raison de son âge, **incluez** le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant à faire et à surveiller ces activités.

N'incluez pas le temps que prend un appareil portatif ou implanté pour administrer les soins thérapeutiques, le temps consacré à des activités liées à l'observation d'une diète ou au respect de certaines restrictions alimentaires (comme le calcul des glucides) ou l'exercice physique (même lorsque ces activités sont des facteurs dans le calcul de la dose quotidienne de médicaments), le temps de déplacement, les rendez-vous médicaux (autres que les rendez-vous lors desquels votre patient suit la thérapie), le temps passé à l'achat de médicament ou le temps de récupération après les soins thérapeutiques.

1. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques **pour maintenir une fonction vitale**? Oui ☐ Non ☐
2. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **3 fois par semaine**? Oui ☐ Non ☐
3. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **14 heures par semaine**? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, en quelle année les soins thérapeutiques de votre patient ont-ils commencé à remplir ces critères (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année ____

Il est **obligatoire** que vous décriviez en quoi les soins thérapeutiques répondent aux critères énoncés ci-dessus. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signé.

Effet cumulatif des limitations considérables – Médecin, infirmier praticien (selon les modifications proposées) ou ergothérapeute

Remarque : Les ergothérapeutes peuvent seulement attester les limitations pour marcher, se nourrir et s'habiller.

Répondez à **toutes** les questions ci-dessous pour attester l'effet cumulatif des limitations de votre patient.

1. Même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, votre patient est-il **limité considérablement** par sa déficience, sans être **limité de façon marquée**, dans **deux** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne ou dans la capacité de **voir** et dans **une** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne? Oui ☐ Non ☐

   Si **oui**, cochez au moins **deux** cases qui s'appliquent à votre patient.

   ☐ voir ☐ parler ☐ entendre ☐ marcher
   ☐ évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) ☐ se nourrir ☐ s'habiller ☐ fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

   Remarque
   Vous **ne pouvez pas** inclure le temps passé à recevoir des soins thérapeutiques essentiels.

2. Ces limitations sont-elles présentes **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) en même temps? Oui ☐ Non ☐
3. L'effet cumulatif de ces limitations considérables correspond-il à être **limité de façon marquée** dans **une** activité courante de la vie quotidienne? Oui ☐ Non ☐
4. Quand l'effet cumulatif décrit ci-dessus a-t-il commencé (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année ____

Protégé B
une fois rempli

Nom du patient : _____

Effets de la déficience – Obligatoire

Les effets de la déficience de votre patient sont ceux qui font qu'il est **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) limité, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarque
Le travail, les travaux ménagers, la gestion d'un compte bancaire et les activités sociales ou récréatives **ne sont pas** considérés comme des activités courantes de la vie quotidienne. Les activités courantes de la vie quotidienne comprennent marcher, parler, entendre, s'habiller, se nourrir, l'évacuation intestinale ou vésicale, et les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.

Il est **obligatoire** que vous décriviez les effets de la déficience de votre patient sur sa capacité de faire **chacune** des activités courantes de la vie quotidienne que vous avez indiquée comme étant « limitée de façon marquée » ou « limitée considérablement ». Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signé. Vous pouvez inclure des copies de rapports médicaux, d'examens diagnostiques ou de tout autre renseignement médical, au besoin.

Durée – Obligatoire

La déficience de votre patient a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Pour les patients décédés, était-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience dure au moins 12 mois consécutifs? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, la déficience s'est-elle améliorée, ou peut-on s'attendre à ce qu'elle s'améliore, de sorte que le patient ne soit plus aveugle, limité de façon marquée, n'ait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels ou n'ait plus l'équivalent d'une limitation marquée à cause de l'effet cumulatif des limitations considérables? Incertain ☐ Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, indiquez l'année de l'amélioration réelle ou prévue. Année ____

Attestation – Obligatoire

1. Pour quelle(s) année(s) avez-vous été le professionnel de la santé traitant de votre patient? _____
2. Avez-vous des renseignements au dossier à l'appui de la ou des limitations pour chaque année que vous avez attestées sur ce formulaire? Oui ☐ Non ☐

Cochez la case qui s'applique à vous :

☐ Médecin ☐ Infirmier praticien ☐ Optométriste ☐ Ergothérapeute
☐ Audiologiste ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité de mon patient au CIPH.

Signez ici : _____
Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées)

Date : Année Mois Jour

Téléphone

Adresse

Renseignements généraux

Qu'est-ce que le CIPH?

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer. Le montant pour personnes handicapées pourrait être demandé une fois que la personne handicapées est admissible au CIPH. Ce montant comprend un supplément pour une personne ayant moins de 18 ans à la fin de l'année. Être admissible à ce crédit pourrait vous permettre d'accéder à d'autres programmes.

Pour en savoir plus, allez à **arc.gc.ca/ciph** ou consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*.

Êtes-vous admissible?

Vous êtes admissible au CIPH seulement si nous approuvons votre demande. En utilisant ce formulaire, un professionnel de la santé doit indiquer et attester que vous avez une déficience grave et prolongée et en décrire les effets.

Pour savoir si vous **pourriez être admissible** au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*. Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que la période d'approbation précédente soit terminée ou que nous vous demandions de le faire. **Vous devriez nous aviser si votre condition médicale s'améliore.**

Vous **n'êtes pas** nécessairement admissible au CIPH malgré que vous recevez une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, des indemnités pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité. Ces régimes servent à d'autres fins et ont d'autres critères, comme l'incapacité à travailler.

Vous pouvez envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année. En envoyant votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus et de prestations, vous pouvez éviter des retards dans la cotisation de votre déclaration. Nous examinerons votre formulaire avant d'établir la cotisation de votre déclaration. Conservez une copie dans vos dossiers.

Frais – Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le professionnel de la santé pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 330 ou à la ligne 331 de votre déclaration de revenus et de prestations.

Qu'arrive-t-il une fois le formulaire T2201 envoyé?

Une fois que nous avons reçu le formulaire T2201, nous examinerons votre demande. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision. Notre décision est basée sur les renseignements donnés par le professionnel de la santé. Si votre demande est refusée, nous expliquerons pourquoi dans l'avis de détermination. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*, ou allez à **arc.gc.ca/ciph**.

Où devez-vous envoyer ce formulaire?

Envoyez votre formulaire à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal. Utilisez le tableau ci-dessous pour en connaître l'adresse.

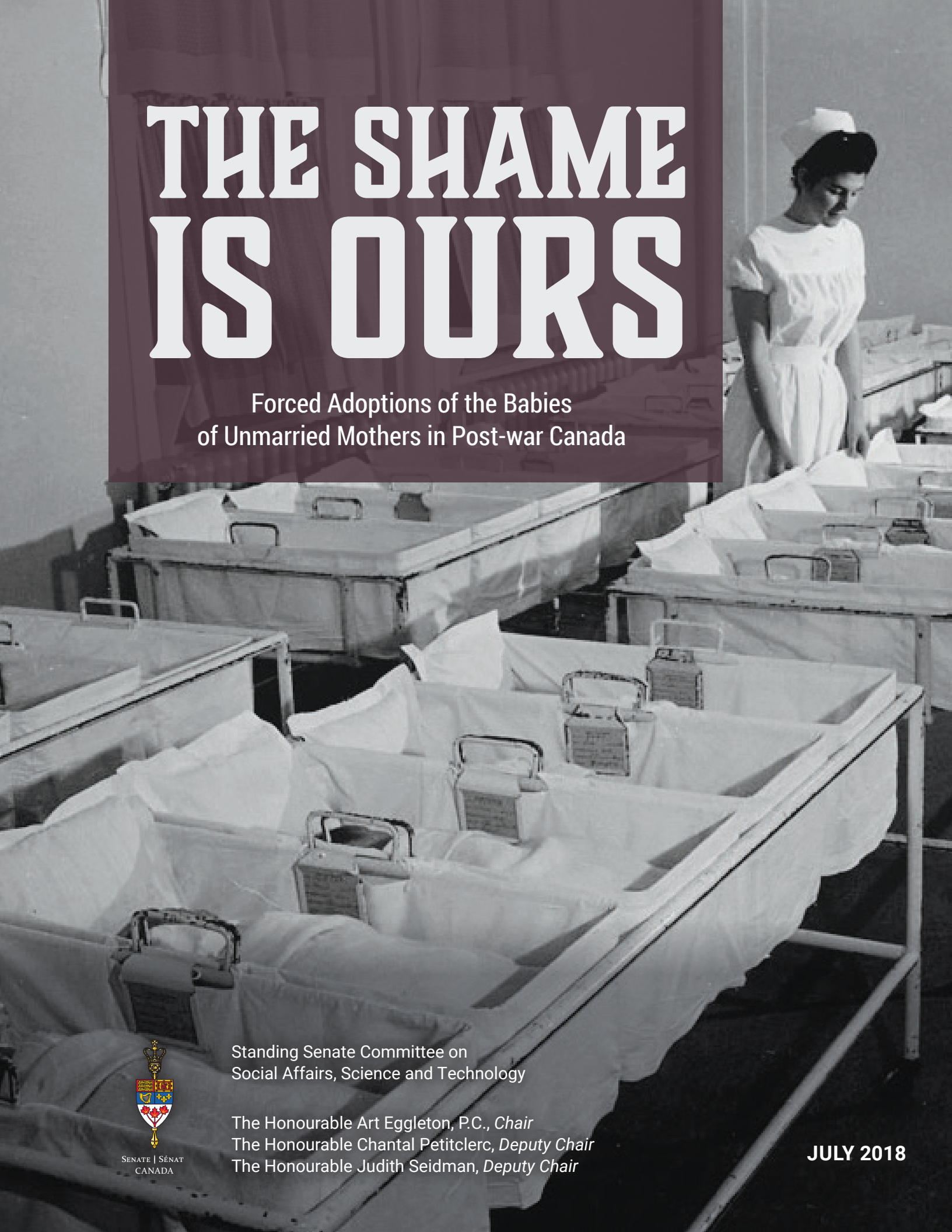
Si votre bureau des services fiscaux est situé aux endroits suivants :	**Envoyez votre correspondance à l'adresse suivante :**
Alberta, Colombie-Britannique, London, Manitoba, Regina, Saskatoon,Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay, Windsor et Yukon	Centre fiscal de Winnipeg 66, chemin Stapon Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Kingston, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Peterborough, St. Catharines, Sudbury (la région de Sudbury/Nickel Belt seulement), Terre-Neuve-et-Labrador, Toronto Centre, Toronto Est, Toronto Nord et Toronto Ouest	Centre fiscal de Sudbury CP 20000, succursale A Sudbury ON P3A 5C1
Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Sudbury (sauf la région de Sudbury/Nickel Belt)	Centre fiscal de Shawinigan-Sud 4695, boulevard de Shawinigan-Sud Shawinigan QC G9P 5H9
Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski et Trois-Rivières	Centre fiscal de Jonquière 2251, boulevard René-Lévesque Jonquière QC G7S 5J2
Belleville, Hamilton, Île-du-Prince-Édouard et Kitchener/Waterloo	Centre fiscal de l'Île-du-Prince-Édouard 275, chemin Pope Summerside PE C1N 6A2
Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa (résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada)	Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa CP 9769, succursale T Ottawa ON K1G 3Y4 CANADA

Avez-vous besoin d'aide?

Si vous voulez plus de renseignements après avoir lu ce formulaire, allez à **arc.gc.ca/ciph** ou composez le **1-800-959-7383**.

Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à **arc.gc.ca/formulaires** ou composez le **1-800-959-7383**.



THE SHAME IS OURS

Forced Adoptions of the Babies of Unmarried Mothers in Post-war Canada

Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Chair*
The Honourable Chantal Petitclerc, *Deputy Chair*
The Honourable Judith Seidman, *Deputy Chair*

SENATE | SÉNAT
CANADA

JULY 2018

SENATE | SÉNAT
CANADA

For more information please contact us:

by email: *SOCI@sen.parl.gc.ca*
toll-free: 1-800-267-7362
by mail: The Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology
Senate, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0A4

This report can be downloaded at:
www.sencanada.ca/soci

Ce rapport est également offert en français

Cover page credit: Based on an image from National Film Board of Canada. Photothèque /
Library and Archives Canada, accession number 1971-271 NPC, item 4309944

TABLE OF CONTENTS

ORDER OF REFERENCE V

MEMBERS OF THE COMMITTEE V

INTRODUCTION VI

BACKGROUND 1

- The Social Context 1
- The Secrecy 1
- The Federal Involvement 2

A DISTURBING CHAPTER IN CANADA'S HISTORY 3

- Unmarried Mothers – A Lifetime of Suffering 3
- Adoptees – A Lifetime of Wondering and Searching 6
- Researchers of the History of Adoption in Canada – Confirmation of a Widespread Practice 8
- Reunification Agencies – In Need of Additional Supports 11

THE AUSTRALIAN EXPERIENCE 13

TIME TO HEAL RECOMMENDATIONS FOR RESPONDING TO POST-WAR FORCED ADOPTIONS IN CANADA 15

CONCLUSION 19

APPENDIX 1: LIST OF WITNESSES 20

APPENDIX 2: BRIEFS 21

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Journals of the Senate of Thursday, December 14, 2017:

The Honourable Senator Eggleton, P.C., moved:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, in accordance with rule 12-7(9), be authorized to examine and report on such issues as may arise from time to time relating to social affairs, science and technology generally, including:

(a) cultural affairs and the arts, social and labour matters, health and welfare, pensions, housing, fitness and amateur sport, employment and immigration, consumer affairs, and youth affairs;

(b) elements related to its mandate or to previous reports of the committee that are found in the ministerial mandates of the Minister of Canadian Heritage, the Minister of Employment, Workforce Development and Labour, the Minister of Families, Children and Social Development, the Minister of Health, the Minister of Immigration, Refugees and Citizenship, the Minister of Infrastructure and Communities, the Minister of Innovation, Science and Economic Development, the Minister of Science, and the Minister of Sports and Persons with Disabilities; and

That the committee report to the Senate no later than December 30, 2018.

