

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, September 29, 2022

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met by videoconference this day at 11:30 a.m. [ET] to study the Federal Framework for Suicide Prevention.

Senator Ratna Omidvar (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, I call to order this meeting of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. My name is Ratna Omidvar. I'm a senator from Ontario and chair of this committee.

Today our committee begins its study of the Federal Framework for Suicide Prevention. We welcome the Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Minister of Mental Health and Addictions; Candice St-Aubin, Vice-President of Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch with the Public Health Agency of Canada; Heather Jeffrey, Associate Deputy Minister with Health Canada; Suki Wong, Director General, Mental Health Directorate, Strategic Policy Branch, Health Canada; Rhonda Kropp, Associate Vice-President, Research-Strategy from the Canadian Institutes of Health Research; Stephanie Priest, Director General, Centre for Mental Health and Well-being, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch with the Public Health Agency of Canada; and Dr. Tom Wong, Chief Medical Officer of Public Health, Indigenous Services Canada. Thank you for joining us. Your time is really appreciated.

I invite the minister to provide opening remarks. Minister, you have done this many times. You know you have five minutes allocated for opening statements with lots of questions coming to you afterwards. Please proceed, minister.

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Minister of Mental Health and Addictions: Thank you, Madam Chair and honourable members of the committee. I am extraordinarily pleased to be here to participate in this extremely timely study on the Federal Framework for Suicide Prevention.

[*Translation*]

I would like to begin by acknowledging that I am speaking to you today from the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinaabe people.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 29 septembre 2022

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 30 (HE), par vidéoconférence, pour son étude sur le Cadre fédéral de prévention du suicide.

La sénatrice Ratna Omidvar (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, je déclare ouverte la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Je m'appelle Ratna Omidvar. Je suis une sénatrice de l'Ontario et je préside ce comité.

Aujourd'hui, notre comité entame son étude sur le Cadre fédéral de prévention du suicide. Nous accueillons l'honorable Carolyn Bennett, c.p., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances; Mme Candice St-Aubin, vice-présidente de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques à l'Agence de la santé publique du Canada; Mme Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée à Santé Canada; Mme Suki Wong, directrice générale, Direction de la santé mentale, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada; Mme Rhonda Kropp, vice-présidente associée, Recherche — Stratégie, aux Instituts de recherche en santé du Canada; Mme Stephanie Priest, directrice générale, Centre de la santé mentale et du bien-être, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques à l'Agence de la santé publique du Canada; et le Dr Tom Wong, médecin en chef de la santé publique, Services aux Autochtones Canada. Merci de vous joindre à nous. Nous vous sommes très reconnaissants du temps que vous nous accordez.

J'invite la ministre à prononcer sa déclaration liminaire. Madame la ministre, vous l'avez fait à maintes reprises. Vous savez que cinq minutes sont accordées pour les déclarations liminaires et que de nombreuses questions vous seront posées par la suite. Nous vous écoutons, madame la ministre.

L'honorable Carolyn Bennett, c.p., députée, ministre de la Santé mentale et des Dépendances : Madame la présidente, honorables membres du comité, je vous remercie. Je suis plus que ravie de venir contribuer à votre étude sur le Cadre fédéral de prévention du suicide, une étude qui arrive à un moment on ne peut plus opportun.

[*Français*]

J'aimerais commencer par souligner que je m'adresse à vous aujourd'hui depuis le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinaabe.

Suicide affects people of all ages and backgrounds across the country. It also continues to be the second leading cause of death among young people in Canada. The pandemic has added a further layer of complexity to this issue.

[English]

Over the last two years, many people across Canada have reported an increase in stress, anxiety, depression and loneliness. We also know that the prevalence of suicidal thoughts was significantly higher in 2021 than in 2019, before the pandemic began. As you all know, the suicide prevention framework was developed almost six years ago in accordance with the Federal Framework for Suicide Prevention Act, a private member's bill that became law in December 2012 — close to ten years ago.

The purpose of the framework was to align the federal activities in suicide prevention with three objectives: reducing stigma and raising awareness; connecting people, information and resources; and advancing knowledge and evidence to better understand suicide and to inform prevention, treatment and recovery.

We are currently developing a national action plan on suicide prevention to update the Government of Canada's approach to this issue and are hoping to share the plan next fall.

Over the coming year, we will be engaging across federal departments, with provinces and territories, with Indigenous communities and people with lived and living experience, to move the existing framework to a much more action-oriented, evidence-based, comprehensive plan.

We are really grateful for the invitation to participate in your truly important and timely study as we work towards a national action plan for suicide prevention to replace the framework. Today's discussion and your insight and recommendations will be absolutely crucial to inform the development of this new approach. As most of you know, we're committed to implementing a 988 number for suicide prevention and mental health crisis support by November 30, 2023. Its planning is under way with partners across the country, but crisis support, as you all know, is only part of an effective suicide prevention plan.

I look forward to hearing your views on where we need to focus and specifically on the need to ground our approach in evidence. What has worked? What has not worked? We are

Le suicide touche des gens de tous les âges et de tous les milieux, partout au pays. Il demeure en outre la deuxième cause de décès chez les jeunes au Canada. La pandémie a ajouté une couche nouvelle de complexité à ce problème.

[Traduction]

Au cours des deux dernières années, de nombreuses personnes de partout au Canada ont signalé une augmentation du stress, de l'anxiété, de la dépression et de la solitude. Nous savons également que les pensées suicidaires ont été beaucoup plus répandues en 2021 qu'en 2019, avant le début de la pandémie. Comme vous le savez tous, le Cadre fédéral de prévention du suicide a été conçu il y a près de 6 ans, conformément à la Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide qui est entrée en vigueur en décembre 2012, il y a près de 10 ans.

Le cadre avait pour but de faire concorder les activités fédérales en matière de prévention du suicide avec trois objectifs : la réduction de la stigmatisation et l'augmentation de la sensibilisation; l'établissement de liens entre les personnes, les renseignements et les ressources; et l'avancement des connaissances et des données probantes afin de mieux comprendre le suicide et d'orienter la prévention, le traitement et le rétablissement.

Nous élaborons actuellement un plan d'action national pour la prévention du suicide afin de mettre à jour la démarche du gouvernement du Canada à cet égard, et nous espérons le dévoiler l'automne prochain.

Au cours de l'année à venir, nous allons mobiliser tous les ministères fédéraux et nous adresser aux provinces et aux territoires, ainsi qu'aux communautés autochtones et aux personnes qui vivent ou ont vécu cette situation, afin de transformer le cadre actuel en un plan beaucoup plus détaillé, orienté vers l'action et fondé sur des données probantes.

Je vous remercie de m'avoir invitée à participer à cette importante étude qui arrive à point nommé, alors que nous travaillons à un plan d'action national pour la prévention du suicide qui viendra remplacer le cadre. La discussion d'aujourd'hui et les idées et recommandations qui en découleront joueront un rôle absolument crucial dans l'élaboration de cette nouvelle approche. Comme vous le savez pour la plupart, nous sommes engagés à mettre en place, d'ici le 30 novembre 2023, un numéro 988 destiné à la prévention du suicide et au soutien en cas de crise de santé mentale. Les partenaires à l'échelle du pays travaillent actuellement à la planification de cette ligne d'assistance, mais le soutien en cas de crise, comme vous le savez tous, ne représente qu'une partie d'un plan efficace de prévention du suicide.

Je suis impatiente de vous entendre sur les aspects auxquels nous devons porter notre attention, et plus particulièrement sur la nécessité de fonder notre approche sur des preuves. Qu'est-ce

looking at outputs versus outcomes and the need for early detection and intensive treatment for those with mental illness and substance use and the need for enhanced training for family doctors.

[Translation]

Our focus also needs to include moving upstream to address the risk factors such as child maltreatment.

We need to improve protective factors, for example, by raising the bar for mental health literacy so people can identify and help others at risk.

[English]

We have made significant investments to implement the pan-Canadian suicide prevention service called Talk Suicide Canada. Budget 2019 invested \$25 million over five years to support the sustainability and implementation of this service, and we have made other upstream investments in mental health promotion and illness prevention, as well as family- and gender-based violence prevention. But these investments, we admit, have not been specifically aimed at reducing suicide rates.

With the help of this committee's study and the work under way on the national action plan, we are committed to maximizing the knowledge of experts, communities and people with lived and living experience to implement a truly effective strategy that would be grounded in evidence.

People have heard me say before, a strategy has to be "what, by when and how?" It can't just be a laundry list of things we're already doing. Suicide is too serious an issue to be funding ideas at the expense of evidence-based programs that actually save lives.

With your help, I am committed to building an effective, comprehensive and evidence-based federal suicide prevention action plan. I look forward to a much-expanded conversation through your questions and the outcome of this committee's study. Madam Chair, we will perhaps want to have ongoing dialogue with you as we share what we have been hearing and how we can go forward with the ideas we have before we finalize the action plan.

The Chair: Thank you, Minister, for your comments. It is gratifying to note that our study comes at a timely point. To that end, I will ask senators to address their questions to the minister

qui a fonctionné? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné? Nous nous penchons sur les réalisations par rapport aux résultats, sur la nécessité d'un dépistage précoce et d'un traitement intensif pour les personnes souffrant de maladies mentales et de toxicomanie, ainsi que sur la nécessité d'améliorer la formation des médecins de famille.

[Français]

Nous devons agir en aval pour traiter les facteurs de risque tels que la maltraitance des enfants.

Nous devons améliorer les facteurs de protection, par exemple en rehaussant le niveau de connaissances en matière de santé mentale afin que les gens puissent identifier et aider les personnes à risque.

[Traduction]

Nous avons beaucoup investi dans la mise en œuvre du service pancanadien de prévention du suicide appelé Parlons suicide Canada. Dans le budget de 2019, le gouvernement a prévu 25 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir la viabilité et la mise en œuvre de ce service, et nous avons fait d'autres investissements en amont dans la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies, ainsi que dans la prévention de la violence familiale ou fondée sur le sexe. Nous admettons toutefois que le but de ces investissements n'était pas précisément de réduire les taux de suicide.

Nous sommes déterminés à miser sur les résultats de l'étude de ce comité et du travail en cours sur le plan d'action national, de manière à tirer le maximum des connaissances des experts, des communautés et des personnes qui vivent ou ont vécu une telle situation, afin de mettre en œuvre une stratégie vraiment efficace qui repose sur des données probantes.

Les gens m'ont déjà entendue dire qu'une stratégie doit cerner l'enjeu, l'échéancier et les mesures à prendre. Il ne peut pas simplement s'agir d'une liste de choses que nous faisons déjà. Le suicide est un problème trop grave pour que les fonds soient consacrés à des idées au détriment de programmes fondés sur des données probantes qui sauvent réellement des vies.

Avec votre aide, je m'engage à créer un plan d'action fédéral de prévention du suicide efficace, complet et fondé sur des données probantes. Je me réjouis à l'idée d'une discussion beaucoup plus approfondie, orientée par vos questions et par les résultats de l'étude de ce comité. Madame la présidente, nous voudrions peut-être avoir des échanges continus avec vous pour vous faire part de ce que nous entendons et de la façon dont nous pouvons mettre en œuvre les idées que nous avons avant de finaliser le plan d'action.

La présidente : Je vous remercie, madame la ministre. Je trouve gratifiant de constater que notre étude arrive à point nommé. À cette fin, je vais demander aux sénateurs de poser

or anyone else in the panel. As always, colleagues, you will have five minutes for your question and for the answer you will get.

The first question will go to the deputy chair of the committee, Senator Bovey from Manitoba.

Senator Bovey: Madam Minister, it is wonderful to see you. Too bad we're talking about such a difficult topic. It is an issue that has affected all of us very closely in one way or another. As you know, I am just back from another trip to the Arctic. You know the effects of suicide in our North are horrific, although they are very serious across the country as well.

This study is to develop a framework. As you have said, the current federal framework was developed six years ago. You are taking that framework and putting it into action. Yes, some very important steps have been taken.

As we focus on the framework now, though — as you say, at this timely moment — from your perspective, what would you like to see this framework deal with that has not been dealt with in prior frameworks?

Ms. Bennett: The most important thing in an action plan is that we need to be focusing on accountability for outcomes. We have to fund what works and stop funding what doesn't work but maybe makes us feel good.

I think that was the worst of the public health approach; it was almost a reflex approach: "We must do something. This is something. Let's do that." We need to be able to evaluate it, but we also need to be very accountable for what is happening in the federal family.

As much as we work with provinces and territories on this very important issue, we have some of the worst outcomes in the people for whom we have direct responsibility: First Nations, Inuit, Métis, the military, RCMP, Corrections. We actually have to be accountable across all government departments as we go forward.

That is one of the things that the deputy and the vice-president are trying to do, with the same seriousness that we had toward the response to the TRC, the Truth and Reconciliation Commission of Canada, and the MMIWG, the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. The tools are often in other departments. We need to be effective as a federal government because, otherwise, how do provinces and territories take us seriously if we're not actually dealing with and getting results for the populations for whom we have responsibility?

leurs questions à la ministre ou à toute autre personne du groupe. Comme toujours, chers collègues, chaque intervenant aura cinq minutes pour ses questions et pour les réponses.

La première intervenante sera la vice-présidente du comité, la sénatrice Bovey, du Manitoba.

La sénatrice Bovey : Madame la ministre, je suis ravie de vous voir. Dommage que nous parlions d'un sujet aussi difficile. C'est une question qui nous a tous touchés de très près d'une manière ou d'une autre. Comme vous le savez, je reviens tout juste d'un autre voyage dans l'Arctique. Vous savez que les cas de suicide dans le Nord sont horribles, bien que la situation soit également très grave dans l'ensemble du pays.

Le but de notre étude est de définir un cadre de travail. Comme vous l'avez dit, le cadre fédéral actuel a été élaboré il y a six ans. Vous travaillez à prendre ce cadre et à le mettre en œuvre. Oui, des mesures très importantes ont été prises.

Mais comme nous nous concentrons maintenant sur le cadre qui arrive à point nommé, comme vous le dites, veuillez nous dire ce que vous aimeriez voir dans ce cadre qui n'a pas été abordé dans les cadres précédents.

Mme Bennett : Pour tout plan d'action, l'aspect le plus important sur lequel nous devons nous concentrer est la responsabilité des résultats. Nous devons financer ce qui fonctionne et cesser de financer ce qui ne fonctionne pas même si nous en tirons de la satisfaction.

Je pense que la pire approche en matière de santé publique était celle de céder à la pulsion de passer à l'action : « Nous devons faire quelque chose. Voilà quelque chose. Allons-y. » Nous devons être en mesure d'évaluer la situation, mais nous devons également nous montrer très responsables concernant ce qui se passe au sein de la famille fédérale.

Nous collaborons en cette matière avec les provinces et les territoires, mais nous obtenons certains des pires résultats chez les personnes dont nous sommes directement responsables : les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis, les militaires, les membres de la GRC, les gens du Service correctionnel. Nous devons en réalité nous montrer responsables dans tous les ministères.

C'est l'une des choses que la ministre déléguée et la vice-présidente tentent de faire, avec le même sérieux que nous avons mis à répondre à la CVR, la Commission de vérité et de réconciliation du Canada, et à l'enquête sur les FFADA, l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Les outils se trouvent souvent dans d'autres ministères. Le gouvernement fédéral doit être efficace. Comment voulez-vous que les provinces et les territoires nous prennent au sérieux si nous ne nous occupons pas des populations dont nous avons la responsabilité et si nous n'obtenons pas de résultats?