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

Clerk of the Senate
Nicole Proulx

MEMBERS OF THE COMMITTEE

The Honourable Senators who participated in this study:

Art Eggleton, P.C., *Chair*
Chantal Petitclerc, *Deputy Chair*
Judith G. Seidman, *Deputy Chair*
Wanda Thomas Bernard
Tony Dean
Fabian Manning
Marie-Françoise Mégie
Jim Munson
Ratna Omidvar
Rose-May Poirier

Ex Officio Members:
The Honourable Senators:
Peter Harder, P.C.
(or Diane Bellemare, or Grant Mitchell)
Yuen Pau Woo (or Raymonde Saint-Germain)
Larry Smith (or Yonah Martin)
Joseph Day (or Terry Mercer)

Other senators who have participated from time to time in the study:
The Honourable Senators Marty Deacon (Ontario), Michael Duffy, Nancy Greene Raine *(now retired)*

Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament:

Sonya Norris, Analyst

Senate Committees Directorate:
Shaila Anwar, Clerk of the Committee
Tracy Amendola, Administrative Assistant

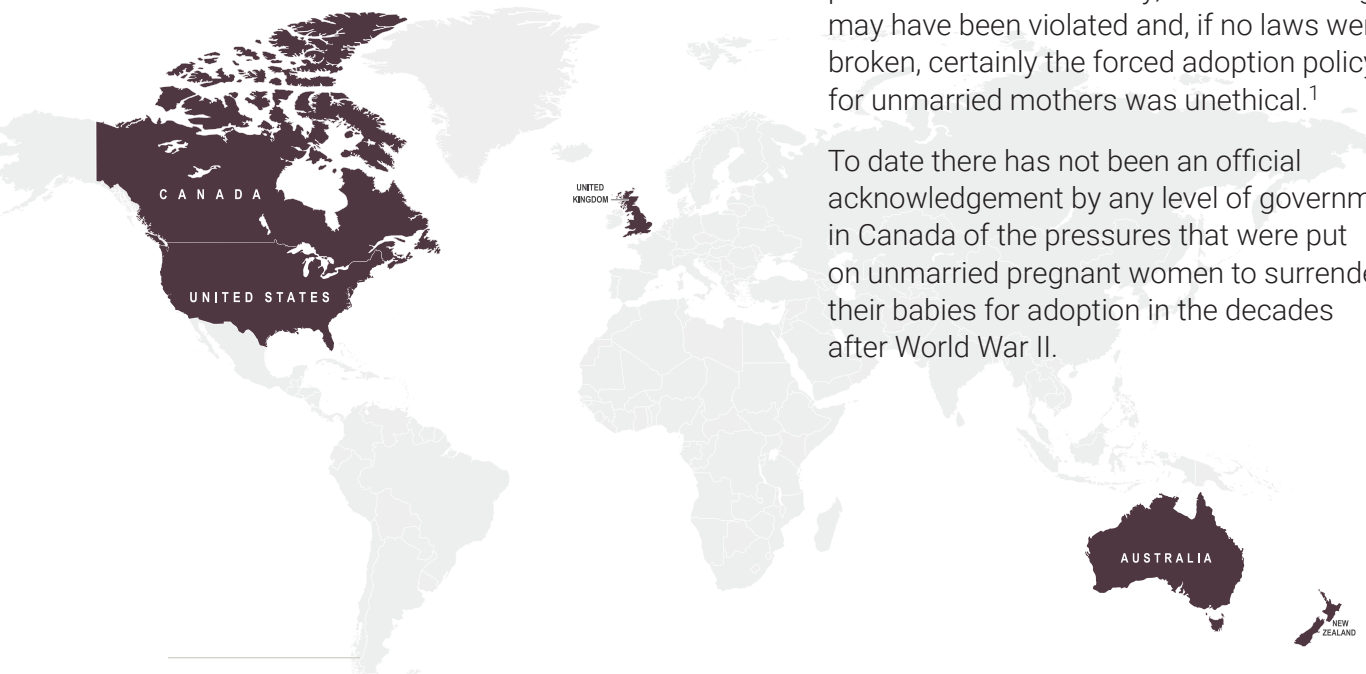
INTRODUCTION

On December 14, 2017, the Senate adopted an order of reference authorizing the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology ("the committee") to "examine and report on such issues as may arise from time to time relating to social affairs, science and technology generally." Under this general order of reference, the committee held three meetings on 20, 21 and 22 March 2018 to examine the issue of the common practice, in the decades immediately following World War II of forcing Canadian "unwed mothers" to surrender their babies to adoption, that was carried out. Over the course of those meetings, the committee heard from witnesses who provided testimony on the historical context of this practice from the perspective of unmarried mothers, adoptees, child welfare agencies, family reunification organizations, historians on the issue and religious organizations. In addition, committee members heard about the comparable Australian experience and the actions taken in that jurisdiction in response to it.

BACKGROUND

THE SOCIAL CONTEXT

In Canada, as in other allied countries including Australia, New Zealand, the United Kingdom and the United States, the post-war era produced unique conditions related to social ideologies about the traditional nuclear family, scorn for women who became pregnant outside marriage and the "illegitimacy" of their children. Those societal pressures may have been at least in part responsible for creating an environment in which forced adoption practices were often applied to unmarried mothers in Canada whose babies would go to "traditional" couples looking to establish and grow their nuclear families.



THE SECRECY

The committee heard from several witnesses that the decades during which forced adoptions occurred between 1945 and the early 1970s remain shrouded in secrecy. The institutions responsible for carrying them out have either disappeared over the years, such as government departments whose names and mandates have changed multiple times in the interim, or are reluctant to admit their participation, such as many of the religious denominations that operated maternity homes for unwed mothers. The emotional and heart-breaking accounts provided by mothers and adoptees, however, painted a detailed picture of this shameful period in Canada's history, when human rights may have been violated and, if no laws were broken, certainly the forced adoption policy for unmarried mothers was unethical.[1]

To date there has not been an official acknowledgement by any level of government in Canada of the pressures that were put on unmarried pregnant women to surrender their babies for adoption in the decades after World War II.

1 The committee acknowledges the practices, sometimes referred to as the "Sixties Scoop," conducted between the 1950s and the 1980s in which Indigenous children were removed from their homes and placed in foster care or given up for adoption to non-Indigenous families. It notes the recent settlement of the resultant litigation in this matter signed in November 2017. As such, the committee has not included the Sixties Scoop within this study.

THE FEDERAL INVOLVEMENT

In Canada, adoption policies and practices are the responsibility of the provinces and territories. However, under the federal spending power the government has implemented, over the course of several decades, a variety of social assistance grants and programs, some of which address the needs of children, pregnant women and mothers. Beginning in the mid-1960's, the federal government committed to an annual investment of $25 million to permanently establish the Canada Assistance Plan (CAP), intended to help provincial social assistance programs.[2] With respect to the forced adoption issue, the committee was told that federal funds, through CAP to the provinces and municipalities, specifically contributed to the maintenance of **maternity homes for unmarried mothers**, the provision of adoption and counselling services, and supporting the casework of social workers. As well, the federal government has a limited role to play when an adoption crosses national borders because of its authority over immigration and citizenship matters.

2 In 1995, the CAP was combined with the federal health and post-secondary education transfer of the day, the Established Programs Funding, to become the Canada Health and Social Transfer (CHST). The CHST was subsequently divided into the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer in 2003.

A DISTURBING CHAPTER
IN CANADA'S HISTORY

The committee heard testimony from individuals directly affected by the adoption practices, agencies that provide support to persons who continue to suffer because of them, organizations involved in carrying out the adoptions and experts who have researched Canadian adoption history. The committee also heard from Australian witnesses who described the actions taken in that jurisdiction to address the forced adoptions that occurred there during the same timeframe as in Canada. Together, members obtained a good sense of what happened during those post-war years, and within the context of the era, perhaps even how it happened while also agreeing that it never should have happened.

UNMARRIED MOTHERS – A LIFETIME OF SUFFERING

Emotions were still raw and the trauma was still evident when mothers[3] bravely told their stories of heartbreak, humiliation, shame and longing; stories that date back to up to 55 years. Committee members heard the tragic accounts of women who, at the most vulnerable points in their young lives, were abandoned by family, banished from society, and mistreated during pregnancy and labour. The women were then dispatched without regard and with the sole instruction to never say a word about the babies they had just surrendered for adoption.

> I was told that I would eventually get married and forget about my baby.
>
> How does a mother forget her baby?
>
> *Eugenia Powell, mother, Origins Canada*

3 In the context of this study, the term "mothers" means those unmarried mothers who were forced to surrender their babies to adoption.

During the committee's hearings, members heard from four mothers, but many more women provided their experiences in writing. Their personal horrors were all tragically similar. The committee heard about young, scared women being sent away either by family, their churches or social workers, to maternity homes for unwed mothers. Instead of being received in a supportive environment, these pregnant women were subjected to verbal and emotional abuse, forced to use fictitious surnames and not permitted any contact with the outside world, including families and the babies' fathers. During their stay, residents were not provided any formal education or training, instead being prepared only for a life of domesticity.

Mothers spoke of incarceration, rather than residence. Schedules were strictly regimented and the women were treated harshly. Members were told that nurses, priests, social workers, and other authority figures would reprimand the young women, telling them that they deserved punishment for their sins. Punishment was delivered in various forms: humiliation, verbal abuse and de-humanizing and degrading treatment. In some instances there was physical and sexual abuse.

Towards the end of their pregnancies, the mothers described being sent to hospital for labour and delivery. In this new setting, they were still mistreated, being separated from the married women and left alone for most of the time. Mothers described inhumane care during labour and delivery: overmedication, no medication, and some even physically restrained. Members also heard that these women got very little, or no, follow up care. The mothers who told their stories to the committee reported that they were allowed little or no contact with their babies. One mother described being denied even a glimpse of her infant in the nursery as they had placed the child in the furthest corner from the viewing window and facing the wall. The mothers' pain and humiliation continued as they were forced to have their breasts tightly bound as a means of inhibiting lactation.

Social workers provided the young women with little or no information about their choices once their babies arrived. Despite the creation of CAP in 1966 to provide cost-sharing to provinces for social assistance programs meant to support needy mothers, social workers did not inform young women of such programs, according to mothers who testified. Instead, they described being coerced into accepting what was described as "best for the child" options, meaning relinquishing parental rights and surrendering their babies for adoption. Social workers provided legal forms to these women to sign, often with no legal representation.

Once the consent forms were signed, the mothers were usually not given copies and were not informed of their right to revoke their consent. Members heard that some mothers were told, incorrectly, that they would be allowed to get information about their children once they were 18 years old only to find out years later that the files were sealed.

The final spiteful act to which these women were subjected once consent was obtained to relinquish their parental rights was to be told to just forget about their babies, to never speak of them again. Adding insult to the injuries already suffered, mothers were callously told to "get a puppy" or "be a good girl". The secrecy and shame did not end there, however. Mothers spoke of an emptiness they have carried around for decades.

They explained that even if they appeared outwardly to have moved on with their lives with spouses, children and careers, they have also experienced depression, pathological grief, post-traumatic stress disorder, anxiety and suicidal thoughts or behaviour, that have been a part of their lives ever since losing their babies to adoption.

The treatment of unmarried mothers in post-war Canada may have been a product of the times, but it was cruel, nonetheless, from any perspective.

> The social worker stood in front of me. Coldly, she said, "You will never see your baby again as long as you live. If you search for the baby, you'll destroy his life and the lives of the adoptive parents".
>
> *Sandra Jarvie, mother, Origins Canada*

ADOPTEES – A LIFETIME OF WONDERING AND SEARCHING

> I thought about her all the time, this mother whose absence was ever present in my life.
>
> *Wendy Rowney, adoptee and President, Adoption, Support and Kinship*

The committee heard the testimony of two adoptees and received written testimony from several other Canadians whose unmarried mothers had surrendered them for adoption. As might be expected, some adoptees expressed love and thanks to their adoptive families and acknowledged healthy upbringings, while others described much less desirable family lives with adoptive parents who were unfit or unable to care for them properly. Regardless, members learned that common among them was an emptiness, a hole in their lives, that they were incapable of filling. This emptiness, which could also be felt by some adoptees who were not even yet aware that they had been adopted, related to an inability to relate to family members or a feeling of detachment from them, to a loss of identity because of not knowing their ethnic origins, and to their lack of knowing their family medical history.

These adopted "children", now grown with children and grandchildren of their own, talked about not knowing who they are, where they come from or where they belong. In their separate searches to answer these questions, committee members were told about the mothers' frustration with the lack of available information. As a result, adoptees had to apply detective skills in order to find information about their origins, all too often without success. Members were told that during the post-war years, many adoptions would have been "closed" meaning that no information about the natural parents was available to the adopted child and the information about the child and its adoptive family was not available to the natural parents.

Since that time, many provinces have taken steps to open these files. However, adoptees told the committee that many obstacles still remain. First, the legislation governing adoption practices varies among provinces, and many adoptees noted that there should be consistency across the country, despite the provincial jurisdiction in this area. It was also noted that individuals searching for biological families can face additional obstacles if their adoption occurred in a different province than the one in which they were born. Finally, members were surprised to learn that, despite the trend in Canada of opening up provincial adoption records, none are fully open, but rather only semi-open such that either the birth parent or child can place a veto on information disclosure to the other.

Some adoptees said that the disclosure veto is inconsistent with the concept of what is "in the best interest of the child." Others questioned why the mother's right to privacy is given priority over the child's right to know its identity. It was also suggested that the practice of withholding identifying information from adoptees contravenes not only the Universal Declaration of Human Rights (1948)[4] but also the Canadian Charter of Rights and Freedoms.[5] Some adoptees relayed instances of being provided with limited information about natural parents that was found to be, or believed by the adoptees to be, fraudulent. They questioned why rights of equality were not extended to them and why their plight had not been acknowledged as it has been for other vulnerable groups.

The pain and sadness described by those who were surrendered for adoption by their mothers is all the more tragic considering that forced adoptions were supposed to have been done in the best interest of the children.

> The underlying principle is this: an adopted person comes from nothing, and so nothing should be done to help them. Coming from nothing to spend a lifetime grappling with mysteries and lies is what full adoption is all about.
>
> *Diane Poitras, adoptee, member, Mouvement Retrouvailles*

4 United Nations, *Universal Declaration of Human Rights*, 1948.

5 Department of Justice, *Constitution Act (1982) – Part 1: Canadian Charter of Rights and Freedoms.*

RESEARCHERS OF THE HISTORY OF ADOPTION IN CANADA – CONFIRMATION OF A WIDESPREAD PRACTICE

> In addition to the psychologically coercive environment, women confined to these homes report being subjected to sexual, verbal and emotional abuse.
>
> *Valerie Andrews, mother and Executive Director, Origins Canada*

There is no official data of how many unmarried women were coerced into relinquishing their babies for adoption. However, historical data from Statistics Canada reveals that between 1945 and 1971, almost 600,000 infants were born to unmarried women and were recorded as "illegitimate births."[6] Although the average rate across Canada at which unmarried mothers relinquished their babies for adoption is not officially recorded for this time period, members were told as many as 95% of residents within the maternity homes surrendered their babies while as many as 74% of unmarried mothers outside of those facilities gave their babies up for adoption. Today, that rate is about 2%. As such, it would appear that hundreds of thousands of Canadian infants were put up for adoption by vulnerable, misinformed and mistreated mothers in the post-war years.

The committee heard from witnesses who have an in-depth knowledge of historical Canadian adoption practices and they affirmed the accounts that members heard from mothers and adoptees. Young, unmarried mothers who found themselves without financial means or the support of family found their way to church-run maternity homes for unwed mothers, after seeking help from family, friends or their churches. Catholic, United, Anglican[7] and Presbyterian churches as well as the Salvation Army, operated such homes. Members were told that in some instances a fee was requested from the young woman or her family to be cared for at the home. In all cases, it appears that the facilities implemented strict schedules for the residents. The women were required to perform assigned chores, attend "classes" that prepared them for domestic tasks, rather than help to further their education,

6 Historical Statistics of Canada, "*Section B: Vital Statistics and Health, Series B1-14. Live births, crude birth rate, age-specific fertility rates, gross reproduction rate and percentage of births in hospital, Canada, 1921 to 1974*," R.D. Fraser, Queen's University, p.9, 1999.

7 Over 70% of Canadians identified as Catholic, United or Anglican in the censuses of 1941 through 1971. Statistics Canada, Historical Statistics of Canada, "*Section A: Population and Migration, Series A164-184. Principal denominations of the population, census dates, 1871 to 1971*," K.G. Basavarajappa and Bali Ram, Statistics Canada, p. 18, 1999.

and participate in religious services. However, the strict schedules were not intended as a structured and regimented environment. Rather, the young women were described as being treated more like prisoners. Some homes had bars on the windows and the movement of residents was strictly controlled. They were often not allowed to use their surnames, only first names, and were not permitted to speak to each other about their own circumstances. Committee members were told that these young women were often subjected to shaming and abuse by the nurses, sisters, social workers, matrons and church leaders. They were told they had no value, they were societal outcasts, they had sinned and deserved the treatment they were getting, and that, in fact, they must be psychologically unwell and unfit since they got pregnant in the first place.

This mistreatment of pregnant women was intended to break them in order to obtain their consent to relinquish the babies, although they were told that it was intended to keep them from sinning again. In addition to the verbal and emotional mistreatment, though, misinformation and deception were also used. These young women, who would have had no reason or experience to know their rights, ask questions or be skeptical of the information they were provided, were further taken advantage of by the authority figures they should have been able to trust. They were not informed of any options that would help them to take care of their babies. Instead, they were told it would be selfish of them to keep their babies and that another family could better care for them. They were sometimes tricked into providing consent for adoption and sometimes they signed the consent during or soon after childbirth. Never were they informed of their rights to rescind that consent.

The committee was told of the "mother imperative" of the post-war years in which societal and church pressures were placed on couples to have children. Witnesses indicated that there was a large demand for babies during those years, specifically white babies.[8] Unmarried mothers were told that their children would grow up stigmatized in the homes of single mothers, but that traditional, white, middle-class couples would provide loving homes without the shame. It would be selfish to deny children the chance to have "real" families. In fact, while young, unmarried white women and girls were chastised for being pregnant, young unmarried mothers of colour would seldom, if ever, be sent away to these facilities. It was explained that babies of colour were considered to be "unadoptable". As such, mothers of colour would not be sent to such homes and coerced into relinquishing their infants. As well, the committee was told, an unmarried mother of colour was more likely to be supported by her family, church and community, as a consequence of being part of a very small, non-white fraction of the Canadian population. African-Canadians comprised only about 1% of the population in 1951.[9]

8 About 97% of Canadians identified as British or Other European in the censuses of 1941 to 1971. Historical Statistics of Canada, "*Section A: Population and Migration, Series A126-163. Origins of the population, 1871 to 1971*," K.G. Basavarajappa and Bali Ram, Statistics Canada, p. 17, 1999.

9 Ibid.

Labour and delivery were generally carried out at local hospitals where a "clean-break" protocol was implemented, which meant that mothers were not allowed to see their children. Some mothers were not told whether they had given birth to a boy or a girl and others were cruelly lied to and told that their babies had died.

Witnesses described the practices used to seek consent for adoption from single mothers as coercive, coordinated and deceptive. Members were told that social workers would have been aware, in most cases, of the unethical pressure put on these pregnant women and the long-term trauma they were likely to suffer because of it. The committee heard that, because of the high demand for adopted babies during the post-war years, social workers were required to meet quotas in regard to the number of babies surrendered to the adoption system.

The fathers of these babies were also mistreated during this time period. Members heard that young men who were aware of the pregnancies and wanted to be a part of the mothers' and children's lives were not permitted to visit the women in the maternity homes. In some instances, those men who persisted were told it was none of their concern and sent away, leaving the men feeling helpless and unable to support their partners. As well, mothers who asked about their babies' fathers and indicated that they wanted to see them were not permitted to do so and often told to forget about them. Finally, the names of those fathers were often not included on birth certificates. Members were told that in Ontario, if a father's name was included on a birth certificate, it was expunged when adoption papers were signed and filed. Discussions and documentation internal to the maternity home, in some cases, referred only to the "putative father" when a young mother listed the biological father's name. The committee was not made aware of any experiences in which a young couple was encouraged to stay together and raise their child.

Once babies were taken, young mothers were simply told to never speak of their ordeals to anyone. As such, it is not surprising that no counselling was offered and no advice was given to suggest that they might need it. However, members were told that 82% of the women who were subjected to mistreatment in the homes for unwed mothers in the post-war era have suffered from major depression during their lifetimes, and that 21% had attempted suicide at least once. Other conditions that are common among these women include anxiety disorders, pathological grief, post-traumatic stress disorder, and other mental health issues preventing them from trusting others and developing healthy relationships.

> "The assumption was that there were better options, options that involved greater amounts of support, income and housing than would be available to unwed mothers.
>
> *Veronica Strong-Boag, Historian*

Finally, the committee was told that almost one third of these women never had any more children. The experiences they had gone through at the hands of authority figures in the maternity homes and hospitals left an estimated 30% of the mothers too traumatized or feeling too ashamed and unworthy to go through pregnancy again.

REUNIFICATION AGENCIES –IN NEED OF ADDITIONAL SUPPORTS

> The reunion is a brief, one-time event.
>
> Reconnection is a very complicated procedure of counselling, support, advice and just plain time.
>
> *Monica Byrne, mother and President, Parent Finders*

Those witnesses who provided the committee with the perspectives of mothers and adoptees also represented organizations that facilitate reunions between adoptees and their natural parents. With respect to the reunification of mothers (and fathers) with adoptees, the committee heard more about the issues mentioned above such as the need of adoptees to find their identities, know their ancestries and medical histories, and the need of mothers to know the fates of the children they were forced to give up and to let their children know that they were wanted and loved.

Witnesses underscored the challenges of inconsistent legislation among provinces related to adoption records and that even jurisdictions with open adoption records still allow either a parent or an adoptee to veto the disclosure of information. They explained further that once a veto is placed on the file, there is never an attempt to actively update the file to determine whether the person may want to remove the veto. In the event that the individual who placed the veto passes away, the veto remains in place for a period of time, or may never be lifted, depending on the jurisdiction. Finally, the committee learned that in some circumstances, extended family members, in their search for unknown siblings and cousins, are often unable to access records of mothers who passed away long ago.

Some witnesses suggested that fully opening up adoption records would have no downside, because even if an adoptee or mother were to be rejected by the other, they may still be able to get accurate information and could also pursue additional biological family members, and learn their ancestry and medical history. Calls for uniform laws across Canada allowing fully open access to adoption records were unanimous among the witnesses who stated a position on the matter.

The committee heard that there is an urgent need for appropriate counselling services. Often, mothers are unable to find the help they need in order to cope as they struggle with their life-long mental health challenges brought on by the neglect and harm they experienced in the maternity homes for unwed mothers and the trauma of involuntarily losing children to adoption. Members were told that these unique circumstances require specialized training on the part of counsellors and psychologists. One type of therapy that was named as being very helpful to these mothers, although very expensive, is called Eye Movement Desensitization and Reprocessing. However, committee members were not told anything further about this or any other types of therapy.

Adoptees, too, search for therapy in order to process a variety of issues that may arise from adoption such as abandonment and attachment issues as well as loss of identity. Reunification efforts, whether successful or not, can also bring on the need for counselling and support.

The committee was told that there are very few properly trained specialists available for referral of these individuals and that, in any case, most clients are not able to afford the sessions, which would be required over a long period of time.

> “
>
> Truth and identity should be universal rights that are respected and given precedence.
>
> The secret cannot be kept forever.
>
> *Caroline Fortin, President, Mouvement Retrouvailles*

THE AUSTRALIAN EXPERIENCE

> The national apology is an important acknowledgment of a collective responsibility.
>
> *Daryl Higgins, Director, Institute of Child Protection Studies, Australian Catholic University*

The committee heard from two Australian witnesses who provided testimony about Australia's response to a similar era of forced adoptions carried out in that country during the post-war years. In November 2010, the Australian Senate referred an inquiry to the Community Affairs References Committee ("References Committee") on this issue.[10] That committee held an inquiry that included several public hearings between April and December 2011 and 418 submissions, primarily from affected individuals.

The report, tabled in the Australian Senate on 29 February 2012, contained 20 recommendations, including a call for a national framework to address the consequences of the forced adoption policy[11] and for a formal apology from the Commonwealth Government, state and territory governments and institutions that carried out the policy.[12] The report further recommended that all apologies "should satisfy the five criteria for formal apologies set out by the Canadian Law Commission."[13] The government's response, tabled on 21 March 2013, stated that it agreed or agreed in principle with most of the

10 Parliament of Australia, *Terms of Reference – Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices*.

11 Australia, the Senate, "*Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices*," Chapter 8, recommendation 1, Commonwealth of Australia, 29 February 2012, page 191.