Senator Bovey: With the time I have left, may I just ask one more question based upon my experience? During COVID, I would get calls at all times of day and night, primarily from artists who were obviously on the brink. As my colleague Senator Kutcher knows, I did not know how to advise them or what to do except to stay up all night and talk to them. I would suggest they start painting again, right? Let's get that action.

Should this framework deal with awareness for those of us who are not doctors, who are not in the mental health care system? How are we to know how we can help an individual in crisis?

Ms. Bennett: The work that Dr. Kutcher has done on mental health literacy and helping people have the tools to identify people at risk but also to help them navigate to real help will be hugely important.

You mentioned artists. We now know that racialized communities want help that is specific for them. Farmers want help that is specific for them. We actually have to say that the averages do not tell the real story, because there are certain sectors of our society who are doing very badly and where lives are being lost in much greater numbers.

Senator Patterson: Thank you, minister. We are very grateful that you have appeared at the start of this study which we are undertaking.

You played a big role in the Inuit-Crown Partnership Committee table when you had that responsibility. I know that you are well aware that ITK, Inuit Tapiriit Kanatami, has done significant work on an Inuit-specific suicide prevention strategy, which has been funded through the Crown partnership table by the federal government.

I think you hinted at this in your remarks: In order for a national framework to be effective, there does need to be close coordination between service providers and provincial and territorial governments who provide the on-the-ground services, not a siloed approach.

When I look at all of the moving parts with regard to the North, I see Minister Hajdu is in charge of additional services for Nunavut's 86%-Indigenous population. Minister Miller holds the mandate for the Inuit-Crown Partnership Committee; Nunavut Tunngavik Incorporated, NTI, and ITK advocate for Nunavut's Inuit beneficiaries; and then there's the all-important primary service provider, the Government of Nunavut.

La sénatrice Bovey : Dans le temps qu'il me reste, puis-je poser une dernière question fondée sur mon expérience? Durant la pandémie de COVID, je recevais des appels à toute heure du jour et de la nuit, principalement de la part d'artistes qui étaient manifestement au bord du gouffre. Comme le sait mon collègue, le sénateur Kutcher, je ne savais pas trop quels conseils leur donner ou quoi faire, si ce n'est de rester debout toute la nuit et de leur parler. Je leur suggérais, par exemple, de recommencer à peindre. Passons donc à l'action.

Ce cadre devrait-il viser à sensibiliser ceux d'entre nous qui ne sont pas médecins et qui ne font pas partie du système de soins de santé mentale? Comment pouvons-nous savoir comment aider une personne en crise?

Mme Bennett : Le travail effectué par le Dr Kutcher sur les connaissances en santé mentale et sur la nécessité d'aider les gens à avoir les outils nécessaires pour identifier les personnes à risque, mais aussi pour les aiguiller vers une aide réelle, sera extrêmement important.

Vous avez mentionné les artistes. Nous savons maintenant que les communautés racisées veulent obtenir une aide adaptée à leurs besoins. Les agriculteurs souhaitent la même chose. Il faut reconnaître que les moyennes ne disent pas tout, car il y a certains secteurs de notre société qui s'en sortent très mal et où les pertes de vie sont bien plus nombreuses.

Le sénateur Patterson : Merci, madame la ministre. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de comparaître au début de cette étude que nous venons d'entreprendre.

Vous avez joué un grand rôle au Comité de partenariat entre les Inuits et la Couronne lorsque vous assumiez cette responsabilité. Je sais que vous êtes bien consciente du travail important effectué par l'ITK, l'Inuit Tapiriit Kanatami, en vue d'élaborer une stratégie de prévention du suicide propre aux Inuits, stratégie que le gouvernement fédéral a financée par l'entremise de la table de concertation de la Couronne.

Je pense que vous y avez fait allusion dans votre déclaration : pour qu'un cadre national soit efficace, il faut une coordination étroite entre les fournisseurs de services et les gouvernements provinciaux et territoriaux qui offrent les services sur le terrain, et non une approche cloisonnée.

Si je regarde tous les intervenants qui jouent un rôle dans le Nord, voici ce que je constate. La ministre Hajdu est responsable des services supplémentaires pour la population autochtone du Nunavut, qui compte 86 % d'Autochtones. Le ministre Miller détient le mandat pour le Comité de partenariat entre les Inuits et la Couronne. La NTI, soit la Nunavut Tunngavik Incorporated, et l'ITK défendent les intérêts des bénéficiaires inuits du Nunavut. Enfin, il y a le principal fournisseur de services, le gouvernement du Nunavut.

Could you elaborate on how you are coordinating important work in mental health, where suicide is a big element, within the federal family and, I say most importantly, with the territorial and provincial governments who are providing services on the ground?

Ms. Bennett: What a great question. There's also Minister Vandal who has the direct responsibility with the premiers.

On Friday, we did the National Summit on Indigenous Mental Wellness with Minister Hajdu. It was really exciting to see the Inuit-specific breakout sessions, which really spoke to the need for coordination and integration.

I am meeting with Minister Main next week. We will have a meeting this month with my counterparts in mental health and addictions in all of the provinces and territories, as well as with ministers of health where there isn't a separate minister. Then we will move to the health ministers' meeting in November.

It is really clear that the provinces and territories have identified six priority areas they want to work with: integrated youth services, better training for family doctors in mental health, the use of digital, health and human resources, substance use treatment and complex mental illness. So many people have a mental illness but also end up with substance use and can end up taking their lives. Those were the six areas that the provinces and territories chose. We are trying to develop national standards on those so that no matter where you live in this country, you can get care.

We are also hearing about bottom-up successes, like Rebecca Kudloo's program in Baker Lake. We need to know what is working in those communities so we can coordinate to support the things that are working and free up some dollars to move to evidence-based solutions.

Everybody wants to work together and is committed to working together, but an action plan must take into consideration all of the leadership, but particularly community and those with lived and living experience, if we are going to get this right.

Senator Patterson: Very helpful, minister. The committee welcomes your idea of giving you our feedback as your action plan develops. We are all very concerned about making progress on this issue. Suicide rates have not really gone down, sadly, and I do not need to tell you about the problem amongst the Inuit. Thank you.

Pourriez-vous nous expliquer comment vous coordonnez le travail important en matière de santé mentale — et la prévention du suicide en est un élément crucial —, au sein de la famille fédérale et, je dirais surtout, avec les gouvernements territoriaux et provinciaux qui fournissent des services sur le terrain?

Mme Bennett : Quelle excellente question. Il y a aussi le ministre Vandal qui est directement responsable de ce dossier, en collaboration avec les premiers ministres provinciaux.

Vendredi, nous avons tenu le Sommet national sur le mieux-être mental des Autochtones avec la ministre Hajdu. C'était intéressant de voir les séances en petits groupes dédiées aux Inuits, ce qui a vraiment mis en exergue la nécessité d'une coordination et d'une intégration.

Je vais rencontrer le ministre Main la semaine prochaine. Nous aurons une réunion ce mois-ci avec tous mes homologues provinciaux et territoriaux de la Santé mentale et des Dépendances, ainsi qu'avec les ministres de la Santé s'il n'y a pas de ministre distinct. Nous organiserons ensuite la réunion des ministres de la Santé, qui aura lieu en novembre.

De toute évidence, les provinces et les territoires ont relevé six domaines prioritaires sur lesquels ils veulent se pencher : des services intégrés pour les jeunes, une meilleure formation en santé mentale à l'intention des médecins de famille, l'utilisation de ressources numériques, sanitaires et humaines, le traitement de la toxicomanie et les maladies mentales complexes. Il y a tellement de gens qui souffrent d'une maladie mentale, mais qui finissent aussi par consommer des substances et qui peuvent finir par s'enlever la vie. Voilà donc les six domaines que les provinces et les territoires ont choisis. Nous essayons d'élaborer des normes nationales dans ces domaines afin que les gens puissent obtenir des soins, peu importe où ils vivent au pays.

On entend également parler des bons coups réalisés selon une approche ascendante, comme le programme de Rebecca Kudloo à Baker Lake. Il faut savoir ce qui fonctionne dans ces communautés afin de pouvoir coordonner le soutien à cet égard et de libérer des fonds pour passer à des solutions fondées sur des données probantes.

Tout le monde veut travailler ensemble et s'engage à le faire, mais un plan d'action doit prendre en considération tous les dirigeants, surtout ceux à l'échelle communautaire et ceux qui vivent ou ont vécu une telle situation, si nous tenons à bien faire les choses.

Le sénateur Patterson : C'est très utile, madame la ministre. Le comité accueille favorablement votre idée selon laquelle nous pourrions vous transmettre nos commentaires au fur et à mesure de l'élaboration de votre plan d'action. Nous tenons tous à réaliser des progrès dans ce dossier. Les taux de suicide n'ont pas vraiment diminué, hélas, et je n'ai pas besoin de vous rappeler le problème chez les Inuits. Merci.

Ms. Bennett: You know, from colonization to intergenerational trauma, that there are specific issues to be dealt with.

Madam Chair, maybe later in the year, we could have an informal dinner or breakfast, as we have done before, to just share ideas in a more informal setting. I would really enjoy it.

The Chair: Thank you for that offer. We will certainly take you up on it.

Senator Kutcher: Thank you, minister and senior people, for being with us here today. It's very appreciated. I want to recognize, minister, that your historical appointment signals how important mental health and addictions are for all Canadians.

I was very pleased to hear you speak about the idea that this is a timely meeting, that there is a plan to move the framework to an action plan. I applaud that.

One omission from the current framework is an evaluation strategy. We know that suicide rates in Canada have not changed since the framework has been created.

How will the new framework create an evaluation component? I am not saying "if." I am saying "how." Will it focus on the key outcome indicators, which are rates of suicide, hospitalizations because of an attempted suicide and emergency room visits because of a suicide attempt? Those are the key indicators for impact — not whether we took a program and feel better. Will the plan be focusing on those areas?

Ms. Bennett: Absolutely. It is the way we are moving from evaluation to applied research. The tethering to the academy has been hugely important in the work that we've been doing to date. You and I believe we should start with research and then have the knowledge translated into a policy and then find the political will to get to the practice. But then you must have applied research on what you've put in place to make sure you are getting better research questions, to make sure we are asking the right things. I think those questions are, "Are we saving lives? Are we dealing with this in a real way?"

Flipping the switch on the 988 number means that we'd better have the capacity in place so that when people call that number — and this is what we have heard — we have competent people taking those calls. Do we have a team that would respond if they had to? Do we have a place to take them? We actually must have a comprehensive strategy. That means that with the

Mme Bennett : Comme vous le savez, nous devons aborder des enjeux particuliers, allant de la colonisation aux traumatismes intergénérationnels.

Madame la présidente, peut-être que plus tard dans l'année, nous pourrions nous réunir dans le cadre d'un dîner ou d'un déjeuner informel, comme nous l'avons déjà fait, pour simplement échanger des idées de façon moins formelle. J'en serais très heureuse.

La présidente : Merci pour cette invitation. Nous allons certainement y donner suite.

Le sénateur Kutcher : Merci, madame la ministre, et merci à votre équipe de hauts fonctionnaires d'être des nôtres aujourd'hui. Nous vous en sommes très reconnaissants. Je tiens à souligner, madame la ministre, que votre nomination historique témoigne de l'importance que revêtent la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie pour tous les Canadiens.

J'ai été très heureux de vous entendre dire que notre réunion arrive à point nommé et que l'on a l'intention de transformer le cadre en un plan d'action. Je m'en réjouis.

Un des éléments qui manquent dans le cadre actuel, c'est une stratégie d'évaluation. Nous savons que les taux de suicide au Canada n'ont pas changé depuis la création du cadre.

Comment le nouveau cadre créera-t-il un volet évaluation? Je ne demande pas « si » on le fera, mais bien « comment ». Mettra-t-on l'accent sur les principaux indicateurs de résultats, à savoir les taux de suicide, le nombre d'hospitalisations attribuables à une tentative de suicide et le nombre de visites aux urgences à la suite d'une tentative de suicide? Voilà les principaux indicateurs qui nous permettent de mesurer les répercussions, au lieu de chercher à établir si une personne se sent mieux après avoir suivi un programme. Le plan sera-t-il axé sur ces domaines?

Mme Bennett : Tout à fait. C'est ainsi que nous passons de l'évaluation à la recherche appliquée. La collaboration avec le milieu universitaire a été d'une grande importance pour le travail que nous avons accompli jusqu'à présent. Vous et moi sommes d'avis qu'il faut commencer par la recherche, puis transformer les connaissances en une politique et, enfin, trouver la volonté politique de passer à la pratique. Mais il faut ensuite mener des travaux de recherche appliquée sur ce qui a été mis en place pour s'assurer que l'on améliore les questions de recherche et que l'on pose les bonnes questions. Il s'agit, selon moi, de poser les questions suivantes : « Sauvons-nous des vies? Régions-nous ce problème de manière concrète? »

Avant d'activer le numéro 988, nous ferions mieux d'instaurer la capacité nécessaire. Ainsi, lorsque les gens composeront ce numéro — et c'est ce qu'on nous a dit —, il y aura des personnes compétentes qui prendront ces appels. Avons-nous une équipe qui pourrait intervenir en cas de besoin? Avons-nous un endroit où emmener ces gens? Nous devons disposer d'une stratégie

help of researchers and with the accountability and transparency of the data, we can determine whether we are winning or losing on saving lives.

Senator Kutcher: I am very pleased to hear you speak about how important that applied research link to policy directions is for that three-digit number. We want to know whether it has actually decreased suicide rates in Canada or just been another crisis number. That would be really important.

To slightly switch the question here: Will there be an opportunity, as this action plan is developed, to commission, or get in some other way, an independent expert review of the private sector's involvement in suicide prevention? There are all sorts of these programs for sale. People with good intention buy them. However, I am not sure that the people with good intentions sell them. The evidence for many of them is lacking. Will there be a chance to have a critical lens put on that kind of activity in Canada so that Canadians can be certain that if they are actually taking a program that is said to involve suicide prevention, it is actually preventing suicides?

Ms. Bennett: I am really interested in those answers because I think that we have seen industries build up around this. When I was doing Indigenous affairs work, literacy programs that don't work were dumped into a band office. Again, this is not about us feeling that we are at least doing something.

I have seen examples of some of those programs working in a prison. At Stony Mountain, the lifers were trained how to identify the new people coming in and to buddy with them. That took their suicide rate down. But I also want to know what else has been successful.

With the help of this committee, if there's something you want to suggest that we do and will tell us how to do it in terms of external review of some of the industry players in suicide prevention, I would very much welcome that.

[Translation]

Senator Petitclerc: You may have read or heard the very tragic story of a young woman in Quebec, Amélie Champagne. She tried to kill herself and wound up spending a few days in emergency in a hospital in a different city. She was sent to Montreal, and she went on to commit suicide. I'm not asking you to comment on that specific case, but it really highlights the gaps in the system when it comes to prevention, as well as access to emergency medical attention and health care. Obviously, Quebec has countless challenges around access to emergency medical attention and health care.

complète. Cela signifie qu'avec l'aide des chercheurs et grâce à la reddition de comptes et à la transparence des données, nous pourrions déterminer si nous gagnons ou perdons en fonction du nombre de vies sauvées.

Le sénateur Kutcher : Je suis très heureux de vous entendre parler de l'importance du lien entre la recherche appliquée et les orientations stratégiques pour ce numéro à trois chiffres. Nous voulons savoir s'il permet réellement de réduire les taux de suicide au Canada ou s'il n'est qu'un autre numéro à composer en cas de crise. Ce serait vraiment important.

Permettez-moi de formuler la question un peu différemment : au fur et à mesure de l'élaboration de ce plan d'action, aurons-nous la possibilité de commander auprès d'experts indépendants, ou d'obtenir d'une autre manière, un examen de la participation du secteur privé à la prévention du suicide? On vend toutes sortes de programmes de ce genre. Des gens bien intentionnés les achètent. Je doute toutefois des bonnes intentions de ceux qui les vendent. Il y a absence de preuve dans bien des cas. Aurons-nous l'occasion de porter un regard critique sur ce genre d'activités au Canada afin que les Canadiens puissent être certains de l'efficacité des programmes destinés à prévenir le suicide?

Mme Bennett : J'aimerais bien connaître ces réponses parce que nous avons assisté à l'émergence de diverses industries dans ce domaine. Lorsque je travaillais au ministère des Affaires autochtones, les programmes de sensibilisation inefficaces finissaient par se retrouver au bureau d'un conseil de bande. Je le répète, il ne s'agit pas de se contenter du minimum.

J'ai vu certains de ces programmes donner de bons résultats dans le milieu carcéral. À Stony Mountain, les détenus purgeant une peine à perpétuité ont reçu une formation pour savoir comment identifier et accompagner les nouveaux détenus. Cela a fait baisser leur taux de suicide. Cependant, je veux aussi savoir quelles autres initiatives ont été couronnées de succès.

Avec l'aide du comité, je serai très heureuse de tenir compte de vos suggestions d'idées, s'il y a lieu, quant à la façon de procéder pour mener un examen externe sur certains des intervenants du secteur privé qui œuvrent dans le domaine de la prévention du suicide.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Vous avez peut-être lu ou entendu cette histoire très triste, au Québec, de cette jeune fille, Amélie Champagne qui, après une tentative de suicide, s'est retrouvée à l'urgence pendant quelques jours dans une ville qui n'était pas la sienne. On l'a laissée partir vers Montréal, puis plus tard, elle s'est suicidée. Je ne vous demanderai pas de faire un commentaire sur ce cas en particulier, mais cela met beaucoup en lumière les lacunes en matière de prévention, d'accès aux soins d'urgence et aux services de santé. Évidemment, quand on regarde le Québec, on sait qu'il y a énormément de défis pour ce qui est de l'accès aux soins d'urgence et aux services de santé.

What do you think the federal government's role is in ensuring those gaps are closed in order to prevent similar tragedies?

Ms. Bennett: That's a good question.

I think good outcomes absolutely hinge on the provision of care after a visit to the emergency room. It's also very important that the information be shared with family doctors.

In the health care system, information about an emergency room visit always has to be shared with Integrated Youth Services. Ensuring communication with Integrated Youth Services is key to the provision of quality care afterwards.

Senator Petitclerc: Thank you very much.

[English]

Senator Brazeau: Thank you, minister, for being here. First, for full disclosure, I am not a member of the committee yet but perhaps because of this study I may become a member.

I was very happy when you were named last year. I communicated with your office. Unfortunately, I have not heard from you yet. However, I am glad that you are here today.

I tried to commit suicide on August 2, 2014 and again on January 18, 2016. Just because I am a man and I'm an Indigenous person — because of those two facts — I have more chances of committing suicide than anyone else in this room.

On November 16, 2021, a story broke in the papers about 12 attempted suicides in Rapid Lake, Quebec, a community just north of my Algonquin community, north of Kitigan Zibi. Twelve attempted suicides; two people died.

Your government has talked consistently about truth and reconciliation, truth and reconciliation. Let's get to that reconciliation because the truth is too horrible. We know that Indigenous peoples have increased chances of committing suicide. With everything that we know about the intergenerational trauma of residential schools, what is your government doing? In order to get to reconciliation, we need to do reparation. We need to help people who are hurting.

I am a senator of Canada. I was hurting. I tried to commit suicide. But I'm lucky because I'm here talking to you today about an issue that is very important to me. What is your government going to do for those Indigenous peoples, once and

Comment voyez-vous le rôle du gouvernement fédéral pour ce qui est de veiller à combler ces écarts afin que de telles tragédies ne se produisent plus?

Mme Bennett : C'est une bonne question.

Je pense que les soins après une visite à l'urgence sont absolument essentiels pour donner de bons résultats. Également, l'information transmise aux médecins de famille est très importante.

Dans le système de santé, il est toujours nécessaire que l'information concernant une visite à une salle d'urgence soit communiquée aux Services intégrés pour les jeunes. C'est très important d'établir une communication avec les Services intégrés pour les jeunes afin de pouvoir bénéficier de soins de bonne qualité par la suite.

La sénatrice Petitclerc : Merci beaucoup.

[Traduction]

Le sénateur Brazeau : Merci, madame la ministre, d'être des nôtres. Tout d'abord, histoire d'être totalement transparent, je ne suis pas encore membre du comité, mais étant donné cette étude, je pourrai peut-être le devenir.

J'ai été ravi d'apprendre votre nomination l'année dernière. J'ai communiqué avec votre bureau. Malheureusement, je n'ai pas encore eu de vos nouvelles. En tout cas, je suis content que vous soyez ici aujourd'hui.

J'ai fait une tentative de suicide le 2 août 2014 et, à nouveau, le 18 janvier 2016. Ce n'est pas parce que je suis un homme et, de surcroît, un Autochtone — à cause de ces deux faits — que je cours plus de risques de me suicider que n'importe qui d'autre dans cette salle.

Le 16 novembre 2021, une affaire a éclaté dans les journaux à propos de 12 tentatives de suicide à Lac-Rapide, au Québec, une communauté juste au nord de ma communauté algonquine, au nord de Kitigan Zibi. Douze tentatives de suicide; deux personnes sont mortes.

Le gouvernement ne cesse de parler de vérité et de réconciliation. Passons donc à cette réconciliation, car la vérité est trop horrible. Nous savons que les Autochtones risquent davantage de se suicider. Compte tenu de tout ce que nous savons sur le traumatisme intergénérationnel des pensionnats, que fait le gouvernement? Pour parvenir à la réconciliation, nous devons réparer les torts causés. Nous devons aider les gens qui souffrent.

Je suis un sénateur du Canada. Je souffrais, alors j'ai tenté de me suicider. Mais j'ai de la chance parce que je suis ici aujourd'hui pour vous parler d'une question qui me tient à cœur. Que fera le gouvernement pour les Autochtones, une bonne fois

for all? It is time to stop with your bureaucratic bull crap about what we need to do for outcomes. No. What are we going to do?

Between 2017 and 2019, my office worked on a study about suicide prevention. We know that 75% of suicides are committed by men. That number increases if you are an Indigenous person. Inuit communities in Canada are home to the biggest suicide rates in the world. We know that. What my office did with that study is we contacted every provincial government. We wanted to know what they were doing in terms of suicide prevention.

Here is the key — and it is not a fight between men and women —but 75% of suicides are committed by men, but when you look at what provincial governments are doing in terms of programs or assistance for men and women, there is a huge disparity. Today, I don't know where to go if I need help. I know where to call, but the number is so long. I tried to commit suicide twice, and I still don't know the number. Now we'll change it to a three-digit number. That may help. If we know that men, Indigenous peoples, are the ones who are committing suicide, why aren't we focusing our programming on men? That is my question.

Ms. Bennett: It is such a powerfully important question. Your feeling that people do not know the truth is also part of it. People don't know the truth about intergenerational trauma, child abuse or all of the things that predispose people to feeling that there is no other way than to take their lives.

I think that what we are learning is that we need culturally competent care, trauma-informed care. The Indigenous Physicians Association of Canada and Dr. Nel Wieman are doing really important work. Nel is really the first female Indigenous psychiatrist and a member of the Governing Council of the Canadian Institutes of Health Research, or CIHR. We have to do, "Nothing about us without us." It's going to be solved by us really learning about the role of Indigenous professional leadership on this, including knowledge keepers and elders.

One of the most recent CIHR studies on substance use at Kílala Lelum, on Vancouver's Downtown Eastside, shows that people who are in touch with their language and culture are less likely, in terms of recidivism, to go into the street for their drugs. There is a hugely important understanding that we must support what the Indigenous communities know will work.

pour toutes? Il est temps d'arrêter les conneries bureaucratiques sur ce qu'il faut faire pour obtenir des résultats. Non. Qu'allons-nous faire concrètement?

Entre 2017 et 2019, mon bureau a réalisé une étude sur la prévention du suicide. Nous savons que 75 % des suicides sont commis par des hommes. Ce chiffre augmente si la personne est autochtone. Les communautés inuites du Canada affichent les taux de suicide les plus élevés au monde. Nous le savons. Dans le cadre de l'étude menée par mon bureau, nous avons communiqué avec tous les gouvernements provinciaux. Nous voulions savoir ce qu'ils faisaient en matière de prévention du suicide.

Voici l'essentiel — et il ne s'agit pas d'un affrontement entre hommes et femmes —, mais 75 % des suicides sont commis par des hommes. Or, quand on examine ce que les gouvernements provinciaux offrent aux hommes et aux femmes en matière de programmes ou d'aide, on constate une énorme disparité. Aujourd'hui, je ne sais pas où aller si j'ai besoin d'aide. Je sais où appeler, mais le numéro est si long. J'ai fait deux tentatives de suicide, et je ne connais toujours pas le numéro. Nous allons maintenant le remplacer par un numéro à trois chiffres. Cela peut aider. Si nous savons que ce sont les hommes, les Autochtones, qui se suicident, pourquoi ne ciblons-nous pas nos programmes en fonction de leurs besoins? Voilà ma question.

Mme Bennett : C'est une question très importante et très percutante. Vous avez l'impression que les gens ne connaissent pas la vérité, et c'est là un des facteurs. Les gens ne connaissent pas la vérité sur les traumatismes intergénérationnels, la maltraitance des enfants ou toutes les choses qui prédisposent les gens à penser que le suicide est la seule option.

Ce que nous constatons, c'est que les gens ont besoin de soins adaptés aux réalités culturelles, de soins qui tiennent compte des traumatismes subis. L'Association des médecins autochtones du Canada et la Dre Nel Wieman effectuent un travail très important à cet égard. À titre de première femme psychiatre autochtone, la Dre Wieman est également membre du conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC. Nous devons appliquer le principe « rien de ce qui nous concerne ne doit se faire sans nous ». Nous pourrions trouver des solutions si nous en apprenons plus sur le rôle de leadership des professionnels autochtones dans ce domaine, y compris sur celui des gardiens du savoir et des aînés.

L'une des plus récentes études des IRSC sur la consommation de substances à Kílala Lelum, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, révèle que les personnes qui préservent un lien avec leur langue et leur culture sont moins susceptibles, en matière de récidive, de se procurer de la drogue dans la rue. Il est très important de comprendre que nous devons appuyer les programmes dont l'efficacité est attestée par les communautés autochtones.

I agree with you. It is a fact that men, unfortunately, are more likely to achieve suicide than women, and we have to deal with those numbers. We need an action plan that responds to those numbers and responds to the fact that it is unlikely that someone sitting on a distress line from wherever will be able to meet their needs. How do we make sure that it's culturally safe, that the Hope for Wellness Helpline is the one?

I met with Alvin Fiddler this week, and NAN, the Nishnawbe Aski Nation, has its own distress line. We have to make sure that there's no wrong number, no wrong door. The reason we have had to wait on the 988 number is that places with the highest suicide rates don't actually have the technology to be hooked up. How could we start something that wouldn't deal with the most seriously affected?

We hope that you'll stay with us on this. I would love to know anything that you have learned in your outreach to provinces and territories. Anything that you've got, I'm sure that this committee would love to have it in the study. We will make sure that all of your lived and living experience comes in, in our design of the plan.

Senator Brazeau: Thank you very much. As a quick supplemental, obviously this is not about me. It's about those who are continuously hurting. I guess my question is this. You're a doctor. With everything we know about post-generational trauma and all the harms that the Government of Canada has done to First Nations people — my question is simple — does the Government of Canada believe, and do you personally believe, that it is the responsibility of the federal government to enter into a reparations phase for the wrongdoings that were done when we are talking about mental health and suicide prevention so that we may get reconciliation?

I am a bit forward-thinking. I have a few years left here, 20 some-odd years. If we don't do something here today — and I know elections come and go — I will make a bold prediction that, in 20 years from now, we will be talking about the same thing again. Indigenous people will be overrepresented in suicides. They are not going to have the help that they need. This is what we need to do. We need to put something in place. I know there will always be suicides, but the key is to try and prevent them as much as possible.

Here is the opportunity that we have so that in 15, 20 years from now, we are not talking about the same thing. Because 15, 20 years ago, when I started my career, we were talking about the same thing. I wasn't born yesterday.

Je suis d'accord avec vous. Il est vrai que les hommes sont, malheureusement, plus susceptibles de se suicider que les femmes, et nous devons tenir compte de ces chiffres. Nous avons besoin d'un plan d'action qui remédie à la situation et qui reconnaît qu'il est peu probable que la personne au bout du fil d'une ligne d'écoute soit en mesure de répondre aux besoins des appelants. Comment nous assurer que les conseils sont adaptés aux réalités culturelles, que la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être est la bonne ressource?

J'ai rencontré Alvin Fiddler cette semaine. D'ailleurs, la NAN, la Nation Nishnawbe Aski, a sa propre ligne d'écoute. Nous devons nous assurer qu'il n'y a pas de mauvais numéro, pas de mauvaise porte. La raison pour laquelle nous avons dû attendre pour obtenir le numéro 988, c'est que les régions où le taux de suicide est parmi les plus élevés n'ont pas accès à la technologie nécessaire pour le raccordement. Comment pourrions-nous lancer un service qui ne serait pas accessible aux personnes les plus durement touchées?

Nous espérons que vous continuerez à collaborer avec nous dans ce dossier. J'aimerais beaucoup savoir ce que vous avez appris dans le cadre de vos discussions avec les provinces et les territoires. Je suis sûre que le comité serait enchanté d'en tenir compte dans son étude. Nous veillerons à ce que toute votre expérience, passée et présente, soit mise à profit dans la conception du plan.

Le sénateur Brazeau : Merci beaucoup. Pour compléter rapidement, il ne s'agit évidemment pas de moi. Il s'agit de ceux qui souffrent continuellement. Je suppose que ma question est la suivante. Vous êtes médecin. Avec tout ce que nous savons sur les traumatismes post-générationnels et tous les torts que le gouvernement du Canada a causés aux peuples des Premières Nations — ma question est simple — le gouvernement du Canada croit-il, et croyez-vous personnellement qu'il est de la responsabilité du gouvernement fédéral d'entrer dans une phase de réparation pour les méfaits qui ont été commis — lorsqu'il est question de santé mentale et de prévention du suicide — afin qu'il y ait une réconciliation?

J'ai tendance à anticiper l'avenir. Il me reste quelques années à vivre ici, une vingtaine d'années. Si nous ne faisons pas quelque chose aujourd'hui — et je sais que les élections vont et viennent —, je vais faire une prédiction audacieuse : dans 20 ans, nous parlerons encore de cela. Au chapitre des suicides, les Autochtones seront surreprésentés. Ils ne recevront pas l'aide dont ils ont besoin. Voici ce que nous devons faire. Nous devons mettre en place quelque chose. Je sais qu'il y aura toujours des suicides, mais l'essentiel est d'essayer de les prévenir autant que possible.