12 Ibid., Chapter 9, recommendation 2 and 3, p. 209.

13 Ibid., Chapter 9, recommendation 4, p. 210.

References Committee recommendations.[14] A formal apology was delivered that same day in Parliament House in Canberra and was accompanied by the offer of a range of counselling and support services.[15]

The committee heard that the Australian government had signaled its intention as early as 2012 to issue an apology for the forced adoption policy and in August of that year had established a reference group to provide advice on the wording, timing and delivery of the apology. The reference group included all party representation from the References Committee which had written the report as well as parents and adoptees. Australian witnesses told members that the apology was generally well received and accepted.

In addition to the apology, Australia's Commonwealth Government also invested in counselling and support services for individuals affected by forced adoption practices. As stated earlier, few professionals have the proper training to offer counselling to these individuals and when appropriate therapy is available, it may be financially difficult to access. As such, the Australian government response included resources for the Australian Psychological Association to develop training for psychologists appropriate for adoptees and the mothers whose babies were taken. As well, the response offered resources for link-up services to help mothers and adoptees find each other. However, the committee was told that the response has not completely satisfied all the recommendations made in the References Committee's 2012 report, such as full and universal access to adoption records and original birth certificates, access to counselling and support services in the long term, ongoing funding for link-up services, and access to DNA testing. It was explained that, as in Canada, jurisdiction over these matters is not federal. However, the federal government continues to work with the Australian states to address the ongoing issues.

> "It took a little while for [the apology] to sink in for people because they had been ignored for so long.
>
> *Senator Rachel Siewert, Chair, Community Affairs References Committee (Australia)*

14 *Australian Government response to the Senate Community Affairs References Committee Report: Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices*, 21 March 2013.

15 Parliament of Australia, "*National Apology for Forced Adoptions*," 21 March 2013.

TIME TO HEAL

RECOMMENDATIONS FOR RESPONDING TO POST-WAR FORCED ADOPTIONS IN CANADA

> [Sealing adoption records] reflected the view at the time that public knowledge about an adoptive child's status would undermine their adjustment… and was seen to 'protect' the children from the powerful stigma of illegitimacy.
>
> *Mary Ballantyne, CEO, Ontario Association of Children's Aid Societies*

Committee members were moved by the poignant stories they heard from mothers and adoptees. The secrecy and shame have been their burden to carry every day. Decades have passed since these mothers were forced to surrender their babies, many have passed away and many more are well into their senior years. The babies taken from their mothers in the earlier post-war years are themselves in their 60s and 70s. This committee is concerned that time is running out for many of the surviving mothers and adoptees to be acknowledged as having been wronged.

Members acknowledge that some work has been done in this regard. The maternity homes for unmarried mothers were run in Canada by several churches, including Catholic, United, Anglican, Presbyterian and the Salvation Army. Members heard that only the United Church of Canada has studied its role in the forced adoptions of post-war Canada. Among the witnesses who appeared during the committee's study, the United Church was the only religious organization willing to attend. Members were told that it convened an Adoption Task Group in 2013 after having been contacted by a number of individuals and organizations expressing concerns over the churches' role in post-war forced adoption practices in Canada. The Adoption Task Group reported

on its findings as to the role of the United Church, acknowledged its role and validated the stories of the mothers. The United Church has expressed its regret for the role it played in forcing unmarried mothers to surrender their children for adoption.

The committee was told that while other churches have listened to the concerns of individuals and organizations about the forced adoption practices, they have not reacted with apologies or concrete actions. In this respect the committee acknowledges the written submission from the Salvation Army which describes the services offered by the organization and the adoption policies in Ontario from 1940 to 1980. In describing its role and response to the forced adoptions in post-war Canada, the organization stated that it "regrets the prejudices and harsh attitudes" of the time and that it "never supported the deliberate breaking of… the bond between a mother and a child".[16]

The committee agrees with all the witnesses who appeared during this study who said that apologies are long overdue. These mothers deserve an apology for the treatment to which they were subjected, the effects of the trauma they continue to endure as a result and, most of all, for the loss of their children. Adoptees deserve an apology for having their identities stripped from them at birth and for the discriminatory practices that have made them feel as though they have not been granted the equality rights that are inherent to all other Canadians. Members emphasize, however, that an apology must be comprehensive and accompanied by action. They point to the work done by the Australian Senate committee that made recommendations in this regard. That report stated that all apologies should satisfy the five criteria for formal apologies as set out in a report prepared for the Canadian Law Commission.[17] Specifically, an apology should acknowledge the wrong, accept responsibility, express regret, assure that the wrongdoing will not recur and provide some reparation through action.[18] This approach reinforces testimony heard during this study that an apology without action to reinforce it is an empty apology. Members also applaud the response of the Australian government to the Australian Senate committee report. In preparation for issuing a national apology, the Australian government created a stakeholder group to advise on the wording, timing and delivery of the apology.

A national apology is needed for the post-war adoptions forced on unmarried Canadian women and for the children they lost. Time is running out for many of these Canadians.

16 Senate, Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology, Submission by the Salvation Army, 21 March 2018, p. 11 (see list of submitted briefs in the appendix).

17 Australia, the Senate, "*Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices,*" Commonwealth of Australia, 29 February 2012, p. 197.

18 Susan Alter, "*Apologising for Serious Wrongdoing: Social, Psychological and Legal Considerations*," Law Commission of Canada, 1999, p.14.

The committee therefore recommends:

RECOMMENDATION 1

That the Government of Canada issue a formal apology on behalf of all Canadians to the mothers and their children who were subjected to forced adoption practices in the years following World War II. The apology must:

- be informed by the work of an advisory group established to provide direction on the content of the apology;
- fulfill five criteria: acknowledge the wrongdoing, accept responsibility, express regret, provide assurance that this practice will not occur again and provide reparation through action; and,
- be delivered in Parliament within one year of the tabling of this report.

RECOMMENDATION 2

That membership of the advisory group established under recommendation 1 includes, but not be limited to, mothers, adoptees and members of reunification organizations.

RECOMMENDATION 3

That the reparations described in the national apology called for in recommendation 1 include, but not be limited to:

- collaboration between the Government of Canada and its provincial and territorial counterparts to create a fund to support training programs for professional counsellors that is appropriate to the needs of individuals affected by past adoption practices and the provision of counselling services by those professionals to mothers and adoptees affected by forced adoption practices at no cost to them;
- a public awareness campaign that acknowledges and describes the forced adoption practices that were imposed on unmarried mothers in the decades following World War II;
- an online platform for mothers and adoptees to share their personal stories; and,
- a commitment to highlight the issue of access to adoption files by parents and adoptees with provincial and territorial governments.

RECOMMENDATION 4

That the Government of Canada, in collaboration with its provincial and territorial counterparts:

- initiate a discussion on the status of provincial legislation governing adoption files, in particular whether parents and adoptees have the right to access those files;
- develop a consensus position on a uniform policy in regard to accessibility of adoption files across Canada that acknowledges a person's right to know their identity;
- develop and issue a joint statement calling on the religious organizations that ran the maternity homes for unmarried mothers to examine their roles during the post-war years, acknowledge the harm that resulted from their actions and accept responsibility; and,
- work with child welfare organizations in all jurisdictions to examine their roles in the forced adoption practices with a view to issuing apologies at the provincial and territorial level comprised of the five criteria recommended for the national apology.

> Keeping secrets or blocking access to information harms children, families and communities. We grieve with all of those adopted children and families who have been harmed by unethical adoption, who have been denied access to the truth, and who have been cut off from family and community due to adoption.
>
> *Reverend Daniel Hayward, United Church of Canada*

CONCLUSION

The committee is appalled at the unethical treatment to which many unmarried mothers were subjected in the years following World War II. Regardless of the societal pressures or social norms of the day, cruelty has never been an acceptable part of Canadian society. The harm done to these mothers is irreparable but Canada owes them every chance to live the rest of their days as free from trauma and torment as possible. The children who were taken from these mothers have also been treated with less regard than is afforded to most Canadians. They, too, have been forced to live their lives with secrets and lies that were forced on them.

If no action is taken, the legacy of the forced adoptions that occurred in post-war Canada will be hundreds of thousands of shattered and unfulfilled lives. Like Australia, Canada must take steps immediately to try to atone for the harm to some of those lives, to relieve some of the suffering, and to let these individuals know that their stories have been heard and that we are sorry for what they have lived through.

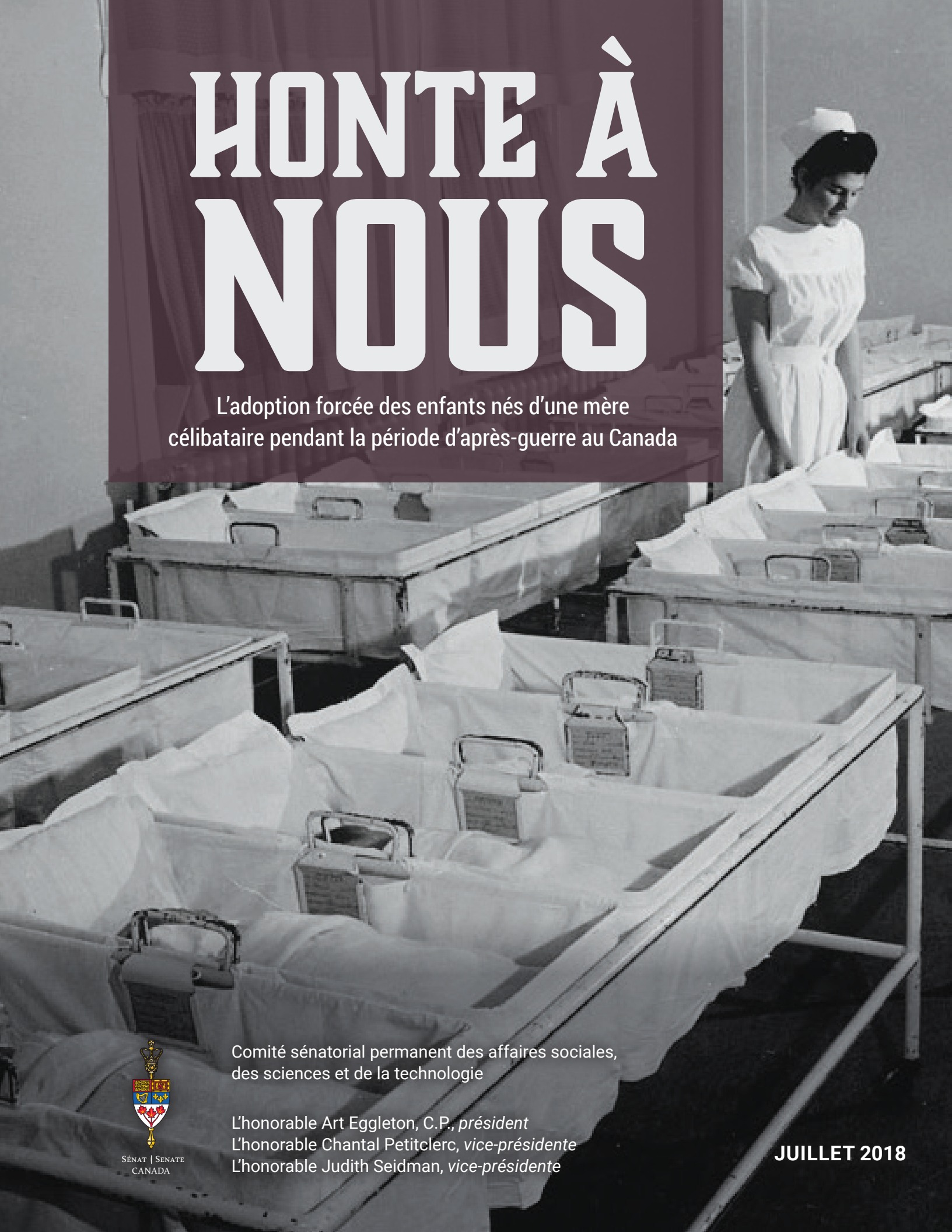
APPENDIX 1:
LIST OF WITNESSES

Tuesday, March 20, 2018	
Origins Canada	Valerie Andrews, Executive Director Sandra Jarvie, Mother Eugenia Powell, Mother
Parent Finders	Monica Byrne, Director and mother
Adoption, Support, Kinship (ASK)	Wendy Rowney, President
Wednesday, March 21, 2018	
As individuals	Senator Rachel Siewert, Chair, Community Affairs Reference Committee for the Forced Adoption Inquiry, Senate of Australia Daryl Higgins, Professor, Director, Institute of Child Protection Studies, Australian Catholic University Veronica Strong-Boag, Historian and Historical Consultant, Professor Emerita, University of British Columbia
Thursday, March 22, 2018	
Mouvement Retrouvailles	Caroline Fortin, President and Provincial Coordinator
Ontario Association of Children's Aid Societies	Mary Ballantyne, Chief Executive Officer
United Church of Canada	Reverend Daniel Hayward, Representative
As an individual	Diane Poitras, adopted person, Member, Mouvement Retrouvailles

APPENDIX 2:
BRIEFS

- Daryl Higgins
- Mouvement Retrouvailles
- Origins Canada
- Diane Poitras
- Salvation Army

SENATE | SÉNAT
CANADA



HONTE À NOUS

L'adoption forcée des enfants nés d'une mère célibataire pendant la période d'après-guerre au Canada

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Art Eggleton, C.P., *président*
L'honorable Chantal Petitclerc, *vice-présidente*
L'honorable Judith Seidman, *vice-présidente*

Sénat | Senate
Canada

JUILLET 2018

SÉNAT | SENATE
CANADA

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous :

Par courriel : SOCI@sen.parl.gc.ca
Sans frais : 1-800-267-7362
Par la poste : Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie
Le Sénat, Ottawa (Ontario), Canada K1A 0A4

Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :
www.sencanada.ca/fr/comites/soci/

This report is also available in English.