Voilà la chance que nous avons de faire en sorte que dans 15 ou 20 ans, nous ne parlions plus de la même chose. Parce qu'il y a 15, 20 ans, quand j'ai commencé ma carrière, nous parlions de la même chose. Je ne suis pas né hier.

Ms. Bennett: I think what you're saying is what everyone in this room believes: We don't want to be having this conversation again in 20 years. We actually want to be putting in place things that work and the things that understand intergenerational trauma. I think people don't understand it, whether it's the epigenetics or the parenting gaps. All of the things that we know are part of people belonging, that secure personal cultural identity, your resilience — all of those things got completely extinguished during residential schools.

The Indian Residential Schools Settlement Agreement is there, but let's get on and do the kind of work that will lead to, and bring real acceleration to, a healing journey, work that is designed by First Nations, Inuit and Métis. We will be there to support whatever we can do to get people along their healing journey faster.

The Chair: Senator Mockler ceded his time and, as you can see, Senator Brazeau used it well.

[Translation]

Senator Mégie: Thank you for being with us, minister. Forgive me for being late. You may have already addressed the question I'm going to ask.

In response to Senator Brazeau's question, you said a plan was needed. I would add that it has to be tailored to Indigenous communities. Can that be achieved under the Federal Framework for Suicide Prevention? I have a second question. How can we understand what is happening in Canada's cultural communities if the provinces aren't collecting the information? Does the framework allow for that?

Ms. Bennett: That's an excellent question. I think the plan has to take into account not only the specific realities of First Nations, Inuit and Métis communities, but also the differences between First Nations. That means the differences around geography and location, as well as capacity. A one-size-fits-all approach won't work for all First Nations.

Developing a responsible and transparent plan means taking into account community diversity, data and evidence. I think the first time I sought information on emergency room visits, hospitalization and intensive treatment by province and territory was during the pandemic. Identifying the differences between the areas of responsibility and jurisdictions gives Canadians transparency. I also think it's extremely important to provide transparency regarding the outcomes for the different communities, and to take into account the reality and the stigma facing people of South Asian and African descent. Mental health issues are associated with a great deal of shame in those communities, and my fellow members have spoken to me about

Mme Bennett : Je pense que ce que vous dites, c'est ce que tout le monde dans cette pièce croit : nous ne voulons pas avoir cette conversation à nouveau dans 20 ans. Nous voulons en fait mettre en place des choses qui fonctionnent et qui comprennent ce qu'est le traumatisme intergénérationnel. Je pense que les gens ne comprennent pas ce que cela signifie, qu'il s'agisse de l'épigénétique ou des lacunes parentales. Toutes les choses que nous savons faire partie de l'appartenance des gens, cette identité culturelle personnelle bien assise, votre résilience — toutes ces choses ont été anéanties durant l'épisode des pensionnats.

La Convention de règlement relative aux pensionnats indiens est là, mais allons-y et faisons le travail qu'il faut pour arriver concrètement au processus de guérison et pour l'accélérer, un travail qui aura été conçu par les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Nous serons là pour soutenir cet exercice de toutes les façons possibles afin d'accélérer le cheminement des gens vers la guérison.

La présidente : Le sénateur Mockler a cédé son temps et, comme vous pouvez le constater, le sénateur Brazeau l'a bien utilisé.

[Français]

La sénatrice Mégie : Merci, madame la ministre, d'être avec nous. Excusez mon retard, vous avez peut-être dit des choses qui ont trait à la question que je vais poser.

À la suite de votre réponse à la question du sénateur Brazeau, vous avez dit qu'il fallait avoir un plan d'action, j'ajoute le terme « adapté aux communautés autochtones ». Est-ce possible d'y arriver au moyen du Cadre fédéral de prévention du suicide? J'ajouterais une deuxième question : comment peut-on faire le portrait des différentes communautés culturelles du Canada si les provinces ne recueillent pas ces informations? Est-ce que le cadre peut le permettre?

Mme Bennett : C'est une excellente question et je pense que le plan doit comporter des particularités pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, mais doit aussi tenir compte des différences entre les Premières Nations, donc des différences en matière de géographie et de capacité; ce n'est pas *one size fits all*, même parmi les Premières Nations.

La diversité, les chiffres et les données sont très importants pour élaborer un plan de façon responsable et transparente. Pendant la pandémie de COVID-19, je crois que c'était la première fois que je m'informais sur les provinces et les territoires, pour ce qui est des visites dans les salles d'urgence, des hospitalisations, des soins intensifs. C'est transparent pour tous les Canadiens de déterminer les différences entre les champs de compétences. À mon avis, c'est aussi très important d'avoir de la transparence entre les résultats pour les communautés diverses et aussi, il faut tenir compte de la réalité de la stigmatisation pour les personnes de l'Asie du Sud et les Africains — c'est une grande honte là-bas —, et les députés

how important it is to ensure that intensive treatment is available to people in those communities. Foreign students also experience a high suicide rate.

[English]

As we say in English, if you measure it, you know it, and if you know it, you have to do something. Right?

[Translation]

I think it would be helpful to have a plan that takes into account the figures for the diverse communities across Canada.

[English]

The Chair: Thank you, minister.

Senator Dasko: When I was in the public-opinion-research business, I worked on many files for Health Canada, so it is really great to see you still doing that valuable work. Thank you for being here.

So we've been talking about a particular segment of Canadian society. I want to talk now about the Canadian public. You have reducing stigma and raising public awareness as one of your goals. Could you describe what progress you have made in this area to date? What are the indicators you have that might show whether you've made progress? That's the first question.

Second, from the academic research — and I'm not very familiar with this area — but what is the relationship between raising awareness and reducing stigma and suicide prevention? Is there an actual relationship between the two, and how does that operate? Could you describe what that is?

Ms. Bennett: It is something that we all play a role in. As we said at the beginning, COVID has made things worse. However, perhaps on stigma, it's improved things a little bit. Because we were all struggling, people have been a little bit more likely to admit they are struggling, both in mental health and in substance use.

If we can take those gains to say that “mental health is health” — You wouldn't be embarrassed to tell somebody that your blood pressure was up. But how do we move forward on that?

Also, we're hearing from the South Asian and African communities that the stigma is so high that they won't even tell their parents or their families, including foreign students. We've got to get leaders in those communities to be able to lead on this. A lot of the members of Parliament have come to me from the

m'ont parlé de l'importance d'avoir des soins intensifs pour eux. De plus, il y a un grand taux de suicide chez les étudiants étrangers.

[Traduction]

Comme on le dit en anglais, si vous le mesurez, vous le savez, et si vous le savez, vous devez faire quelque chose. N'est-ce pas?

[Français]

Je pense qu'un plan sur les chiffres pour la diversité du Canada serait inutile.

[Traduction]

La présidente : Merci, madame la ministre.

La sénatrice Dasko : Lorsque j'étais dans le secteur de la recherche sur l'opinion publique, j'ai travaillé sur de nombreux dossiers pour Santé Canada, alors c'est vraiment formidable de vous voir continuer à faire ce précieux travail. Je vous remercie d'être ici.

Nous avons donc parlé d'un segment particulier de la société canadienne. Je veux maintenant parler du public canadien. L'un de vos objectifs est de réduire la stigmatisation et de sensibiliser le public. Pourriez-vous décrire les progrès que vous avez réalisés dans ce domaine jusqu'à présent? Quels sont les indicateurs dont vous disposez qui pourraient montrer si vous avez fait des progrès? C'est la première question.

Deuxièmement, d'après la recherche universitaire — et je ne suis pas particulièrement versée dans ce domaine —, quelle est la relation entre la sensibilisation et la réduction de la stigmatisation d'une part et la prévention du suicide d'autre part? Y a-t-il une relation réelle entre les deux et, dans l'affirmative, comment cela fonctionne-t-il? Pouvez-vous nous expliquer ce qu'il en est?

Mme Bennett : C'est un aspect à l'égard duquel nous avons tous un rôle à jouer. Comme nous l'avons dit au début, la COVID a aggravé les choses. Cependant, en ce qui concerne la stigmatisation, elle les a peut-être améliorées un peu. Parce que nous étions tous en difficulté, les gens ont été un peu plus enclins à admettre qu'ils étaient en difficulté, tant en matière de santé mentale que de toxicomanie.

Si nous pouvons profiter de ces progrès pour dire que « la santé mentale est la santé »... Vous ne seriez pas gêné de dire à quelqu'un que votre tension artérielle est élevée, mais comment pouvons-nous faire des progrès à cet égard?

Par ailleurs, les membres des communautés sud-asiatiques et africaines nous disent que la stigmatisation est si forte qu'ils n'en parlent même pas à leurs parents ou à leur famille. C'est la même chose pour les étudiants étrangers. Nous devons trouver des leaders dans ces communautés pour qu'ils puissent prendre

South Asian community saying that I don't know how bad it is in their community. When I met with the African community in Edmonton, the third-biggest Black community in Canada, they have a network of Black therapists who can help.

If there is a huge stigma, people don't seek help. They are too embarrassed to seek help or to admit they are struggling. We want to see people able to access care for mental health. It is why we are hoping to work on the kind of work that Dr. Kutcher has been doing on mental health literacy. How do you let people know that it's okay to not be okay and to seek help? We're seeing in substance use that people really aren't telling the truth. In regard to people who have mental health struggles and substance use and, therefore, end up taking their lives, we have to deal with all of those parts.

Senator Dasko: So can I interpret from what you said that the focus really isn't on public awareness, but it is on target groups where there are particular circumstances?

Ms. Bennett: We want mental health literacy in high schools. Senator Kutcher was saying that they even take it into public schools in Alberta. We need people to understand that mental health is health, and just learning about reproductive health when you are in grade 10 is not going to be enough. We need to have people understand their feelings.

Residential schools really drummed out — In the medicine wheel there's mental, physical, emotional and spiritual quadrants, and the emotional quadrant of emotional — Not being able to admit your feelings, not being able to describe your feelings, is deadly. People can't admit how they are feeling because of stigma or because they have no experience or were never taught it was okay to cry or to express that they are struggling.

[Translation]

Senator Mockler: Minister, I want to commend you. Your interest in the Federal Framework for Suicide Prevention is very welcome.

Madam Chair, I also want to acknowledge your leadership on this issue as well as Senator Kutcher's ongoing dedication in this area.

[English]

Thank you for the time, and I cede the balance of my five minutes to Senator Kutcher.

l'initiative dans ce domaine. De nombreux députés de la communauté sud-asiatique sont venus me voir pour me dire que je ne savais pas à quel point la situation était mauvaise pour les leurs. La communauté africaine d'Edmonton que j'ai rencontrée — la troisième plus grande communauté noire du Canada — a un réseau de thérapeutes noirs qui peuvent l'aider.

S'il y a une stigmatisation très marquée, les gens ne cherchent pas d'aide. Ils sont trop gênés de demander de l'aide ou d'admettre qu'ils ont des difficultés. Nous voulons que les gens puissent accéder aux soins en santé mentale. C'est pourquoi nous souhaitons nous pencher sur le type de travail que le Dr Kutcher a effectué sur nos connaissances au sujet de la santé mentale. Comment faire savoir aux gens qu'il est normal de ne pas aller bien et de chercher de l'aide? Dans le domaine de la toxicomanie, nous constatons que les gens ne disent pas vraiment la vérité. Quant aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et qui, par conséquent, finissent par s'enlever la vie, nous devons nous occuper de tous ces aspects.

La sénatrice Dasko : Je peux donc interpréter ce que vous avez dit en affirmant que l'accent n'est pas vraiment mis sur la sensibilisation du public, mais sur des groupes cibles où il y a des circonstances particulières?

Mme Bennett : Nous voulons que les écoles secondaires soient au fait de la santé mentale. Le sénateur Kutcher disait que c'est quelque chose qui s'est amorcé dans les écoles publiques en Alberta. Il faut que les gens comprennent que la santé mentale, c'est la santé, et qu'il ne suffit pas d'apprendre la santé reproductive en 10^e année. Nous devons faire en sorte que les gens comprennent ce qu'ils ressentent.

Les pensionnats ont vraiment fait disparaître... Dans la roue de la médecine, il y a le quadrant mental, le quadrant physique, le quadrant émotionnel et le quadrant spirituel. Ne pas être capable d'admettre ses sentiments, ne pas être capable de les décrire, c'est mortel. Les gens ne peuvent pas admettre ce qu'ils ressentent à cause de la stigmatisation ou parce qu'ils n'ont pas d'expérience en la matière, ou qu'on ne leur a jamais appris qu'il était normal de pleurer ou d'exprimer leurs difficultés.

[Français]

Le sénateur Mockler : Madame la ministre, je veux vous féliciter et j'applaudis aussi votre intérêt pour le Cadre fédéral de prévention du suicide.

Madame la présidente, j'aimerais aussi reconnaître votre leadership sur cette question et je félicite notre collègue, le sénateur Kutcher, qui a toujours à cœur ce dossier.

[Traduction]

Je vous remercie de votre temps, et je cède le reste de mes cinq minutes au sénateur Kutcher.

The Chair: Senator Kutcher will have to wait for the second round. Thank you, Senator Mockler.

Ms. Bennett: Madam Chair, because of Senator Mockler's point, one of the things I didn't mention in my opening remarks is the importance of national licensure for the francophone community, for the Indigenous community, for young people who already have a counsellor but go to school somewhere else — for them to be able to maintain that continuity with their counsellor. It's the same if they have a francophone counsellor, if they want an Indigenous counsellor — that's one thing that Minister Duclos and I will be pushing hard for at the health ministers' meeting.

I think the provinces and territories want to do it, and I think the colleges have been a little bit in the way. We need to find a way through.

Senator Moodie: Thank you, Minister Bennett, for being here today. I always love the discussions we have around health care.

I want to shift to access of care. As a pediatrician, both in the past and currently, access to care is probably the biggest problem that we face for children. Access to emergency care and access to post-event care continue to be the biggest problems. We're here to evaluate the current framework, so let's talk about what we know.

What do we understand about the state of access to care, both acute and post-event care, based on what we've learned from the current framework?

Second, as we move toward a national action plan, is there discussion under way with the provinces to get their agreement to collect outcome data? That would help us understand access to care. That way we can really get a real picture of where we stand.

Ms. Bennett: I think the report will be scathing on this, and we can't do this without the data.

Access to care is really important. We've heard from the pediatricians, the pediatric psychiatrists, in a lot of the previous work, even being able to identify early psychosis and to actually have people with the appropriate treatment — A lot of the deaths we have seen, both in suicide and overdose — sometimes a young person with schizophrenia ends up with substance use and then takes their life, either accidentally or on purpose — When a child with needs is identified, we need to get them to help right away.

La présidente : Le sénateur Kutcher devra attendre le deuxième tour. Merci, sénateur Mockler.

Mme Bennett : Madame la présidente, en raison du point soulevé par le sénateur Mockler, l'une des choses que je n'ai pas mentionnées dans mes observations liminaires est l'importance d'un permis d'exercice national pour la communauté francophone, pour la communauté autochtone, pour les jeunes qui ont déjà un conseiller, mais qui vont à l'école ailleurs, afin qu'ils puissent maintenir cette communication avec leur conseiller. C'est la même chose s'ils ont un conseiller francophone ou s'ils veulent un conseiller autochtone — c'est une chose sur laquelle le ministre Duclos et moi-même allons insister lors de la réunion des ministres de la Santé.

Je pense que les provinces et les territoires veulent le faire, et je pense que les collèges se sont un peu mis en travers du chemin. Nous devons trouver une solution.

La sénatrice Moodie : Merci, madame la ministre, d'être ici aujourd'hui. J'aime toujours les discussions que nous avons au sujet des soins de santé.

Je voudrais passer à l'accès aux soins. En tant que pédiatre, que ce soit par le passé ou à l'heure actuelle, l'accès aux soins pour les enfants est probablement le plus grand problème auquel nous avons toujours été confrontés. L'accès aux soins d'urgence et l'accès aux soins post-événement restent les plus gros problèmes. Nous sommes ici pour évaluer le cadre actuel, alors parlons de ce que nous savons.

D'après ce que nous avons appris du cadre actuel, que comprenons-nous de l'état de l'accès aux soins, qu'il s'agisse de soins intensifs ou de soins post-événement?

Deuxièmement, alors que nous nous dirigeons vers un plan d'action national, des discussions sont-elles en cours avec les provinces pour obtenir leur accord afin de recueillir des données sur les résultats? Cela nous aiderait à comprendre où en est l'accès aux soins. De cette façon, nous pourrions vraiment avoir une idée concrète de la situation actuelle.

Mme Bennett : Je pense que le rapport sera cinglant à ce sujet, et nous ne pouvons pas faire cela sans les données.

L'accès aux soins est vraiment important. Dans le cadre de nombreux travaux antérieurs, les pédiatres et les psychiatres pédiatriques nous ont dit qu'il nous fallait être en mesure de repérer les psychoses précoces et d'offrir aux gens le traitement approprié... Un grand nombre des décès que nous avons vus, tant par suicide que par surdose — parfois, une jeune personne atteinte de schizophrénie finit par consommer de la drogue et s'enlève la vie, accidentellement ou volontairement... Lorsqu'il est établi qu'un enfant a des besoins, nous devons l'aider immédiatement.

That kind of wait-list data is imperfect, unfortunately. As a family doctor, sometimes I have seen that the wait time only started when the person got to the cardiologist. The cardiologist said how long it took to get the patient to surgery, not how long I waited for the patient to see the cardiologist.

We need to make sure that, as we look at this data of access, that it is from the first moment or maybe even from the first time they called a line. That's why the IYS, the Integrated Youth Services, is so important. Because the kids sign up and they are prepared — I mean, for some reason, children and youth are prepared to share their data. They want their counsellor to know that they were in the ER last weekend. They are prepared to have that kind of integrated chart that allows us to really look at what the time frames are between them presenting with concerns and when they actually get that kind of help.

As we look to stepped care — from peer counselling, to family doctors, to social workers, psychologists, the high-powered specialists in psychiatric care — we also need to be able to measure how long it took them to get through each of the steps. As we've seen with the tragedy of perinatal mental health and with Dr. Simone Vigod's study that of the 40 people who came asking for help, only two needed the perinatal highly specialized psychiatrist. Most of the others were helped at some other level of care. As you know, suicide is a very grave risk in people who are postpartum who are not getting the kind of support they need.

The Chair: Minister, we all have talked about coordination and how important and critical it is. Let's leave out the provinces for a minute. I know the way that conversation would go. My question to you is about coordination at the federal level, with federal departments and agencies. Let me assume that even though coordination will be there, it can always be improved. How would you like to see it improved? Would you consider the creation of a high-level ministerial round table to deal with the crisis of suicide?

Ms. Bennett: Yes, and I think in the next hour you will hear what the officials have been doing on exactly that issue. I have conversations with Minister Anand, Minister Hajdu and Minister Mendicino on corrections, which is one of my things. I think that the issue around prison is huge as well.

I want to start with your first question. I have coveted the U.K.'s NHS, National Health Service, approach where, as a family doctor, I could just go to the computer and get the young

Ce genre de données sur les listes d'attente est malheureusement imparfait. En tant que médecin de famille, j'ai parfois constaté que le temps d'attente ne commençait que lorsque la personne arrivait chez le cardiologue. Le cardiologue disait combien de temps il fallait pour amener le patient en chirurgie, et non combien de temps je devais attendre pour que le patient voie le cardiologue.

Lorsque nous examinons ces données d'accès, nous devons nous assurer qu'il s'agit du premier moment ou peut-être même de la première fois qu'ils ont appelé une ligne. C'est pourquoi les SIJ, les Services intégrés pour les jeunes, sont si importants. Parce que les enfants et les jeunes s'inscrivent et qu'ils sont disposés, pour une quelconque raison, à communiquer les données qui les concernent. Ils veulent que leur conseiller sache qu'ils sont allés aux urgences la fin de semaine dernière. Ils sont prêts à avoir ce genre de tableau intégré qui nous permet de vraiment examiner les délais entre le moment où ils verbalisent leurs inquiétudes et celui où ils obtiennent effectivement ce genre d'aide.

En ce qui concerne les soins en étapes — du conseil par les pairs aux médecins de famille, en passant par les travailleurs sociaux, les psychologues et les spécialistes de haut niveau en soins psychiatriques —, nous devons également être en mesure de mesurer le temps qu'il leur a fallu pour franchir chacune des étapes. Comme nous l'avons vu avec la tragédie de la santé mentale périnatale et avec l'étude de la Dre Simone Vigod, sur les 40 personnes qui sont venues demander de l'aide, seules deux ont eu besoin du psychiatre hautement spécialisé en périnatalité. La plupart des autres ont été aidées par un autre niveau de soins. Comme vous le savez, le suicide est un risque très présent chez les personnes en période post-partum qui ne reçoivent pas le type de soutien dont elles ont besoin.

La présidente : Madame la ministre, nous avons tous parlé de la coordination, et nous avons souligné son importance et son caractère névralgique. Laissons de côté les provinces pour une minute. Je connais la tournure que prendrait cette conversation. Ma question porte sur la coordination à l'échelon fédéral, avec les ministères et organismes fédéraux. Permettez-moi de présumer que même si la coordination existe, elle peut toujours être améliorée. Comment souhaiteriez-vous qu'elle soit améliorée? Envisageriez-vous la création d'une table ronde ministérielle de haut niveau pour faire face à la crise de suicides?

Mme Bennett : Oui, et je pense que dans la prochaine heure, vous entendrez ce que les fonctionnaires ont fait exactement à ce propos. J'ai des échanges avec la ministre Anand, la ministre Hajdu et le ministre Mendicino au sujet du service correctionnel, qui est l'un de mes sujets. Je pense que la question des pénitenciers est également très importante.

Je voudrais commencer par votre première question. J'ai convoité l'approche du NHS, le National Health Service du Royaume-Uni, où, en tant que médecin de famille, je pouvais

person in front of me an appointment for the next day for mental health supports. I think we can aspire to systems that would work, but I do think that we have a responsibility across the federal family to have this coordinated more. I was quite surprised speaking to Scott McLeod, who is head of the regulatory authorities and came out of the military. The military, on therapy, has an expected response curve, and if people aren't meeting that curve, then they get a second opinion or something comes in.

So I think there are modalities that are being used in other departments that could be helpful or shown not to be helpful if we could actually get the kind of research and evidence that we think we need across the whole federal family.

The Chair: Thank you, minister. Let me pivot to my people, the South Asians in Canada. There are 1.6 million of them. Research has shown they suffer from high rates of anxiety and mood disorders and their rates of suicide are high. You mentioned the social stigma attached to disclosing, let alone counselling. Has the framework, as it is, has evaluated appropriately the depth of the problem in the South Asian community, and what it has advised you to do that you can actually translate into your action plan?

Ms. Bennett: I think Ms. St-Aubin will talk a little bit more about how things are evaluated. When I was in Peel this summer learning about the South Asian distress centre that received \$150,000 to deal specifically with that community in a distress line. I think we want to know what happened to that money. Has it worked? How do you measure what works? The money that we gave to TAIBU in Scarborough to evaluate primary care across the Black community — are they getting enough supports? It's the same with the Harriet Tubman Institute at York University evaluating the mental health supports for Black post-secondary students across the country.

I think we are starting with CIHR and other parts of the academy to actually get the kinds of answers that this committee is asking for, and that will be the basis for a serious action plan that will get results.

The Chair: Thank you, Minister. Let me remind you and your colleagues that 85% of South Asians are less likely to seek treatment than others. Let's just leave it at that.

Senator Kutcher: Minister, in your thinking about the action plan, one of the things that we have found from recent literature reviews by Mann, Dillon and Mustafa, for example, is that probably the only robust intervention in suicide prevention is the training of primary care physicians to identify and treat. That

simplement consulter l'ordinateur et obtenir pour le jeune devant moi un rendez-vous de soutien en santé mentale pour le lendemain. Je pense que nous pouvons aspirer à des systèmes qui fonctionneraient, mais je pense que nous avons la responsabilité, au sein de la famille fédérale, de mieux coordonner tout cela. J'ai été assez surprise lorsque j'ai parlé avec Scott McLeod, qui est à la tête des autorités réglementaires et qui vient de l'armée. En matière de thérapie, l'armée a une courbe de réponse attendue, et si les gens n'atteignent pas cette courbe, alors ils obtiennent un deuxième avis ou quelque chose arrive.

Je pense donc qu'il y a des modalités qui sont utilisées dans d'autres ministères et qui pourraient s'avérer utiles ou non si nous pouvions obtenir le genre de recherche et de preuves dont nous pensons avoir besoin dans toute la famille fédérale.

La présidente : Merci, madame la ministre. Permettez-moi de revenir à mon peuple, les Sud-Asiatiques du Canada. Ils sont 1,6 million. Des recherches ont montré qu'ils souffrent de taux élevés de troubles d'anxiété et d'humeur et que leur taux de suicide est élevé. Vous avez mentionné les stigmates sociaux liés à la divulgation, sans parler du counselling. Est-ce que le cadre, tel qu'il est, a évalué correctement la profondeur du problème dans la communauté sud-asiatique? Aussi, que vous a-t-il conseillé de faire que vous pourriez traduire concrètement dans votre plan d'action?

Mme Bennett : Je pense que Mme St-Aubin parlera un peu plus de la façon dont les choses sont évaluées. Lorsque j'étais à Peel cet été, j'ai appris que le centre de détresse sud-asiatique avait reçu 150 000 \$ pour s'occuper précisément de cette communauté au moyen d'une ligne d'écoute téléphonique. Je pense que nous voulons savoir ce qu'il est advenu de cet argent. Cela a-t-il fonctionné? Comment mesure-t-on ce qui fonctionne? L'argent que nous avons donné à TAIBU à Scarborough pour évaluer les soins primaires dans la communauté noire... Reçoivent-ils suffisamment d'aide? C'est la même chose pour l'Institut Harriet Tubman de l'Université York, qui évalue le soutien en santé mentale des étudiants noirs de niveau postsecondaire dans tout le pays.

Avec les Instituts de recherche en santé du Canada et d'autres intervenants du monde universitaire, je pense que nous commençons à obtenir le genre de réponses que ce comité demande, et qui serviront de base à un plan d'action sérieux apte à donner des résultats.

La présidente : Merci, madame la ministre. Permettez-moi de vous rappeler, à vous et à vos collègues, que 85 % des Sud-Asiatiques sont moins susceptibles de se faire soigner que les autres. Restons-en là.

Le sénateur Kutcher : Madame la ministre, en ce qui concerne votre réflexion sur le plan d'action, l'une des choses que nous avons constatées à partir des récentes analyses documentaires de Mann, Dillon et Mustafa, par exemple, c'est que la seule intervention solide en matière de prévention du

leaves out all the other physicians and leaves out nurses and clinical nurse specialists. Will the action plan really focus on ensuring that all human service providers have the capacity to be able to — that's teachers, counsellors, everybody who is a human service provider, not just a few family physicians. That kind of training across the board could go so far to be able to assist early identification and early treatment. It has to be in the medical schools, in nursing schools, in social work schools and in postgraduate training programs. Is that plan going to be thinking about that?

Ms. Bennett: Absolutely. As we hear from the College of Family Physicians of Canada, their plan is to extend its two-year residency — which I took, taught and examined — to three years because they are worried that the people that they are turning out are not comfortable in mental health, addictions and pain. So it would be interesting for the committee to ask them to explain how they see that third year.

I know that what I'm hearing in some of the addiction clinics is that when a resident comes in and gets first-hand experience with this, they kind of like it and are prepared to go on. It's the same as with family physicians. We need more generalists who feel comfortable in those areas. I agree that it is the same across the health care provider spectrum. Everybody needs to be better at this. We cannot just have the emergency department thinking that someone is just trying to get attention, taking kind of dismissive approach that has caused lives to be lost.

I also think, Senator Kutcher, of the work you've done on barbers, hairdressers, taxi drivers and bartenders who can actually also have mental health literacy. Raising the mental health literacy of all Canadians is, I think, our ultimate goal as we go forward. Everybody should know how to recognize somebody who is not themselves today.

The Chair: Thank you very much, minister, for your time. We really appreciate it. We will take you up on that invitation for breakfast.

We will continue our meeting now with questions to the officials. There are no opening statements, so that will give us a lot of time to dig into the substance. Our first question will, as always, go to our deputy chair, Senator Bovey, from Manitoba.

Senator Bovey: Thank you, Madam Chair.

suicide est probablement la formation des médecins de soins primaires pour identifier et traiter. Cela laisse de côté tous les autres médecins, le personnel infirmier ainsi que le personnel infirmier des cliniques spécialisées. Le plan d'action s'attachera-t-il vraiment à faire en sorte que tous les prestataires de services à la personne aient la capacité d'agir, c'est-à-dire les enseignants, les conseillers, tous les prestataires de services à la personne, et pas seulement quelques médecins de famille? Ce type de formation, dispensée dans tous les domaines, pourrait contribuer à un dépistage et à un traitement précoces. Elle doit être dispensée dans les écoles de médecine, dans les écoles de soins infirmiers, dans les écoles où l'on forme les travailleurs sociaux et dans les programmes de formation postuniversitaire. Ce plan va-t-il tenir compte de cela?

Mme Bennett : Tout à fait. Comme l'a dit le Collège des médecins de famille du Canada, il compte prolonger d'un an sa résidence de deux ans, une idée que j'ai reçue, sur laquelle je me suis penchée et à laquelle j'ai réfléchi. Le collège craint en effet que les personnes qui terminent leur résidence ne soient pas à l'aise avec les questions liées à la santé mentale, aux dépendances et à la douleur. Il pourrait donc être intéressant pour le comité de demander des détails au collège sur cette troisième année de résidence.

De ce que j'ai pu glaner dans certaines cliniques de désintoxication, les résidents qui s'y présentent et y obtiennent leur première expérience pratique en la matière l'apprécient et sont ensuite prêts à poursuivre leur cheminement. Même chose chez les médecins de famille. Il nous faut plus de généralistes qui sont à l'aise dans ces domaines. Je suis d'accord que cela vaut pour l'ensemble des fournisseurs de soins de santé. Tout le monde doit s'améliorer à cet égard. Nous ne pouvons pas laisser le personnel des urgences croire que la personne tente simplement d'attirer l'attention et adopter une approche plutôt condescendante qui entraîne des pertes de vies.