Credit page couverture : Basée sur une image de l'Office national du film du Canada. Photothèque / Bibliothèque et Archives Canada, numéro d'acquisition 1971-271 NPC, article 4309944

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI V

MEMBRES DU COMITÉ V

INTRODUCTION VI

CONTEXTE 1

- Le contexte social 1
- Le secret 1
- L'intervention fédérale 2

UN CHAPITRE CONSTERNANT DE L'HISTOIRE DU CANADA 3

- Les mères célibataires — des souffrances à vie 3
- Les personnes adoptées —une vie remplie d'interrogations et de recherches 6
- Les chercheurs sur l'historique de l'adoption au Canada — Confirmation de l'existence d'une pratique courante 8
- Les agences de réunification ont besoin de soutien additionnel 11

L'EXPÉRIENCE DE L'AUSTRALIE 13

L'HEURE EST À LA GUÉRISON RECOMMANDATIONS À L'ÉGARD DES ADOPTIONS FORCÉES DE L'APRÈS-GUERRE AU CANADA 15

CONCLUSION 19

ANNEXE 1 : LISTE DES TÉMOINS 20

ANNEXE 2 : MÉMOIRES 21

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat*
du jeudi 14 décembre 2017 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, conformément à l'article 12-7(9) du Règlement, soit autorisé à examiner et à faire rapport sur les questions qui pourraient survenir concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général, notamment :

a) les affaires culturelles et les arts, les affaires sociales et les relations du travail, la santé et l'assistance sociale, les pensions, le logement, la condition physique et le sport amateur, l'emploi et l'immigration, la consommation et la jeunesse; et

b) les questions liées à son mandat ou dans les anciens rapports du comité qui se trouvent dans les mandats de la ministre du Patrimoine canadien, de la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et du Travail, du ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social, de la ministre de la Santé, du ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté, du ministre de l'Infrastructure et des Collectivités, du ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique, de la ministre des Sciences, et du ministre des Sports et des Personnes handicapées; et

Que le comité dépose son rapport final au plus tard le 30 décembre 2018.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La greffière du Sénat,
Nicole Proulx

MEMBRES DU COMITÉ

Les honorables sénateurs qui ont participé à cette étude :

Art Eggleton, C.P., *président*
Chantal Petitclerc, *vice-présidente*
Judith G. Seidman, *vice-présidente*
Wanda Thomas Bernard
Tony Dean
Fabian Manning
Marie-Françoise Mégie
Jim Munson
Ratna Omidvar
Rose-May Poirier

Membres d'office :
Les honorables sénateurs
Peter Harder, C.P. (ou Diane Bellemare, ou Grant Mitchell)
Yuen Pau Woo (ou Raymonde Saint-Germain)
Larry Smith (ou Yonah Martin)
Joseph Day (ou Terry Mercer)

Autres sénateurs ayant occasionnellement participé à l'étude :
Les honorables sénateurs Marty Deacon (Ontario), Michael Duffy et Nancy Greene Raine (maintenant à la retraite)

Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement :

Sonya Norris, analyste

Direction des comités du Sénat :

Shaila Anwar, greffière du comité
Tracy Amendola, adjointe administrative

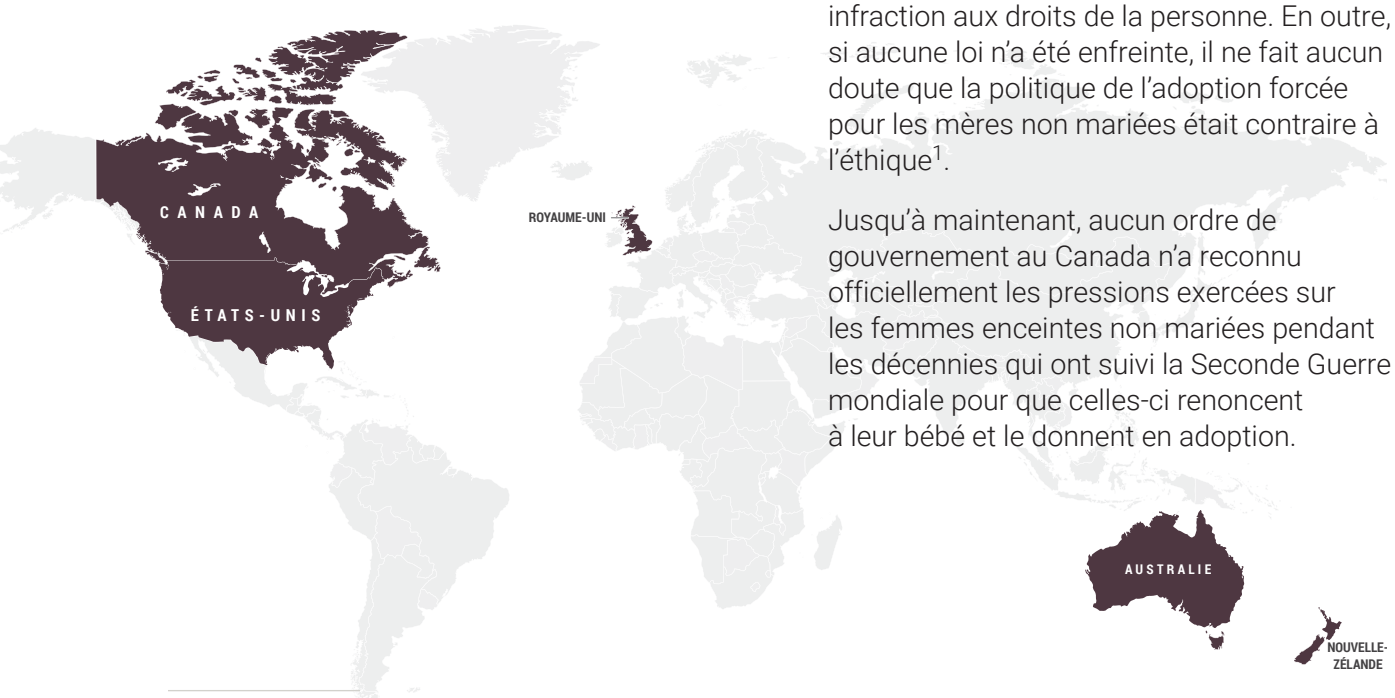
INTRODUCTION

Le 14 décembre 2017, le Sénat a adopté un ordre de renvoi autorisant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (le « comité ») « à examiner et à faire rapport sur les questions qui pourraient survenir concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général ».
En vertu de cet ordre de renvoi général, le comité a tenu trois réunions, soit les 20, 21 et 22 mars 2018, pour se pencher sur une pratique répandue, au cours des décennies ayant suivi la Seconde Guerre mondiale, qui consistait à forcer les « filles mères » canadiennes à renoncer à leur bébé et à le donner en adoption.
Au fil de ces réunions, ses membres ont entendu des témoignages sur le contexte historique dans lequel cette pratique s'inscrivait, et ce, du point de vue de mères non mariées, de personnes adoptées, d'organismes de protection de l'enfance, de regroupements de réunification des familles, d'historiens ayant analysé la question et d'organismes confessionnels.
Par ailleurs, ils ont entendu parler de l'expérience de l'Australie, qui est comparable et des mesures prises par ce pays dans son cas.

CONTEXTE

LE CONTEXTE SOCIAL

Au Canada, comme dans d'autres pays alliés, dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, l'après-guerre a créé des conditions uniques en ce qui touche aux idéologies sociales de la famille nucléaire traditionnelle, ainsi que du mépris pour les femmes enceintes non mariées et « le caractère illégitime » de leur enfant. Les pressions sociétales ont pu être, du moins en partie, responsables de la création d'un milieu dans lequel des pratiques d'adoption forcée étaient souvent imposées aux mères célibataires du Canada, dont le bébé était remis à des couples « traditionnels » cherchant à fonder et à agrandir leur famille nucléaire.



LE SECRET

Plusieurs témoins ont déclaré au comité que les décennies au cours desquelles les adoptions forcées sont survenues, qui vont de 1945 au début des années 1970, sont enveloppées de secret. Ou bien les institutions responsables de leur exécution ont disparu au fil des années, comme des ministères dont le nom et le mandat ont changé de nombreuses fois dans l'intervalle, ou bien elles hésitent à admettre qu'elles y ont pris part, comme de nombreuses Églises qui géraient des maternités pour filles mères. Les récits pénibles et émouvants soumis par des mères et des personnes adoptées, pour leur part, brossaient un portrait détaillé de cette période honteuse de l'histoire du Canada, au cours de laquelle il y a peut-être eu infraction aux droits de la personne. En outre, si aucune loi n'a été enfreinte, il ne fait aucun doute que la politique de l'adoption forcée pour les mères non mariées était contraire à l'éthique[1].

Jusqu'à maintenant, aucun ordre de gouvernement au Canada n'a reconnu officiellement les pressions exercées sur les femmes enceintes non mariées pendant les décennies qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale pour que celles-ci renoncent à leur bébé et le donnent en adoption.

1 Les membres du comité reconnaissent les pratiques, qu'on appelle parfois « la rafle des années soixante », qui avaient cours entre les années 1950 et les années 1980 et qui consistaient à retirer des enfants autochtones de leur famille et à les placer en foyer d'accueil ou à les confier en adoption à des parents non autochtones. Ils soulignent le récent règlement de la poursuite qui en a résulté, signé en novembre 2017. Ils n'incluent donc pas la rafle des années soixante dans l'étude.

L'INTERVENTION FÉDÉRALE

Au Canada, les politiques et les pratiques d'adoption relèvent des provinces et des territoires. Cependant, en vertu du pouvoir fédéral de dépenser, le gouvernement a mis en œuvre, au cours de plusieurs décennies, divers programmes et subventions d'aide sociale, dont certains répondent aux besoins des enfants, des femmes enceintes et des mères. À partir du milieu des années 1960, le gouvernement fédéral s'est engagé à investir annuellement 25 millions de dollars pour établir de façon permanente le Régime d'assistance publique du Canada, destiné à aider les régimes d'aide sociale provinciaux[2]. Au sujet de la question de l'adoption forcée, le comité a entendu que les fonds fédéraux, par l'entremise du Régime d'assistance publique aux provinces et aux municipalités, contribuaient à maintenir **des foyers de maternité pour les mères célibataires**, à assurer des services d'adoption et de counseling et à appuyer le travail des travailleurs sociaux. De plus, le gouvernement fédéral a un certain rôle à jouer au moment où une adoption devient transnationale en raison des pouvoirs qui lui sont conférés en matière d'immigration et de citoyenneté.

2 En 1995, le RAPC a été fusionné avec le transfert fédéral pour la santé et l'éducation postsecondaire alors en vigueur, le Financement des programmes établis, pour devenir le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Par la suite, en 2003, le TCSPS a été divisé en deux volets : le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

UN CHAPITRE CONSTERNANT
DE L'HISTOIRE DU CANADA

Les membres du comité ont entendu les témoignages de personnes directement touchées par les pratiques d'adoption, de représentants d'organismes venant en aide aux personnes qui souffrent toujours de ces pratiques, d'organisations qui ont participé aux adoptions ainsi que d'experts ayant fait des recherches sur le thème de l'adoption au Canada. Des témoins australiens ont décrit également les interventions de l'Australie visant à s'attaquer aux adoptions forcées qui se sont déroulées dans ce pays pendant la même période qu'au Canada. Ensemble, les membres ont pu se faire une bonne idée de ce qui s'est passé pendant les années d'après-guerre et, dans le contexte de l'époque, peut-être même de la façon dont cela est arrivé, tout en convenant que cela n'aurait jamais dû se produire.

LES MÈRES CÉLIBATAIRES – DES SOUFFRANCES À VIE

Lorsque les mères[3] ont bravement parlé de leur chagrin, de leur humiliation, de leur honte et de leur nostalgie, leurs émotions étaient encore vives, et le traumatisme qu'elles avaient vécu était évident; pourtant, leurs histoires peuvent dater de 55 ans. Les membres du comité ont entendu les récits tragiques de femmes qui, aux moments les plus vulnérables de leur jeune vie, se sont fait abandonner par leur famille, bannir de la société et maltraiter pendant leur grossesse et leur accouchement. Ces femmes étaient ensuite renvoyées sans égard pour elles et avec pour seule instruction de ne pas dire un traître mot sur le bébé qu'elles venaient tout juste de donner en adoption.