Je pense également, sénateur Kutcher, au travail que vous faites sur les barbiers, les coiffeurs, les chauffeurs de taxi et les barmans, qui peuvent eux aussi avoir des connaissances en santé mentale. Accroître les connaissances de tous les Canadiens en santé mentale me paraît ici notre but ultime. Tout le monde devrait être en mesure de reconnaître les signes qu'une personne n'est pas elle-même.

La présidente : Merci beaucoup de votre temps, madame la ministre. Nous vous en sommes très reconnaissants. Nous acceptons votre invitation à déjeuner.

Notre séance se poursuit maintenant avec des questions à l'intention des fonctionnaires. Il n'y aura pas de déclaration liminaire, ce qui nous donnera beaucoup de temps pour approfondir le sujet. Comme toujours, la première question est le privilège de la vice-présidente, la sénatrice Bovey, du Manitoba.

La sénatrice Bovey : Merci, madame la présidente.

I have to say that the discussion with the minister was very important and very enlightening.

I will come back to something that I asked her and that Senator Kutcher developed in a much more articulate way than I did. It is on public awareness and training for all of us who have any kind of public role: teachers, nurses, whoever is in touch with people. How do you see this updated framework and your action plan developing that, knowing the cultural specificity and uniqueness of the many cultures that make up this country? I am talking Indigenous people, immigrants and those who were born in Canada but come from multiple cultural diversities.

I would be interested in your taking that further.

Heather Jeffrey, Associate Deputy Minister, Health Canada: As the minister was saying, for us, a critical part of the framework is prevention and early intervention. Ideally, greater awareness and greater training in mental health literacy, such as the work that Senator Kutcher is doing, will help reduce stigma and help people seek assistance earlier. That is really critical to preventing suicide. We need to have crisis lines. We obviously need to have those emergency supports. However, that broader awareness is critical. Stigma reduction in particular communities is important.

One of the areas where we have moved a long way in the last ten years is in the collection of disaggregated data. That kind of analysis at a much more specific level, whether it is by gender or by community, is critical to effective evaluation of programs, given how differently community cultures respond to some of these issues and the particular challenges that are faced in communities as a result of some of the trauma that minister Bennett was alluding to.

Senator Bovey: Do you feel that fear of seeking help is another thing? I think that is different from stigma in seeking help. I have no qualifications for this at all, but with the experiences that I have been thrown into, it seems I have been hearing from people who are very fearful.

Ms. Jeffrey: That is definitely a key ingredient. One of the areas of work where we found interventions to be the most effective is in peer support and peer counselling, for example, in integrated youth services. But across the board in different sectors, people feel most comfortable speaking to people who share their experience.

Je dois dire que la discussion que nous avons eue avec la ministre a été fort importante et éclairante.

Je veux revenir sur une question que je lui ai posée et que le sénateur Kutcher a ensuite approfondie de façon beaucoup plus structurée. Il s'agit de la sensibilisation de la population et de la formation de toute personne qui, comme nous, occupe un quelconque rôle public, soit les enseignants, les infirmières, bref toute personne qui interagit avec les gens. De quelle façon, selon vous, ce cadre mis à jour et votre plan d'action y contribuent-ils, à la lumière des particularités culturelles et de la nature unique de bien des cultures qui forment le Canada? Je fais référence ici aux Autochtones, aux immigrants et aux personnes nées au Canada, mais dont le bagage culturel est multiple.

J'aimerais vous entendre un peu plus là-dessus.

Heather Jeffrey, sous-ministre déléguée, Santé Canada : Comme l'a expliqué la ministre, la prévention et l'intervention précoce constituent un élément crucial du cadre pour nous. Idéalement, une plus grande sensibilisation et une formation accrue en santé mentale, dans la même veine que le travail mené par le sénateur Kutcher, contribueront à réduire la stigmatisation et aideront les gens à demander de l'aide plus tôt. C'est primordial pour prévenir le suicide. Nous devons avoir des lignes d'écoute téléphoniques. Nous avons évidemment besoin de ces soutiens d'urgence. Toutefois, cette sensibilisation plus large est essentielle. La réduction de la stigmatisation dans certaines communautés est en outre importante.

La collecte de données non regroupées est l'un des secteurs où nous avons fait des pas de géants depuis 10 ans. Il est crucial de procéder à ce genre d'analyse de façon beaucoup plus ciblée, que ce soit par genre ou par communauté, pour que l'évaluation des programmes soit efficace, vu toutes les réactions possibles à certains de ces problèmes dans les communautés culturelles et les difficultés précises que vivent les communautés dues au traumatisme auquel la ministre Bennett a fait allusion.

La sénatrice Bovey : Ne croyez-vous pas que la crainte de demander de l'aide est un autre aspect? Cela me semble différent de la stigmatisation associée à la demande d'aide. Je ne suis absolument pas qualifiée en la matière, mais si je me fonde sur les situations dans lesquelles je me suis retrouvée, les gens expriment de grandes craintes.

Mme Jeffrey : C'est assurément un élément clé. Le soutien par les pairs et l'aide par les pairs, dans les services à la jeunesse intégrés par exemple, sont l'un des volets où nous avons constaté que les interventions étaient les plus efficaces. Toutefois, globalement, dans différents secteurs, c'est avec des gens qui partagent leur expérience que les personnes sont les plus à l'aise de parler.

In the pandemic, the loss of social connection was one of the major factors in some of the higher rates of anxiety and crisis that we saw. A variety of tools will be required to reach out to those people. I want to turn it to Candice to speak to the specifics of the framework.

Candice St-Aubin, Vice-President, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch, Public Health Agency of Canada: Thank you, senator, for the question.

Just to build on what Heather was saying, the framework was first created several years ago, but now we have come through two-plus years of pandemic. The framework was structured at the time as more of a coordination function, federally. Since we're now coming to the work that's happened with the pandemic, and being able to finally access the critical information and data as best we can in our surveillance to find out the unique disaggregated realities of those sub populations, we have some lessons learned. We also have the work of this committee and, certainly, the work of Senator Kutcher around the literacy so that people are aware and can articulate what they are experiencing.

There is a fear. I think about the care system. I think of what has just happened with Ms. Echaquan and changes in Indigenous populations — that fear of going into an institution and what will happen, the cultural sensitization, the linguistic realities. Making sure that these issues are accommodated and reflected upon is part of the conversation.

We have a starting point with the federal framework now as it is. We need to go above and beyond. We have certainly heard Minister Bennett say, "Who is going to pick up the phone? Who will answer those questions? Where will that individual go?" These are portions that have to be explored in the continuum of services. There are issues potentially of fear, not just stigma, but even fear of who is going to be where I end up going to.

The Chair: Honourable senators, I will remind you that we also have witnesses online. They include Stephanie Priest who is with the Public Health Agency of Canada; Rhonda Kropp from the Canadian Institutes of Health Research; and Dr. Tom Wong from Indigenous Services Canada.

Senator Patterson: First, could PHAC, the Public Health Agency of Canada, submit to the committee a list of suicide prevention programs or interventions funded by the federal government for the period 2016 to 2020, indicating the amount funded and criteria used, if any, to assess whether a significant and sustained decrease in suicide rates in the population targeted has been achieved?

Durant la pandémie, la perte de lien social a été l'un des principaux facteurs de la hausse des taux d'anxiété et de crise que nous avons constatée. Un éventail d'outils seront nécessaires pour joindre ces personnes. Je souhaite maintenant céder la parole à Mme St-Aubin, qui traitera plus expressément du cadre.

Candice St-Aubin, vice-présidente, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada : Merci pour cette question, sénatrice.

Pour enchaîner sur les propos de Mme Jeffrey, le cadre a d'abord pris forme il y a quelques années, mais nous sortons aujourd'hui d'une pandémie de plus de deux ans. À l'origine, le cadre était davantage structuré pour servir à la coordination par le fédéral. Puisque nous avons maintenant accès au travail effectué pendant la pandémie, que nous pouvons enfin consulter autant que possible des données et des renseignements cruciaux tirés de notre surveillance pour cerner les réalités non regroupées uniques de ces sous-populations, nous en avons tiré des leçons. Nous disposons également du travail de ce comité et, bien sûr, de celui du sénateur Kutcher sur les connaissances permettant aux gens d'être au fait de ces réalités et de formuler ce qu'ils vivent.

Il y a une crainte. Je pense ici au système de soins de santé, à ce qui vient de se produire avec Mme Echaquan et aux changements au sein des populations autochtones. On craint de se rendre dans un établissement de soins, on craint ce qui va s'y produire. Donc, s'assurer que l'on tient compte des différences culturelles et des réalités linguistiques et que l'on offre des accommodements en ce sens fait partie de la conversation.

Le cadre fédéral tel qu'il est constitue un point de départ. Nous devons cependant aller plus loin. Nous avons certes entendu la ministre Bennet demander qui allait prendre l'appel, qui allait répondre à ces questions et où la personne en détresse irait. Ces éléments doivent être explorés dans le continuum des services. Il y a des questions potentiellement liées à la crainte, et non uniquement à la stigmatisation, voire même à la crainte liée aux personnes qui pourraient être présentes là où nous déciderons d'aller.

La présidente : Honorables sénateurs, je vous rappelle qu'il y a également des témoins qui participent à la séance virtuellement, dont Stephanie Priest, qui travaille à l'Agence de la santé publique du Canada; Rhonda Kropp, des Instituts de recherche en santé du Canada; et le Dr Tom Wong, de Services aux Autochtones Canada.

Le sénateur Patterson : Premièrement, est-ce que l'Agence de la santé publique du Canada, ou l'ASPC, peut soumettre au comité la liste des programmes ou interventions de prévention du suicide financés par le gouvernement fédéral pour la période de 2016 à 2020, avec les montants versés et les critères utilisés, le cas échéant, pour évaluer s'ils ont permis une baisse importante et soutenue des cas de suicide au sein de la population ciblée?

Secondly, under the framework act, PHAC must report to Canadians on its progress and activities relating to the framework every two years. You have done so in 2018 and 2020. When do you plan on tabling the 2022 report?

Third, we have heard Minister Bennett clearly say that the framework is going to be, as I understood it, almost replaced by an action plan. Will there be any interaction between the framework and the action plan when the action plan is launched?

Ms. St-Aubin: Thank you for your question. We'll be aiming to table the next progress report in December of this year; if not, then we are into 2023, so we have to get that done. The action plan was also a member's bill that was passed unanimously by Parliament. It does not necessarily replace. I think that it adds to, to put in place the framework and making it tangible and measurable, which is what we are all hoping to achieve; this is where it is really important.

Of course, we're happy to provide in writing our programs, but are the suicide prevention programs the federal programs? I want to make sure because we, in fact, only funded the crisis lines.

Senator Patterson: Funded by the federal government.

Ms. St-Aubin: From all the departments — yes, we can do that. You bet.

Senator Patterson: That would be useful, thank you.

Senator Kutcher: Thank you, chair. Following on from Senator Patterson, I also have three questions. The first one is for the people here and then the other two are for the people online.

Currently, the framework does not identify or promote any of the good evidence of the effectiveness of interventions — zero. It also promotes activities that don't work. A lot of those are promoted in the framework. Will the new action plan focus on promoting what we know works, studying what we don't know and not promoting what we know doesn't? That's one question.

Now to CIHR. What is the strategy for directing research in suicide prevention at CIHR? Will the focus be simply through INMHA, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction or will there be a pan-institute approach; and if so, how will that be developed and how will what the federal government is doing inform that strategy, if at all?

Deuxièmement, selon la loi sur le cadre, l'ASPC doit faire rapport à la population canadienne sur ses réalisations et activités liées au cadre tous les deux ans. Vous l'avez fait en 2018 et en 2020. Quand comptez-vous déposer le rapport de 2022?

Troisièmement, la ministre Bennett nous a clairement dit, si je l'ai bien comprise, que le cadre va pour ainsi dire être remplacé par un plan d'action. Y aura-t-il la moindre interaction entre le cadre et le plan d'action quand ce dernier sera lancé?

Mme St-Aubin : Merci pour cette question. Nous visons un dépôt du prochain rapport des réalisations en décembre de cette année, sans quoi nous serons en 2023. Il faut donc le déposer. Le plan d'action a aussi fait l'objet d'un projet de loi d'initiative parlementaire adopté à l'unanimité par le Parlement. Il ne remplace pas forcément le cadre. Je crois qu'il le complète, qu'il contribue à sa mise en œuvre et qu'il le rend plus concret et quantifiable, ce que nous espérons tous concrétiser. Voilà où réside sa grande importance.

Évidemment, nous serions heureux de vous fournir nos programmes par écrit, mais les programmes de prévention du suicide sont-ils les programmes fédéraux? Je veux m'en assurer, car, dans les faits, nous ne finançons que les lignes d'écoute téléphoniques.

Le sénateur Patterson : Les programmes financés par le gouvernement fédéral.

Mme St-Aubin : Au sein de tous les ministères? Oui, nous pouvons le faire. Pas de souci.

Le sénateur Patterson : Ce serait utile. Merci.

Le sénateur Kutcher : Merci, madame la présidente. Dans la même veine que le sénateur Patterson, j'ai trois questions. La première s'adresse aux personnes dans la salle, puis les deux autres aux personnes qui témoignent par visioconférence.

Actuellement, le cadre ne cerne pas la moindre preuve de l'efficacité des interventions et n'en fait pas la promotion. C'est le néant. Il fait également la promotion d'activités qui ne fonctionnent pas. Le cadre fait la promotion de beaucoup d'entre elles. Est-ce que le nouveau plan d'action met l'accent sur la promotion de ce que nous savons être efficace, est-ce qu'il permet l'étude de ce que nous ne connaissons pas encore bien plutôt que de promouvoir ce que nous savons être inefficace? Voilà pour la première question.

Maintenant, à l'intention des IRSC. Quelle est la stratégie pour orienter la recherche sur la prévention du suicide aux IRSC? L'accent sera-t-il simplement mis sur l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, soit l'INSMT, ou adopterez-vous une approche à l'échelle de l'organisation? Le cas échéant, de quelle façon sera-t-elle conçue et de quelle façon les activités du gouvernement fédéral étayeront-elles cette stratégie?

The next one is for Dr. Wong. In a sad study by Pollock et al. at *BMC Public Health*, they noted that in about a decade over \$108 million was spent on the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, but an evaluation of that program could not provide outcomes only outputs. Will we have comfort that future programs will actually be evaluated for their outcomes and not their outputs?

Ms. St-Aubin: Yes, thank you for that. Certainly, the action plan is just that. Using an evidence base to determine what works and what does not work, as well as how we scale up appropriately. This is where these conversations come in, and certainly the recommendations that will come from this study will help to inform that, as well as ongoing conversations and what the minister is doing with her round tables across provinces and territories and meeting with Indigenous leadership and communities themselves. Yes, it is toward that. Thank you.

Dr. Tom Wong, Chief Medical Officer of Public Health, Indigenous Services Canada: Thank you very much. This is Tom Wong. May I address the question on outcomes?

The Chair: Absolutely, please do.

Dr. Wong: Indeed, evaluating outcomes is most important for us and our partners. One of the things that we are currently actively working on — with all of our Indigenous partners, First Nations, Inuit and Métis — is supporting Indigenous-led evaluation of outcomes, including working with Dr. Carol Hopkins and Dr. Brenda Restoule, among others. Thank you.

Rhonda Kropp, Associate Vice-President, Research — Strategy, Canadian Institutes of Health Research: Thank you so much, senator, for the question. To answer your first question regarding our plan and whether it sits only within INMHA: no. While our institute for mental health and addictions plays obviously a very key role in the research that we do, both in mental health and suicide prevention, given the nature of the topic, this has to be addressed across all of our institutes. It touches on everyone, and we spoke already today about the diversity of populations that needs to be taken into account. So the over \$500 million that we've invested over the last five years has not just been focused within that institute but has been across the institutes.

I will note to your second question that we are here and will be and already are supporting our colleagues at the Public Health Agency as they move forward with the action plan to ensure that it is based upon the best-possible evidence, some which is CIHR funded, some which is outside of our funding realm. We want to

L'autre question s'adresse au Dr Wong. Selon Pollock et coll., dans le cadre d'une triste étude publiée dans *BMC Public Health*, plus de 108 millions de dollars ont été investis dans la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones en une décennie environ, mais une évaluation de ce programme n'a permis que d'en établir les extrants et non les résultats. Pouvez-vous nous rassurer quant à la véritable évaluation des résultats et non des extrants des programmes à venir?

Mme St-Aubin : Oui, merci pour cette remarque. Le plan d'action sert exactement à cela. Se fonder sur les données probantes pour établir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, de même que la façon d'en accroître la portée adéquatement. C'est là que les conversations dont j'ai parlé entrent en jeu et, bien sûr, que les recommandations issues de cette étude viendront étayer ce processus, en plus des conversations soutenues et du travail de la ministre avec ses tables rondes dans les provinces et territoires et ses rencontres avec les leaders autochtones et les communautés comme telles. Oui, nous tendons vers cela. Merci.

Dr Tom Wong, médecin en chef de la santé publique, Services aux Autochtones Canada : Merci beaucoup. Je m'appelle Tom Wong. Puis-je répondre à la question sur les résultats?

La présidente : Bien sûr. Allez-y, je vous prie.

Dr Wong : En effet, évaluer les résultats est ce qui compte le plus pour nous et nos partenaires. Soutenir l'évaluation des résultats par les Autochtones, y compris collaborer entre autres avec Carol Hopkins et Brenda Restoule, toutes les deux Ph. D., est l'une des choses sur lesquelles nous travaillons activement avec tous nos partenaires des Premières Nations, autochtones, inuits et métis. Merci.

Rhonda Kropp, vice-présidente, Recherche — Stratégie, Instituts de recherche en santé du Canada : Merci énormément pour cette question, sénateur. Pour répondre à votre première question sur notre plan et confirmer s'il repose uniquement sur l'INSMT, la réponse est non. Bien que notre institut de la santé mentale et des toxicomanies joue évidemment un rôle on ne peut plus central dans les recherches que nous menons tant en santé mentale qu'en prévention du suicide, selon la nature du sujet exploré, il faut que cette question soit abordée par l'ensemble de nos instituts. Tout le monde est concerné; nous avons déjà parlé aujourd'hui de la nécessité de tenir compte de la diversité des populations. Donc, nos investissements de plus de 500 millions de dollars au cours des cinq dernières années ne visaient pas uniquement cet institut, mais bien l'ensemble de l'organisation.

J'aimerais souligner en réponse à votre deuxième question que nous sommes là, que nous allons être là et que nous appuyons déjà nos collègues de l'Agence de la santé publique dans le déploiement de leur plan d'action afin de veiller à ce qu'il repose sur les meilleures données probantes possibles, certaines issues

ensure as they move forward in thinking about how to evaluate that action plan, that we look at different methodologies for evaluation and how best to do those so that the information on what is working and what isn't is collected very rapidly and can be put into practice really quickly, like the learning health system model, in terms of the research that we fund.

Senator Petittelerc: My question is quite precise. I am not sure who can answer it.

When we think about the younger population — young adults and teenagers — when it comes to awareness and reaching out, of course, we want to focus on what they need in terms of information and content. I am wondering, are we being mindful on how they want to be reached? I am saying that because we spoke about that emergency, quick phone number, and I think it is great, but we also know that teenagers do not use their phone this way anymore. They want to be on social media or in a chat room. I heard a story somewhere about the chat emergency boxes. Are we being mindful of exactly what media they need in order to maximize what content we want to share with them? I am not sure who can answer that.

Ms. Jeffrey: It is a really great question. I think the world and landscape of technology and communications has evolved really rapidly. There isn't a one-size-fits-all solution. The spectrum of youth services runs the gamut. There are integrated youth services, like Foundry and others across the country, where we're on the path to a national standard and there is broadly accepted guidance for how to do in-person, direct treatment and peer counselling — a wraparound suite of services. That is one way of accessing service in a way that has been very successful.

During the pandemic, there was a big effort to find new ways to reach out to people who were distanced because of the demands of COVID. We launched at that time Wellness Together Canada, which is an online platform to offer alternate opportunities for Canadians who felt isolated and needed information or counselling to respond. When we looked at the disaggregated data, we found that youth did in large numbers choose to use the chat and text functions of that outline. Our crisis lines are also enabled for text and communications. Also, to use that then to tap into an actual online, in-person counsellor when required.

A lot of advances have been made in a very short amount of time. I think that one of our big challenges is completing working with CIHR and others the evaluation and monitoring of those new approaches. How effective are they? Based upon the

de travaux financés par les IRSC, d'autres provenant de l'extérieur de nos activités de financement. Nous voulons nous assurer que, dans leur réflexion sur la façon d'évaluer ce plan d'action, ils s'intéressent à différentes méthodes d'évaluation et à la meilleure façon de procéder pour chacune afin que les renseignements sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas soient colligés très rapidement et puissent être appliqués très vite, comme le modèle des systèmes de santé en apprentissage, du point de vue de la recherche que nous finançons.

La sénatrice Petittelerc : Ma question est très ciblée. Je ne sais pas trop qui parmi vous pourrait me répondre.

Quand on pense à la population plus jeune, aux jeunes adultes et aux adolescents, quand il est question de sensibilisation, nous voulons évidemment mettre l'accent sur ce dont ils ont besoin en matière de renseignements et de contenu. Je me demande si nous tenons compte de la façon dont ils veulent que l'on communique avec eux. Je le souligne parce que nous avons parlé de ce numéro de téléphone d'urgence, et je trouve cela super, mais nous savons aussi que les adolescents n'utilisent plus leur téléphone de cette façon. Ils veulent être sur les médias sociaux ou dans un clavardoir. J'ai entendu une histoire quelque part sur les boîtes de clavardage d'urgence. Tenons-nous compte du type de médias dont ils ont exactement besoin pour maximiser le contenu que nous voulons partager avec eux? Je ne sais pas trop qui parmi vous pourrait me répondre.

Mme Jeffrey : C'est vraiment une bonne question. Le monde et le paysage technologique et des communications évoluent à toute vitesse. Il n'y a pas de solution universelle. La gamme des services à la jeunesse offre de tout. Il y a des services à la jeunesse intégrés, comme Foundry et d'autres du genre partout au pays, où nous cheminons vers une norme nationale; il y a également des lignes directrices généralement reconnues quant à la façon de procéder en personne, au traitement direct et à l'entraide par les pairs. Bref, une gamme complète de services. C'est une façon d'accéder aux services qui s'avère très efficace.

Durant la pandémie, on a déployé de grands efforts pour trouver de nouvelles façons de joindre les personnes qui étaient à distance en raison des exigences imposées par la COVID. Nous avons lancé Espace mieux-être Canada, une plateforme qui offre d'autres sources aux Canadiens qui se sentent isolés et ont besoin de renseignements ou d'aide pour y remédier. Quand on consulte les données non regroupées, on constate que les jeunes ont en grande partie choisi de recourir aux fonctions de clavardage et de textos accessibles sur le site. Nos lignes d'écoute téléphoniques permettent également les textos et d'autres formes de communication. Aussi, il est possible d'utiliser ce service pour accéder directement à un conseiller en ligne, au besoin.

Il y a eu beaucoup de progrès en très peu de temps. Terminer l'élaboration de l'évaluation et du suivi de ces nouvelles approches, avec l'aide des IRSC et d'autres intervenants, est selon moi l'un des grands défis que nous avons. À quel point

numbers and the real-time data that we have, it seems like there was a need and a thirst for that. But the effectiveness of all those channels for different populations is something that is going to be a big part of our action plan moving forward.

[Translation]

Ms. St-Aubin: Thank you for the question, senator. I would add that we are also concerned about Indigenous young people, Black young people and other young people. We have funding that we give to research centres and communities. Mental health initiatives that target Black Canadians come to mind; we have dedicated funding for that community. For example, we have a basketball initiative for youth involving a community centre. We received advice from leaders in the Black community. We have to do testing to gather the data so we can determine whether the initiative resonates with that population, specifically, as compared with other youth across Canada. We have a number of ways to find out how it's working and who it's reaching. Language, culture and geography are also key factors.

Senator Petitclerc: Thank you.

Senator Mégie: I think my question is for both Ms. St-Aubin and Ms. Priest. Both of you talked about assessing what works and what doesn't. When you find something that isn't working, do you go further to figure out why it's not working and what can be done to fix it?

Ms. St-Aubin: Thank you, senator. That's a very good question. My colleague Ms. Priest is nodding her head to indicate yes.

We have funding, and we proceed on a step-by-step basis. The first step is to look at what is and what isn't working. If something isn't working, the initiative is terminated. The second step, however, is to look at why. I'm going to let Stephanie provide more information on that.

Stephanie Priest, Director General, Centre for Mental Health and Well-being, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch, Public Health Agency of Canada: Thank you. That's a great question. I'm going to switch to English, if you don't mind. My French skills are a bit limited.

[English]

Regarding the question that you asked, it is not only about understanding what works and doesn't; the "why" is also a critical component. We need to ensure that when we go forward with our new actions in suicide prevention, as Candice has said, we're not just looking at what doesn't work, but we're looking at

sont-elles efficaces? D'après les chiffres et les données en temps réel dont nous disposons, il semble qu'il y avait un besoin et une avidité pour cela. Mais l'efficacité de toutes ces formes de communication pour différentes populations est quelque chose qui constituera une grande partie de notre plan d'action.

[Français]

Mme St-Aubin : Merci, sénatrice, pour la question. J'ajouterais que nous nous inquiétons également pour les jeunes autochtones, les jeunes canadiens noirs, et cetera. Nous avons des fonds que nous versons aux centres de recherche et aux communautés. Je pense en particulier ici à la santé mentale des Canadiens noirs; nous y avons consacré un fonds spécifique. Nous avons un projet qui vise à travailler avec les jeunes, autour du basketball et d'un centre communautaire. C'est le leadership noir canadien qui nous a conseillés. Il faut tester pour avoir les données afin de voir si cela résonne directement avec cette population, en particulier en comparaison avec les autres jeunes partout au Canada. Nous avons plusieurs méthodes pour voir comment cela marche et avec qui. La linguistique culturelle et la géographie sont importantes aussi.

La sénatrice Petitclerc : Merci.

La sénatrice Mégie : Je pense que ma question pourrait s'adresser à Mme St-Aubin comme à Mme Priest. Vous avez toutes deux parlé de l'évaluation de ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Quand vous allez trouver ce qui ne fonctionne pas, est-ce que votre mandat va se prolonger pour savoir pourquoi cela ne fonctionne pas, et qu'est-ce qu'on peut faire pour arranger cela?

Mme St-Aubin : Merci, madame la sénatrice. C'est une très bonne question. Je vois ma collègue Mme Priest qui bouge sa tête pour dire oui.

Nous avons des fonds, des interventions qui se font par étapes. À la première étape, nous voyons ce qui marche ou pas. Si cela ne marche pas, ce projet est fini, mais il y a une deuxième étape où l'on regarde pourquoi. Je vais me tourner vers Stephanie, qui va donner plus de détails.

Stephanie Priest, directrice générale, Centre de santé mentale et de bien-être, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention de maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada : Merci. C'est une très bonne question. Si vous me le permettez, j'aimerais parler en anglais parce que mon français est un peu limité.

[Traduction]

En ce qui concerne la question que vous avez posée, il ne s'agit pas seulement de comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas; le « pourquoi » est également un élément essentiel. Comme Mme St-Aubin l'a déclaré, nous devons nous assurer que, lorsque nous mettons en œuvre nos nouvelles

why, because some things will work in some populations and some things will work in others; it is not always the same. So having an implementation science component that is attached to interventions that can be evaluated at the same time is absolutely critical. As Candice said, we do have some experience with that. Some of our existing mental health promotion programming looks at studying the implementation — why something works, why something fails — and communicating that so we can build on that experience as we design our suicide action plan. It is a very good point. It was one I had noted as well during that conversation.

[Translation]

Senator Mégie: Mental health is home to many different professionals, including psychiatrists. Family doctors, however, are the ones on the front lines. They are the ones patients turn to when they have a mental health problem, and even in cases where patients don't report having trouble, their family doctor may detect otherwise.

Do you have any plans to work with colleges of physicians to promote mental health training among family doctors? I realize that your involvement is federal, but colleges of physicians rely on your guidance somewhat, do they not?

Do you have an answer to my question?

Ms. Jeffrey: Yes, the role of family doctors is very important. The bond a person has with their family doctor plays a significant role in how successful a treatment program is.

[English]

We've been working with The College of Family Physicians and others in general as part of our Health Human Resource action plan. As we all know, the system is under great strain. It is very important that all of the different members of the health care family, which extends far beyond physicians and nurses to psychologists, peer counsellors — there is a full range, as we were discussing earlier, of different professions that contribute to integrated care.

As I think Minister Bennett mentioned, The College of Family Physicians is extending their training program by an extra year, precisely to ensure that new family doctors feel confident and

mesures de prévention du suicide, nous ne nous contentons pas d'examiner ce qui ne fonctionne pas. Nous devons aussi chercher à savoir pourquoi cela ne fonctionne pas, car certaines mesures fonctionnent auprès de certaines populations, alors que d'autres mesures fonctionnent auprès d'autres populations; les résultats ne sont pas toujours les mêmes. Il est donc absolument essentiel de disposer d'une composante scientifique de mise en œuvre liée aux interventions, une composante qui peut être évaluée en même temps. Comme Mme St-Aubin l'a indiqué, nous avons une certaine expérience en la matière. Dans le cadre de certains de nos programmes actuels de promotion de la santé mentale, nous cherchons à étudier la mise en œuvre — la raison pour laquelle quelque chose fonctionne ou échoue — et à communiquer cette information, afin que nous puissions nous appuyer sur cette expérience pour concevoir notre plan d'action de prévention du suicide. C'est un excellent point que j'avais également noté au cours de la conversation.

[Français]

La sénatrice Mégie : Dans le domaine de la santé mentale, il y a plein de professionnels de la santé, y compris des psychiatres. Cependant, ce sont les médecins de famille qui sont en première ligne pour rencontrer les personnes qui se plaignent d'un problème de santé mentale et que, même s'ils ne s'en plaignent pas, le médecin de famille pourra détecter.

Quelque chose est-il prévu en relation avec les collèges des médecins, afin de promouvoir la formation des médecins de famille à ce sujet? Je sais que vous travaillez au niveau fédéral, mais les collèges des médecins dépendent un peu de vous aussi, n'est-ce pas?

Avez-vous une réponse à ma question?

Mme Jeffrey : Oui, le rôle des médecins de famille est très important; l'attachement d'un individu à son médecin de famille est l'un des facteurs importants pour le succès d'un programme de traitement.