> On m'a dit que je me marierais plus tard, et que j'oublierais mon bébé.
>
> Comment une mère peut-elle oublier son bébé?
>
> *Eugenia Powell, mère, Origins Canada*

3 Dans le contexte de l'étude, le terme « mères » désigne les mères célibataires qui ont été forcées de donner leur bébé en adoption.

Pendant les audiences du comité, les membres ont entendu quatre mères. Cependant, beaucoup d'autres femmes ont raconté leur expérience par écrit. Ce qui est tragique, c'est que les horreurs qu'elles ont vécues étaient toutes semblables. L'histoire de jeunes femmes effrayées envoyées par leur famille, leur Église ou des travailleurs sociaux dans des maternités pour filles mères a été décrite aux membres du comité. Au lieu d'être accueillies dans un milieu qui les soutient, ces femmes enceintes subissaient des violences verbales et psychologiques, étaient contraintes d'employer un nom de famille fictif et se voyaient refuser tout accès au monde extérieur, y compris à leur famille et au père de leur enfant. Pendant leur séjour, les résidentes ne faisaient aucune étude officielle et ne recevaient pas de formation. Au lieu de cela, on les préparait uniquement à une vie de mère de famille.

Des mères ont parlé d'incarcération plutôt que de résidence. Les horaires étaient strictement réglementés, et les jeunes femmes étaient maltraitées. Des infirmières, des prêtres, des travailleurs sociaux et d'autres figures d'autorité les réprimandaient, en leur disant qu'elles méritaient d'être punies pour les péchés qu'elles avaient commis. Elles étaient punies de différentes façons : humiliation, violence verbale ou traitement déshumanisant et avilissant. Certaines femmes subissaient même des agressions physiques et sexuelles.

Vers la fin de leur grossesse, les mères étaient envoyées à l'hôpital en vue d'y accoucher. Dans ce nouveau contexte, elles étaient tout de même maltraitées, séparées des femmes mariées et laissées seules la majorité du temps. Les mères ont décrit les soins inhumains qu'elles recevaient pendant leur travail et leur accouchement : surmédication, absence de médicaments, certaines étaient même physiquement retenues. Les témoins ont également expliqué aux membres que ces femmes recevaient peu ou pas de suivi médical. Les mères avaient peu ou pas de contact avec leur bébé. Une mère a raconté qu'on lui avait refusé de même jeter un seul coup d'œil sur son nourrisson à la maternité, car on l'avait placé dans le coin le plus éloigné de la fenêtre d'observation, face au mur. La douleur et l'humiliation des mères se poursuivaient lorsqu'on les obligeait à bander étroitement leurs seins pour empêcher leur lactation.

Les travailleurs sociaux ne fournissaient pratiquement pas d'information aux jeunes femmes au sujet des choix qui s'offraient à elles après la naissance de leur bébé. Malgré la création du Régime d'assistance sociale, en 1966, qui visait à partager les coûts des provinces pour les programmes d'assistance sociale censés soutenir les mères nécessiteuses, les travailleurs sociaux n'informaient pas les jeunes femmes de l'existence de ces programmes, selon des mères qui ont témoigné. Elles ont plutôt dit qu'elles avaient été forcées d'accepter ce que l'on considérait comme « la meilleure option pour l'enfant », ce qui signifiait renoncer à leurs droits comme parent et donner leur bébé en adoption. Les travailleurs sociaux remettaient à ces femmes des documents juridiques à signer, souvent sans qu'un avocat les représente.

Habituellement, une fois les formulaires de consentement signés, les mères n'en recevaient aucune copie et n'étaient pas informées de leur droit de révoquer leur consentement. Certaines mères se faisaient dire, à tort, qu'elles seraient autorisées à obtenir de l'information sur leur enfant une fois que celui-ci atteindrait l'âge de 18 ans pour ensuite apprendre, des années plus tard, que les dossiers étaient scellés.

Le dernier acte malveillant auquel on soumettait ces femmes une fois que l'on avait

obtenu leur consentement à renoncer à leurs droits était de leur dire de simplement oublier leur bébé et de ne plus jamais en parler. Pour joindre l'ironie au sarcasme, on suggérait aux mères « d'adopter un chiot » ou « d'être une bonne fille ». Toutefois, le secret et la honte ne se terminaient pas là. Les mères ont parlé du vide qu'elles portent en elles depuis plusieurs décennies. Elles ont expliqué que, même si elles semblaient en apparence avoir refait leur vie, avec un conjoint, des enfants et une carrière, depuis qu'elles avaient fait adopter leur bébé, il leur était aussi arrivé de souffrir de dépression, de chagrin pathologique, du trouble de stress post-traumatique ainsi que d'anxiété, et d'avoir des pensées ou des comportements suicidaires.

Le traitement réservé aux mères non mariées au Canada après la guerre était peut-être le produit de l'époque, mais il était néanmoins cruel, peu importe le point de vue.

> “La travailleuse sociale s'est postée devant moi et m'a annoncé froidement que je ne reverrais jamais mon bébé de toute ma vie, et que, si je cherchais à le retrouver, je détruirais sa vie et celle de ses parents adoptifs.
>
> *Sandra Jarvie, mère, Origins Canada*

LES PERSONNES ADOPTÉES – UNE VIE REMPLIE D'INTERROGATIONS ET DE RECHERCHES

> Je pensais à elle sans arrêt, cette mère dont l'absence était omniprésente dans ma vie.
>
> *Wendy Rowney, adoptée et présidente, Adoption, Support and Kinship*

Le comité a entendu le témoignage de deux personnes adoptées en plus de recevoir des mémoires de plusieurs Canadiens dont la mère célibataire les avait donnés en adoption. Comme on pouvait s'y attendre, certaines personnes adoptées ont exprimé à leur famille d'adoption leur amour et leurs remerciements et ont reconnu avoir reçu une bonne éducation; d'autres, par contre, ont décrit une vie familiale moins souhaitable, avec des parents adoptifs qui étaient incapables de prendre soin d'eux de façon adéquate. Quoi qu'il en soit, les membres ont appris que, pour la plupart, ces personnes ressentaient un vide qu'elles étaient tout à fait incapables de combler. Ce vide, que pouvaient aussi ressentir certains enfants qui n'étaient même pas encore au courant du fait qu'ils avaient été adoptés, se rapportait à une incapacité de créer des liens avec des membres de leur famille ou un sentiment de détachement à leur égard, à une perte d'identité puisqu'ils ne connaissaient pas leurs origines ethniques, et au fait d'être privés de leurs antécédents médicaux familiaux.

Ces « enfants » adoptés, qui ont maintenant leurs propres enfants et petits-enfants, ont affirmé ne pas savoir qui ils sont, et quelles sont leur origine et leur appartenance. Dans leurs recherches indépendantes visant à répondre à ces quelques questions, les membres du comité ont été informés de la frustration des mères à l'égard du peu d'information disponible. Par conséquent, les personnes adoptées doivent mettre en pratique leurs talents de détective dans l'espoir de trouver des renseignements sur leurs propres origines, trop souvent sans succès. Au cours des années de l'après-guerre, de nombreuses adoptions étaient « fermées », à savoir qu'aucune information sur les parents naturels n'était accessible à l'enfant adopté, et que les parents naturels ne disposaient pas de renseignements sur leur enfant et sa famille d'adoption.

Depuis, de nombreuses provinces ont pris des mesures pour ouvrir ces dossiers. Cependant, les personnes adoptées ont déclaré qu'il reste encore un grand nombre d'obstacles à surmonter. D'abord, la loi régissant les pratiques d'adoption varie d'une province à l'autre, et de nombreuses personnes adoptées ont fait observer qu'elle devrait être uniforme à la grandeur du pays malgré la compétence provinciale dans ce domaine. On a aussi indiqué qu'une personne à la recherche de sa famille biologique fait parfois face à des obstacles supplémentaires si elle a été adoptée dans une autre province que sa province de naissance. Enfin, les membres ont été surpris d'apprendre que, en dépit de la tendance au Canada à ouvrir les dossiers d'adoption provinciaux, aucun n'est complètement ouvert : ces dossiers sont

semi-ouverts, de sorte que soit le parent biologique, soit l'enfant peut apposer un veto sur la communication d'information à l'autre partie.

Certaines personnes adoptées ont affirmé que ce veto ne correspondait pas à l'idée de ce qui « constitue l'intérêt supérieur de l'enfant ». D'autres se demandaient pourquoi on accordait la priorité au droit de la mère à la vie privée par rapport à celui d'un enfant de connaître son identité. On croit aussi que le refus de divulguer des renseignements identificateurs aux personnes adoptées ne respectait ni la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)[4], ni la *Charte canadienne des droits et libertés*[5]. Certaines personnes adoptées ont raconté avoir reçu de l'information limitée sur leurs parents naturels, laquelle avait été jugée frauduleuse, ou du moins c'est ce qu'ils croyaient. Ils ont demandé pourquoi l'égalité des droits ne s'appliquait pas à leur cas, et pour quels motifs leur situation difficile n'avait pas été reconnue, comme elle l'avait été pour d'autres catégories de personnes vulnérables.

La douleur et la tristesse décrites par ceux que leur mère avait fait adopter sont d'autant plus dévastatrices, puisque les adoptions forcées sont censées avoir été effectuées dans l'intérêt supérieur des enfants.

> “
>
> Le principe est le suivant : Une personne adoptée est née à partir de rien, donc on ne fait rien pour elle. Naître à partir de rien pour vivre toute une vie dans les mystères et les mensonges, c'est ça, l'adoption plénière.
>
> *Diane Poitras, personne adoptée, membre, Mouvement Retrouvailles*

4 Nations Unies, *La Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948.

5 Ministère de la Justice, *Loi constitutionnelle de 1982 — Partie 1 : Charte canadienne des droits et libertés.*

LES CHERCHEURS SUR L'HISTORIQUE DE L'ADOPTION AU CANADA – CONFIRMATION DE L'EXISTENCE D'UNE PRATIQUE COURANTE

> En plus d'un milieu psychologiquement coercitif, les femmes confinées dans ces foyers racontent avoir subi de la violence sexuelle, verbale et affective.
>
> *Valerie Andrews, mère et directrice générale, Origins Canada*

Il n'existe pas de données officielles indiquant le nombre de femmes célibataires qui ont été contraintes de donner leur bébé en adoption. Cependant, les données historiques de Statistique Canada révèlent que, pendant la période de 1945-1971, près de 600 000 nourrissons sont nés de mères non mariées et étaient considérés de « naissance illégitime[6] » . Au Canada, le taux moyen selon lequel les mères célibataires donnaient leur enfant en adoption n'a pas été enregistré officiellement pour cette période, mais les membres ont appris que jusqu'à 95 % des résidantes des maisons de maternité donnaient leur bébé en adoption, alors que le taux pour les naissances données par les mères célibataires hors de ces institutions atteignait près de 74 %. Aujourd'hui, ce taux est d'environ 2 %. Par conséquent, il semblerait que des centaines de milliers de mères canadiennes vulnérables, mal informées et maltraitées ont fait adopter leur nourrisson au cours des années d'après-guerre.

Des témoins ayant une connaissance approfondie des pratiques d'adoption canadiennes ont confirmé aux membres du comité les témoignages des mères et des personnes adoptées. Les jeunes mères célibataires qui se retrouvaient sans moyens financiers ou sans support familial allaient s'isoler dans des foyers pour filles mères dirigées par l'Église, après avoir demandé en vain l'aide de leur famille, de leurs amis ou de leur église. Les Églises catholique, unie, anglicane[7] et presbytérienne ainsi que l'Armée du Salut exploitaient ces foyers. Les membres ont également appris que, dans certains cas, on réclamait des frais aux jeunes femmes ou à leur famille pour s'occuper d'elles. Dans tous les cas, il semble que les installations mettaient en place un horaire strict pour les résidentes. Celles-ci étaient tenues d'exécuter des tâches qui leur étaient assignées, d'assister à des « cours » qui les préparaient à accomplir des tâches domestiques plutôt que de contribuer à leur scolarisation, et d'assister à des

6 Statistiques historiques du Canada, « *Section B : Statistique de l'état civil et santé, Série B1-14. Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par âge, taux brut de reproduction et pourcentage de naissances à l'hôpital, Canada, 1921 à 1974* », R.D. Fraser, Queen's University, p. 2, 1999.

7 Plus de 70 % des Canadiens se sont déclarés catholiques, unis ou anglicans lors des recensements effectués au cours des années 1941-1971. Statistique Canada, Statistiques historiques du Canada, « *Section A : Population et migration, série A164-184. Principales confessions religieuses de la population, dates de recensement, 1871 à 1971* », K.G. Basavarajappa et Bali Ram, Statistique Canada, p. 4, 1999.

services religieux. Toutefois, les horaires stricts ne visaient pas la mise en place d'un milieu structuré et réglementé : les jeunes participantes étaient traitées davantage comme des détenues. Certains foyers avaient des barreaux aux fenêtres, et la circulation de leurs résidantes était surveillée de près. Dans plusieurs cas, celles-ci n'étaient pas autorisées à utiliser leur nom de famille, seulement leur prénom, ni à se parler de leur situation. Ces jeunes femmes étaient souvent victimes d'humiliations et d'abus de la part des infirmières, des sœurs, des travailleurs sociaux, des matrones et des dirigeants d'Église. On leur disait qu'elles n'avaient aucune valeur, qu'elles étaient exclues de la société, qu'elles avaient péché et qu'elles méritaient donc le traitement qu'elles recevaient, et que de toute façon, elles devaient être psychologiquement mal et inaptes, car elles étaient devenues enceintes.

Par ces mauvais traitements infligés aux femmes enceintes, on visait à les briser afin de pouvoir obtenir leur consentement à renoncer à garder leur bébé, même si on leur disait qu'on voulait les empêcher de pécher de nouveau. Outre les mauvais traitements verbaux et psychologiques, on avait également recours à des renseignements erronés ou trompeurs. Par ailleurs, les figures d'autorité à qui ces jeunes femmes auraient dû pouvoir faire confiance, car elles n'avaient aucun motif ou aucune expérience leur permettant de connaître leurs droits, de poser des questions ou de se méfier de l'information fournie, les exploitaient. Les femmes n'étaient pas informées des options qui pouvaient les aider à prendre soin de leur bébé. On leur disait plutôt qu'il serait égoïste de leur part de garder leur nouveau-né, et qu'une autre famille pourrait lui offrir de meilleurs soins. On les dupait parfois pour qu'elles consentent à l'adoption, et il arrivait qu'elles signent les documents pendant ou peu après leur accouchement. Elles n'étaient jamais avisées de leur droit de révoquer leur consentement.

On a dit aux membres du comité qu'il existait un « impératif de maternité » au cours de la période d'après-guerre, à savoir que les couples faisaient l'objet de pressions sociales et religieuses destinées à encourager la natalité. Des témoins ont indiqué que, pendant cette période, la demande à l'égard des poupons était forte, en particulier à l'égard des poupons blancs[8]. Les mères célibataires se faisaient dire que leur enfant serait stigmatisé s'il grandissait auprès d'elles, mais qu'un couple blanc traditionnel de la classe moyenne pourrait lui offrir un foyer aimant, sans l'embarras : il serait égoïste de priver des enfants de la possibilité d'avoir une « vraie » famille. En fait, tandis que les femmes et les jeunes filles blanches non mariées étaient rabrouées en raison de leur grossesse, les jeunes mères célibataires de couleur étaient rarement, voire jamais envoyées dans ces foyers. Les bébés de couleur étaient considérés comme « non adoptables ». Par conséquent, les mères de couleur n'étaient pas envoyées dans ces foyers ni forcées de renoncer à leur bébé. De plus, la famille, l'Église et la communauté d'une mère de couleur non mariée étaient plus susceptibles de l'appuyer, du fait que celle-ci appartenait à la très petite partie de la population canadienne qui n'était pas de race blanche. En effet, en 1951, les Afro-Canadiens ne représentaient qu'environ 1 % de la population[9].

8 Environ 97 % des Canadiens se considéraient comme étant des Britanniques ou « Autres Européens » dans les recensements de 1941 à 1971. Statistiques historiques du Canada, « *Section A : Population et migration, Série A125-163. Origines de la population, dates de recensement 1871 à 1971* », K.G. Basavarajappa et Bali Ram, Statistique Canada, p. 17, 1999.

9 *Ibid.*

L'accouchement avait généralement lieu à l'hôpital local, où un protocole de « rupture nette » était appliqué, ce qui avait pour conséquence que les mères n'avaient pas accès à leur enfant. Certaines d'entre elles n'étaient pas informées du sexe de leur enfant, alors que l'on mentait cruellement à d'autres en leur disant que leur bébé était décédé.

Des témoins ont décrit les pratiques que l'on utilisait pour obtenir le consentement des mères célibataires à l'adoption comme étant coercitives, coordonnées et trompeuses. La plupart des travailleurs sociaux étaient bien au fait des pressions contraires à l'éthique exercées sur les femmes enceintes et des traumatismes chroniques dont elles risquaient de souffrir. En raison de la forte demande de bébés à adopter au cours des années d'après-guerre, les travailleurs sociaux devaient respecter des quotas en ce qui concerne le nombre de ceux dirigés vers la procédure d'adoption.

Les pères des bébés ont aussi été mal traités pendant cette période. Les membres ont appris que de jeunes hommes qui étaient au courant de la grossesse de la mère et qui voulaient faire partie de sa vie et de celle de l'enfant n'étaient pas autorisés à lui rendre visite dans les foyers de maternité. Dans certains cas, on informait ceux qui persistaient que cela ne les concernait pas et on les renvoyait, les laissant se sentir impuissants et incapables de soutenir leur conjointe. De plus, les mères qui posaient des questions au sujet du père de leur bébé et qui indiquaient qu'elles souhaitaient le voir n'étaient pas autorisées à le faire et se faisaient souvent dire de l'oublier. Enfin, souvent, le nom du père ne figurait pas sur le certificat de naissance. Le comité a entendu qu'en Ontario, si le nom du père y était inscrit, il était supprimé au moment de la signature et du classement des documents d'adoption. Dans certains cas, lorsqu'une jeune mère citait le nom du père biologique, dans les discussions tenues et la documentation remplie à l'intérieur du foyer de maternité, on mentionnait uniquement un « père éventuel ».

Le comité n'a pas reçu un seul témoignage où un jeune couple aurait été encouragé à rester uni et élever leur enfant.

Une fois que leur bébé leur était enlevé, on disait simplement à ces jeunes mères de ne jamais parler à qui que ce soit des épreuves qu'elles avaient vécues. Il n'est donc guère surprenant qu'aucun soutien ne leur soit donné, et que l'on ne leur ait pas laissé entrevoir qu'elles pourraient avoir besoin d'un tel soutien. Toutefois, 82 % des femmes qui ont subi de mauvais traitements dans les foyers pour filles mères de l'après-guerre ont souffert de dépression majeure au cours de leur vie, et 21 % ont tenté de se suicider au moins une fois. Parmi les autres conditions courantes chez ces femmes, mentionnons les troubles anxieux, le chagrin pathologique, les troubles de stress post-traumatique et d'autres problèmes de santé mentale qui les empêchent de faire confiance aux autres et d'établir des relations saines.

> “Autrement dit, on présumait qu'il existait de meilleures options, supposant un meilleur soutien, des revenus plus importants et un logement plus sanitaire, que celles dont les filles mères pouvaient se prévaloir.
>
> *Veronica Strong-Boag, historienne*

Finalement, près du tiers de ces femmes n'ont jamais eu d'autres enfants. À cause de l'expérience qu'elles ont subie aux mains des figures d'autorités des foyers de maternité et des hôpitaux, environ 30 % des mères sont demeurées trop traumatisées ou se sentaient trop honteuses et indignes pour mener à terme une nouvelle grossesse.

LES AGENCES DE RÉUNIFICATION ONT BESOIN DE SOUTIEN ADDITIONNEL

> Les retrouvailles sont brèves et ponctuelles. La reconnexion est une procédure très compliquée qui requiert du counseling, du soutien, des conseils et tout simplement du temps.
>
> *Monica Byrne, mère et présidente, Parent Finders*

Les témoins qui ont expliqué au comité les points de vue des mères et des personnes adoptées représentaient aussi des organisations qui facilitent les retrouvailles entre des personnes adoptées et leurs parents naturels. En ce qui concerne la réunification des mères (et des pères) avec les enfants adoptés, le comité en a appris davantage sur les enjeux ci-dessus mentionnés. Entre autres, les personnes adoptées ont besoin de trouver leur identité et de connaître leurs origines et leurs antécédents médicaux, et les mères, de connaître le sort de l'enfant qu'elles se sont vues forcées d'abandonner, et de lui faire savoir qu'il avait été désiré et aimé.

Des témoins ont souligné les défis liés au manque de cohérence de la réglementation entre les provinces en matière de dossiers d'adoption, et au fait que même celles où ces dossiers sont ouverts permettent encore à un parent ou une personne adoptée de faire obstacle à la divulgation d'information. Une fois qu'un veto est opposé au dossier, on ne tente jamais de le mettre à jour et de tenter de déterminer si la personne qui a opposé son veto désire le retirer. Dans l'éventualité où la personne décède, le veto est maintenu pendant quelque temps ou pourrait ne jamais être retiré, selon la province. Dans certaines circonstances, des membres de la famille élargie, en recherchant des frères et des sœurs ainsi que des cousins inconnus, sont souvent incapables d'avoir accès aux dossiers de leur mère décédée il y a longtemps.

Certains témoins ont indiqué que rien ne devrait empêcher l'ouverture complète des dossiers d'adoption, car, advenant le rejet d'une personne adoptée ou d'une mère par l'autre partie, celle-ci pourrait tout de même avoir accès à de l'information exacte et aussi rechercher d'autres membres de sa famille biologique, et prendre connaissance de son ascendance et de ses antécédents médicaux. Les témoins qui ont pris position à ce sujet ont réclamé de façon unanime des lois uniformes au Canada, selon lesquelles un libre accès aux dossiers d'adoption serait possible.

Les membres du comité ont appris qu'il y avait un besoin urgent de services de counseling approprié. Souvent, les mères sont incapables de trouver l'aide dont elles ont besoin pour faire face à leurs problèmes de santé mentale de toute leur vie occasionnés par la négligence et les mauvais traitements qu'elles ont vécus dans les foyers pour filles mères et par le traumatisme subi du fait d'avoir involontairement confié leur enfant à des agences d'adoption. Ce contexte particulier nécessite des conseillers et des psychologues ayant reçu une formation spécialisée.
Un type de thérapie mentionné comme étant très utile à ces mères, bien que très coûteuse, est l'intégration neutre émotionnelle par les mouvements oculaires. Toutefois, aucune autre information sur cette thérapie ou sur tout autre type de thérapie n'a été transmise aux membres.

Les personnes adoptées, elles aussi, cherchent à suivre une thérapie visant à traiter les problèmes qui peuvent découler de leur adoption, notamment des problèmes d'abandon et d'attachement, de même que de perte d'identité. La réunification, avec ou sans succès, peut aussi entraîner un besoin de conseils et de soutien.

Les membres du comité ont appris que ces personnes ont accès à très peu de spécialistes dûment formés et que, en tout état de cause, la plupart d'entre elles n'ont pas les moyens de se payer les consultations, qui devraient s'étaler sur une longue période.

> La vérité et l'identité devraient constituer des droits universels que l'on respecte et qui prévalent.
>
> Le secret ne peut être gardé à jamais.
>
> *Caroline Fortin, présidente, Mouvement Retrouvailles*

L'EXPÉRIENCE DE L'AUSTRALIE

> La profonde reconnaissance d'une responsabilité collective se dégage d'excuses nationales.
>
> *Daryl Higgins, directeur, Institute of Child Protection Studies, Australian Catholic University*

Les membres du comité ont entendu deux témoins australiens qui ont fait part de leur point de vue sur la réaction de l'Australie à la suite d'une semblable période d'adoptions forcées mises en œuvre dans ce pays après la guerre. En novembre 2010, le Sénat australien a demandé au Community Affairs References Committee (« References Committee ») d'enquêter à cet égard[10]. Entre avril et décembre 2011, ce comité a tenu une enquête comportant plusieurs audiences publiques et 418 mémoires, qui provenaient surtout des personnes touchées.

Le rapport, déposé au Sénat australien le 29 février 2012, contenait 20 recommandations : on y suggérait notamment l'élaboration d'un cadre national visant à s'attaquer aux conséquences des politiques d'adoption forcée[11] et la présentation d'excuses officielles par le gouvernement du Commonwealth, les gouvernements des États et des territoires ainsi que les institutions qui ont exécuté les politiques[12]. Dans le rapport, on recommandait en outre que toutes les excuses « satisfassent aux cinq critères d'excuses officielles établis par la Commission du droit du Canada[13] ». Dans sa réponse, déposée le 21 mars 2013, le gouvernement s'est dit d'accord, ou d'accord en principe, avec la plupart des recommandations du References Committee[14]. Des excuses

10 Parlement de l'Australie, *Terms of Reference – Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices.* [EN ANGLAIS SEULEMENT]

11 Australie, le Sénat, « *Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices* », chapitre 8, recommandation 1, Commonwealth d'Australie, 29 février 2012, page 191. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

12 Ibid., chapitre 9, recommandations 2 et 3, p. 209. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

13 Ibid., chapitre 9, recommandation 4, p. 210. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

14 *Australian Government response to the Senate Community Affairs References Committee Report: Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices*, 21 mars 2013. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

officielles ont été présentées le même jour au Parlement à Canberra. Elles s'accompagnaient de l'offre d'un éventail de services de counseling et de soutien[15].

Déjà en 2012, le gouvernement de l'Australie avait indiqué qu'il avait l'intention de s'excuser pour les politiques d'adoption forcée et, en août de cette même année, il avait établi un groupe de référence qui devait lui fournir des avis sur le libellé, l'échéancier et la présentation de ces excuses. Le groupe de référence comprenait une représentation multipartite des membres du References Committee, qui avait rédigé le rapport, ainsi que de parents et de personnes adoptées. Les témoins australiens ont déclaré aux membres du comité que les excuses avaient été généralement bien accueillies et acceptés.

En plus de présenter des excuses, le gouvernement du Commonwealth d'Australie a aussi investi dans des services de counseling et de soutien à l'intention des personnes touchées par les pratiques d'adoption forcée. Comme il a été mentionné précédemment, peu de professionnels sont adéquatement formés pour offrir du counseling à ces personnes, et, lorsque de l'aide est disponible, il peut être difficile d'y accéder, à cause de son coût. Par conséquent, le gouvernement de l'Australie a pris des mesures telles que l'octroi de ressources à l'Australian Psychological Association pour lui permettre de mettre au point une formation à l'intention des psychologues qui serait adaptée aux personnes adoptées et aux mères qui se sont vu enlever leur bébé. Aussi, dans sa réponse, le gouvernement fournissait des ressources de services de liaison pour aider les mères et les enfants adoptifs à se retrouver. Ce comité a toutefois appris que la réponse ne satisfaisait pas entièrement à l'ensemble des recommandations formulées dans le rapport de 2012 du References Committee, dont l'accès complet et universel aux dossiers d'adoption et aux certificats de naissance originaux, des services de counseling et de soutien à long terme, le financement continu des services de liaison, et la possibilité de passer un test d'ADN. Comme au Canada, ces questions ne sont pas de nature fédérale. Cependant, le gouvernement fédéral continue de collaborer avec les États australiens pour tenter de régler les problèmes continus.

> “Il a fallu un peu de temps aux gens pour accepter [les excuses], parce qu'ils avaient été oubliés si longtemps.
>
> *La sénatrice Rachel Siewert, présidente, Community Affairs References Committee (Australie)*

15 Parlement de l'Australie, « *National Apology for Forced Adoptions* », 21 mars 2013. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

L'HEURE EST À LA GUÉRISON

RECOMMANDATIONS À L'ÉGARD DES ADOPTIONS FORCÉES DE L'APRÈS-GUERRE AU CANADA

> [On scellait les dossiers d'adoption], car, à l'époque, la connaissance par le public de la situation de l'enfant adoptif nuisait à son adaptation... et on jugeait que cela « protégeait » les enfants contre le puissant stigmate de l'illégitimité.
>
> *Mary Ballantyne, chef de la direction, Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance*

Les membres du comité ont été émus par les récits des mères et des personnes adoptées qui ont comparu. Le secret et la honte sont un poids qu'elles portent chaque jour. Des décennies se sont écoulées depuis que ces mères ont été contraintes d'abandonner leur bébé, nombre d'entre elles nous ont quittés, et beaucoup d'autres sont très âgées. Les bébés retirés à leur mère au lendemain de la guerre ont eux-mêmes entre 60 et 79 ans. Les membres du comité craignent que le temps soit compté si l'on veut reconnaître le tort causé à beaucoup de mères et de personnes adoptées survivantes.

Les membres reconnaissent qu'un certain travail a été accompli en ce sens. Au Canada, plusieurs Églises dirigeaient les foyers pour mères célibataires, notamment les Églises catholique, unie, anglicane et presbytérienne, et l'Armée du Salut. Cependant, seule l'Église unie du Canada a analysé le rôle qu'elle a joué dans les adoptions forcées au Canada après la guerre. Parmi les témoins qui ont participé à l'étude du comité, elle était la seule organisation religieuse disposée à le faire. En 2013, elle a mis sur pied un groupe de travail sur l'adoption après qu'un certain nombre de personnes et d'organisations eurent communiqué avec elle pour exprimer leurs préoccupations au sujet du rôle des Églises dans les pratiques d'adoption au Canada. Le groupe de travail sur l'adoption a rendu compte de ses conclusions en ce qui concerne le rôle de l'Église unie, a reconnu ce rôle et a validé l'histoire des mères.

L'Église unie a indiqué qu'elle regrettait d'avoir forcé des mères célibataires à confier leur enfant à des agences d'adoption.

Selon les témoins, même si d'autres Églises ont écouté les préoccupations des particuliers et des organisations au sujet des pratiques d'adoption forcée, elles n'ont pas présenté d'excuses ni pris de mesures concrètes. À ce sujet, l'Armée du Salut a présenté un mémoire dans lequel elle décrit les services qu'elle a offerts et les politiques d'adoption qui avaient cours en Ontario de 1940 à 1980. Dans sa description de son rôle dans les adoptions forcées du Canada d'après-guerre et de sa réponse à celles-ci, l'organisation a affirmé qu'elle « regrette les préjugés et l'attitude dure » de l'époque et qu'elle « n'a jamais appuyé la rupture délibérée du... lien entre une mère et son enfant[16] ».

Les membres du comité sont d'accord avec tous les témoins qui ont comparu pendant cette étude et qui ont dit que des excuses auraient dû être présentées depuis longtemps. Ces mères méritent de recevoir des excuses en raison du traitement qu'elles ont subi, des effets de leurs traumatismes découlant de ce traitement et surtout de la perte de leur enfant. Les personnes adoptées méritent de recevoir des excuses pour s'être vu retirer leur identité dès la naissance et pour les pratiques discriminatoires à cause desquelles elles estiment ne pas s'être vues accorder les droits à l'égalité qui sont inhérents aux autres Canadiens. Cependant, les membres insistent sur le fait que les excuses doivent être globales et s'accompagner de mesures concrètes. Ils signalent le travail effectué par le comité sénatorial de l'Australie, qui a formulé des recommandations à cet égard. Celui-ci indiquait dans son rapport que toutes les excuses doivent satisfaire aux cinq critères pour des excuses officielles énoncés dans le rapport produit pour la Commission du droit du Canada[17]. De façon plus précise, les excuses devraient viser à reconnaître le préjudice, à accepter sa responsabilité, à exprimer des regrets, à assurer que le préjudice ne se reproduira pas et à fournir une certaine réparation au moyen de mesures concrètes [18]. Cette approche renforce les témoignages entendus pendant l'étude selon lesquels, en l'absence de mesures concrètes appuyant des excuses, ces excuses ne sont pas valables. Les membres félicitent aussi le gouvernement de l'Australie de sa réponse au rapport de son comité sénatorial. Pour se préparer à présenter des excuses nationales, le gouvernement avait mis sur pied un groupe d'intervenants chargé de prodiguer des conseils sur le libellé, l'échéancier et la présentation de ces excuses.

Des excuses nationales sont nécessaires autant pour les adoptions imposées aux Canadiennes non mariées après la guerre que pour les enfants que celles-ci ont perdus. Pour bon nombre de ces Canadiens, le temps est compté.

16 Sénat, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, mémoire présenté par l'Armée du Salut, 21 mars 2018, p. 11 (on peut trouver en annexe une liste des mémoires déposés). [TRADUCTION]

17 Australie, le Sénat, « *Commonwealth Contribution to Former Forced Adoption Policies and Practices* », Commonwealth d'Australie, 29 février 2012, p. 197. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

18 Susan Alter, « *La présentation d'excuses relatives à une faute grave : Considérations sociales, psychologiques et juridiques* », Commission du droit du Canada, 1999, p. 14.

Par conséquent, le comité recommande :

RECOMMANDATION 1

Que le Gouvernement du Canada présente, au nom des Canadiens, des excuses officielles aux mères et aux enfants qui ont été victimes des pratiques en matière d'adoption forcée pendant les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. Ces excuses doivent :

- tenir compte des travaux d'un groupe consultatif créé pour orienter le contenu des excuses;
- satisfaire à cinq critères : reconnaître le préjudice, en accepter la responsabilité, exprimer des regrets, promettre que le préjudice ne se reproduira pas et fournir réparation au moyen de mesures concrètes;
- être présentées au Parlement au cours de l'année qui suit le dépôt du présent rapport.

RECOMMANDATION 2

Que la composition du groupe consultatif constitué en vertu de la recommandation 1 comprenne entre autres des mères, des personnes adoptées et des membres d'organisations de réunification.

RECOMMANDATION 3

Que la réparation décrite dans les excuses nationales proposées à la recommandation 1 comprenne entre autres :

- la collaboration entre le Gouvernement du Canada et ses homologues provinciaux et territoriaux en vue de la création d'un fonds visant à soutenir les programmes de formation destinés aux conseillers professionnels qui correspondent aux besoins des mères et des personnes adoptées touchées par les pratiques passées en matière d'adoption forcée, ainsi que la prestation gratuite de services de counseling par les professionnels à ces personnes;
- une campagne de sensibilisation du public reconnaissant et décrivant les pratiques de l'adoption forcée qui a été imposée aux mères célibataires pendant les décennies qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale;
- une plateforme en ligne permettant aux mères et aux personnes adoptées de raconter leur histoire personnelle;
- l'engagement du gouvernement fédéral à sensibiliser les provinces et les territoires à la question de l'accès aux dossiers d'adoption par les parents et les personnes adoptées.

RECOMMANDATION 4

Que le Gouvernement du Canada, en collaboration avec ses homologues des provinces et des territoires :

- amorce un dialogue pour vérifier où en est rendue la législation provinciale en matière de dossiers d'adoption, et notamment si les parents biologiques et les personnes adoptées ont le droit d'avoir accès aux dossiers;
- en arrive à un consensus sur une politique uniforme en ce qui a trait à l'accessibilité des dossiers d'adoption à l'échelle du Canada, reconnaissant le droit d'une personne de connaître son identité;
- conçoive une déclaration commune dans laquelle il demande aux organisations religieuses qui géraient les foyers pour mères célibataires de se pencher sur le rôle qu'elles y ont joué au lendemain de la guerre, de reconnaître les torts causés par leurs actes et d'en assumer la responsabilité;
- collabore avec des organismes d'aide à l'enfance pour réfléchir au rôle que ceux-ci ont joué dans les pratiques d'adoption forcée, afin de présenter des excuses à l'échelle provinciale et territoriale, lesquelles satisferaient aux cinq critères recommandés pour les excuses nationales.

> Garder des secrets ou bloquer l'accès à de l'information porte préjudice aux enfants, aux familles et aux collectivités. Nous compatissons avec tous les enfants adoptés et les familles qui ont été lésés par une adoption contraire à l'éthique, qui se sont vu refuser l'accès à la vérité et qui ont été privés de leur famille et des membres de leur collectivité par suite de cette adoption.
>
> *Le révérend Daniel Hayward, Église unie du Canada*

CONCLUSION

Les membres du comité sont consternés par le traitement amoral auquel de nombreuses mères célibataires ont été soumises pendant les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. Peu importe les pressions sociales ou les normes de l'époque, la cruauté n'a jamais été considérée comme acceptable au sein de la société canadienne. Les torts causés à ces mères sont irréparables, mais le Canada leur doit d'avoir l'occasion de passer le reste de leurs jours à l'abri des traumatismes et des tourments autant que possible. Leurs enfants ont également été traités avec moins d'égards que ceux dont bénéficient la plupart des Canadiens. Ils ont aussi été obligés de vivre leur vie avec les secrets et les mensonges qui leur ont été imposés.

Si aucune mesure n'est prise, les adoptions forcées survenues au Canada à la fin de la guerre laisseront dans leur sillage des centaines de milliers de personnes brisées et insatisfaites. Comme l'Australie, le Canada doit redresser la barre immédiatement afin de tenter de compenser les torts subis par ces personnes, d'alléger quelque peu leurs souffrances et de leur faire savoir que leur histoire a été entendue, et que nous sommes désolés pour les épreuves qu'elles ont dû traverser.

ANNEXE 1 :
LISTE DES TÉMOINS

Mardi 20 mars 2018	
Origins Canada	Valerie Andrews, directrice générale Sandra Jarvie, mère Eugenia Powell, mère
Parent Finders	Monica Byrne, directrice et mère
Adoption, Support, Kinship (ASK)	Wendy Rowney, présidente
Mercredi 21 mars 2018	
À titre individuel	La sénatrice Rachel Siewert, présidente, Community Affairs Reference Committee for the Forced Adoption Inquiry, Sénat de l'Australie Daryl Higgins, professeur, directeur, Institute of Child Protection Studies, Australian Catholic University Veronica Strong-Boag, historienne et consultante en histoire, professeure émérite, Université de Colombie-Britannique
Jeudi 22 mars 2018	
Mouvement Retrouvailles	Caroline Fortin, présidente et coordonnatrice provinciale
Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance	Mary Ballantyne, chef de la direction
Église unie du Canada	Révérend Daniel Hayward, représentant
À titre individuel	Diane Poitras, personne adoptée, membre du Mouvement Retrouvailles

ANNEXE 2 :
MÉMOIRES

- Armée du Salut
- Daryl Higgins
- Mouvement Retrouvailles
- Origins Canada
- Diane Poitras

SÉNAT | SENATE
CANADA