[Traduction]

Nous travaillons avec le Collège des médecins de famille et d'autres intervenants dans le cadre de notre plan d'action concernant les ressources humaines en santé. Comme nous le savons tous, le système est soumis à de fortes pressions. Il est très important que tous les différents membres de la famille des soins de santé, qui vont des médecins aux infirmières, en passant par les psychologues et les pairs-conseillers... comme nous en parlions plus tôt, il y a toute une gamme de différentes professions qui contribuent aux soins intégrés.

Comme la ministre Bennett l'a mentionné, je pense, le Collège des médecins de famille prolonge son programme de formation d'une année, précisément pour s'assurer que les nouveaux

well versed in the mental health and addiction space, that it is not only referrals to specialists, who are in short supply and may not be required by all.

So in that stepped care model, the idea is that an individual seeking assistance would come, ideally, to a family doctor or their health care provider and be referred to the appropriate level of care within that system. They would have ready access to those services so that recourse to an emergency room is precisely that, only for emergencies, in a state of real crisis. People experiencing different levels of distress could be intercepted much earlier on in their distress and be referred to the appropriate point. That is a critical part of being able to cope.

Senator Dasko: I will go back to my question about public awareness and it being an important goal to raise public awareness, knowledge and reduce stigma.

Could you tell me whether public awareness changed over whatever period you might have studied? Has stigma been reduced? Has knowledge been increased? If you have done such research, could you describe the findings and how that question may have been addressed?

Ms. St-Aubin: Thank you, senator, for the question. What I can say is that in terms of measuring of reduction of stigma and measuring of increased public awareness and knowledge, there is no measurement attached to the framework. This is why the action plan is critical: to ground it. There are multiple programs that do invest in knowledge mobilization based upon various interventions being tested. There could be research. I would have to turn to my colleagues at CIHR to speak to it. We have to look at a series of anecdotal evidence.

Can I specifically say it has gone down by this percentage? I cannot, to be very frank. We do have, in the past few years, with our newer intervention programs in mental health promotion — looking at what good mental health is — as opposed to suicide prevention. There has been included in these programs a component of knowledge mobilization, of knowledge translation, and it has been done by focusing on equity deserving groups or those we have identified through the data and surveillance at being most at risk.

médecins de famille connaissent bien le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie et se sentent prêts à traiter des cas de ce genre, et au lieu de se contenter de renvoyer les patients à des spécialistes, qui sont en nombre insuffisant et dont tous les patients n'ont peut-être pas besoin.

Donc, dans ce modèle de soins échelonnés, l'idée est qu'une personne cherchant de l'aide visite, idéalement, son médecin de famille ou son fournisseur de soins de santé et soit orientée vers le niveau de soins approprié au sein de ce système. Ainsi, elle aurait rapidement accès à ces services, de sorte que le recours aux services d'urgence ne serait effectivement possible qu'en cas d'urgence, lorsque survient une situation de crise réelle. Les personnes qui connaissent différents niveaux de détresse pourraient être interceptées beaucoup plus tôt dans leur détresse et être orientées vers le point de service approprié. C'est là un élément essentiel du système pour pouvoir faire face à la situation.

La sénatrice Dasko : Je reviens à ma question concernant la sensibilisation du public et le fait qu'il s'agit d'un objectif important pour sensibiliser le public, améliorer les connaissances et réduire la stigmatisation.

Pouvez-vous me dire si la sensibilisation du public a évolué au cours de la période que vous avez étudiée? La stigmatisation a-t-elle été réduite? Les connaissances ont-elles augmenté? Si vous avez effectué de telles recherches, pourriez-vous décrire leurs résultats et la manière dont cette question a été abordée?

Mme St-Aubin : Je vous remercie, madame la sénatrice de votre question. Ce que je peux dire, c'est qu'en ce qui concerne la réduction de la stigmatisation, l'accroissement des connaissances et l'augmentation de la sensibilisation du public, aucune mesure n'est associée au cadre. C'est la raison pour laquelle le plan d'action est essentiel, c'est-à-dire pour jeter les bases de ces mesures. Il existe de nombreux programmes, dans le cadre desquels on investit dans la mobilisation des connaissances en se fondant sur diverses interventions qui sont éprouvées en ce moment. Il se pourrait que des recherches soient menées. Pour en parler, il faudrait que je m'en remette à mes collègues des IRSC. Nous devons examiner une série de données empirique à cet égard.

Puis-je affirmer précisément que le taux de suicide a diminué de tel ou tel pourcentage? Pour être très franche, je ne peux pas le faire. Au cours des dernières années, nos programmes d'intervention les plus récents ont porté sur la promotion de la santé mentale, c'est-à-dire sur la définition d'une bonne santé mentale, par opposition à la prévention du suicide. Ces programmes comportent une composante de mobilisation et d'application des connaissances, et ce, en mettant l'accent sur les groupes méritant l'équité ou sur ceux que nous avons distingués comme étant les plus à risque grâce aux données et à la surveillance.

So there has been a purposeful inclusion of having that information dissemination there, because information is important to give, but it has to be founded upon evidence. It has to be based on what is working and not just continuing to promote what is not working.

Ms. Kropp: I will only add to what Candice mentioned to say that in terms of data, research studies will show different results, of course, depending upon which populations they are studying. If we, as a country, would like to be able to measure those outcomes consistently over time amongst very diverse populations, we need to make an effort to have some consistent standards against which we do those measurements.

Yes, we can summarize research findings to show what different research studies will do, but to Candice's point, the important of the action plan is, in part, to be able to articulate the outcomes we want to mention and to determine how we are going to measure them.

Ms. Priest: I can also add on to Ms. Kropp's and Candice's comments here.

No, we don't have those kinds of outcome measurements, as has been already described, but we did do some work that we should be able to include in our progress report later this year, looking at some of the areas where we have research gaps in the area of suicide prevention. We did do what we call a spotlight on the impacts of stigma and some of the gap areas that might be of interest for future research.

What we saw in that is the importance of reducing stigma from a perspective of help-seeking. We talked about how stigma can encourage behavioural norms of shame and fear. These are very individual.

One of the gaps that was raised in this work was also around structural stigma, which we have not talked very much about. This is about understanding more about some of those other broader system barriers and how they impact different groups in help-seeking in particular, but also on how that affects suicide prevention and accessing services.

[Translation]

Senator Mockler: My question is for the Health Canada officials.

La diffusion de l'information a donc été incluse à dessein dans ces programmes, car il est important de transmettre l'information, mais celle-ci doit être fondée sur des données probantes. Elle doit reposer sur ce qui fonctionne et ne pas continuer à promouvoir ce qui ne fonctionne pas.

Mme Kropp : Je me contenterai d'étoffer ce que Mme St-Aubin a mentionné pour dire qu'en ce qui concerne les données, les études montreront des résultats différents, bien sûr, en fonction des populations qu'elles étudient. Si nous, les Canadiens, voulons être en mesure de mesurer de manière cohérente les résultats obtenus auprès de populations très diverses au fil du temps, nous devons faire un effort pour établir des normes cohérentes par rapport auxquelles nous effectuons ces mesures.

Oui, nous pouvons résumer les résultats des recherches pour montrer ce que différentes études feront, mais pour reprendre l'argument de Mme St-Aubin, l'importance du plan d'action consiste, en partie, à pouvoir énoncer les résultats que nous voulons mentionner et déterminer comment nous allons les mesurer.

Mme Priest : Je peux également compléter les observations de Mmes Kropp et St-Aubin.

Non, comme cela a déjà été décrit, nous ne disposons pas de ce genre de mesures des résultats, mais nous avons effectué un travail que nous devrions être en mesure d'inclure dans notre rapport d'étape plus tard cette année, en examinant certains des domaines dans lesquels il y a des lacunes en matière de recherches sur la prévention du suicide. Nous avons fait ce que nous appelons une mise en lumière des répercussions de la stigmatisation et de quelques-unes des lacunes que pourrions souhaiter combler dans le cadre de recherches à venir.

Dans le cadre de ce travail, nous avons constaté l'importance de réduire la stigmatisation pour encourager la recherche d'aide. Nous avons parlé de la façon dont la stigmatisation peut favoriser des normes comportementales liées à la honte et la peur. Ces normes sont très individuelles.

L'une des lacunes distinguées dans le cadre de ce travail concernait également la stigmatisation structurelle, dont nous n'avons pas beaucoup parlé. Il est nécessaire de mieux comprendre certains des autres obstacles systémiques plus larges et la manière dont ils influent sur les différents groupes en ce qui concerne la recherche d'aide en particulier, mais aussi comment ces obstacles nuisent à la prévention du suicide et à l'accès aux services.

[Français]

Le sénateur Mockler : Ma question s'adresse aux représentants de Santé Canada.

[English]

I was reading the report sent by the Clerk of the Privy Council and Secretary to Cabinet to the Prime Minister. On the particular page on how we deliver programs, I am going to quote Ms. Charette. She says to the Prime Minister:

Mental health is deeply personal. What is a difficult situation for one person may seem quite manageable to another. What seems easy one day can feel impossible the next.

In my experience as a parliamentarian, she is right on that.

I know that there is an app associated with the Wellness Together Canada website, which was mentioned as a resource. Could you please provide to this committee, through the chair, the outcome data that Wellness Together Canada has been collecting, as well as the usage data of the application? Do we have an agreement on that?

The Chair: I think that I saw you nod your head in agreement, that you will send it to us. Thank you very much.

Senator Mockler, you have time left, or would you prefer for me to move on?

Senator Mockler: No thank you, Madam Chair.

The Chair: Okay. We're going to go to Senator Moodie before we begin the second round.

Senator Moodie: Thank you to the witnesses today.

I want to return to this system barrier called access. We heard from Senator Brazeau a little bit about being in crisis himself. We heard from Senator Petitclerc an example of a very sad situation, and there are numerous ones like that; all of us who work in health care know them.

My question is around the acknowledged shortages of specialists. It is great to have an escalated system of care, where we can escalate care as needed through all levels of available care. However, when we need the specialist to take over care and to continue care, post-event, what we are facing in reality — and I hope you can share with us — is there data to document that, in fact, there is a limit or a restriction to care at that level? Because

[Traduction]

Je lisais justement le rapport envoyé au premier ministre par la greffière du Conseil privé et secrétaire du Cabinet. Je vais citer les paroles de Mme Charette qui figurent à la page portant sur la façon dont nous exécutons nos programmes. Elle dit au premier ministre ce qui suit :

La santé mentale est une question profondément personnelle. Ce qui est une situation difficile pour une personne peut sembler tout à fait gérable pour une autre. Ce qui semble facile un jour peut sembler impossible le lendemain.

D'après mon expérience de parlementaire, elle a raison à ce sujet.

Je sais qu'il existe une application associée au site Web d'Espace Mieux-être Canada, une application qui a été mentionnée à titre de ressource. Pourriez-vous, par l'intermédiaire de la présidence, fournir au comité les données relatives aux résultats qu'Espace Mieux-être Canada a recueillies, ainsi que les données sur l'utilisation de l'application? Avons-nous un accord à ce sujet?

La présidente : Je crois vous avoir vu hocher la tête pour indiquer que vous consentiez à nous envoyer ces données. Je vous en remercie infiniment.

Sénateur Mockler, il vous reste du temps. Préférez-vous que je passe à la prochaine intervenante?

Le sénateur Mockler : Non, merci, madame la présidente.

La présidente : D'accord. Nous allons maintenant donner la parole à la sénatrice Moodie avant d'amorcer la deuxième série de questions.

La sénatrice Moodie : Je remercie les témoins de leur présence aujourd'hui.

Je veux revenir sur cette barrière du système appelée accès. Le sénateur Brazeau nous a parlé un peu du fait qu'il était lui-même en situation de crise. La sénatrice Petitclerc nous a donné un exemple d'une situation très triste, et il y a un grand nombre de situations comme celle-ci; tous ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine des soins de santé les connaissent.

Ma question porte sur les pénuries reconnues de spécialistes. C'est formidable d'avoir un système de soins progressifs, dans lequel nous pouvons faire progresser les soins à tous les niveaux disponibles, en fonction des besoins. Cependant, lorsque nous avons besoin de spécialistes pour prendre en charge et poursuivre les soins, après la crise. La situation à laquelle nous faisons face en réalité — et j'espère que vous pourrez nous faire part de votre

that's one of the problems we need to solve. We need to track it carefully, we need to unmask it and we need to be demonstrating how actions to change that restriction of care at that level are working.

Is that part of the action plan for the future?

Ms. Jeffrey: One of the key parts of the action plan is to map access challenges. That's one of the areas of greatest interest for Canadians and the federal government. It is not the same for all specializations across the health care system; some are in shorter supply than others. There is a need in the area of mental health and addiction, in particular, to assess a wide spectrum of the different specializations that have an impact on mental health care. There are a variety of health care streams and types of providers that can serve those needs.

Access is something that is a broader issue across the health care system. The federal government has funded mental health transfers and bilateral agreements with the provinces over a 10-year period. We're about halfway through that period, and access to care is one of the key areas of priority for that funding. Provinces and territories are now setting the next five years of their priorities, going through to 2027.

Again, this year, it is a very important time to be reassessing where we are at in terms of those shortages and looking not only at how to increase the number of specialists through additional recruitment and training, but there is also the issue of the retention of the health care providers that we have. During the COVID-19 pandemic, in particular, but also because they are front-line health care providers, to Canadians, it is a period of great strain and difficulty. In many areas of the profession, the attrition rate of people leaving the professions early and moving to alternate professions is also a high risk.

Our health care strategy will have to reflect all of those different dimensions that are impacting the number of providers we have for services. I would say that road map of human resources to support mental health care needs to be an important part of our action plan but also part of our broader plan for health care in Canada.

Senator Moodie: As we talk about mental health, I am particularly interested in knowing what concrete strategies are part of your action plan to move forward on well-recognized

savoir à cet égard — existe-t-il des données pour documenter le fait qu'il y a une limite ou une restriction en matière de soins à ce niveau? Parce que c'est l'un des problèmes que nous devons résoudre. Nous devons suivre de près l'évolution de ce problème, nous devons le démasquer et nous devons démontrer comment fonctionnent les mesures visant à modifier la restriction des soins à ce niveau.

Cela fait-il partie du plan d'action pour les années à venir?

Mme Jeffrey : L'une des parties clés du plan d'action consiste à dresser la carte des difficultés d'accès. C'est l'un des aspects qui intéresse le plus, les Canadiens et le gouvernement fédéral. La situation n'est pas la même pour toutes les spécialisations de l'ensemble du système de soins de santé; certains spécialistes sont moins disponibles que d'autres. Dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, en particulier, il est nécessaire d'évaluer un large éventail de spécialisations distinctes qui ont une incidence sur les soins de santé mentale. Il existe une variété de volets de soins de santé et de types de fournisseurs qui peuvent répondre à ces besoins.

L'accès est un problème plus vaste qui touche l'ensemble du système de soins de santé. Le gouvernement fédéral a financé des transferts pour raison de santé mentale et des accords bilatéraux avec les provinces sur une période de 10 ans. Cette période est à peu près à moitié écoulée, et l'accès aux soins est l'un des aspects prioritaires de ce financement. Les provinces et les territoires établissent en ce moment leurs priorités pour les cinq prochaines années, soit jusqu'en 2027.

Je le répète, il est très important cette année de réévaluer où nous en sommes en ce qui concerne les pénuries et d'examiner non seulement la façon d'accroître le nombre de spécialistes au moyen d'un recrutement et d'une formation supplémentaires, mais aussi la façon de maintenir en poste les fournisseurs de soins de santé que nous avons. Pendant la pandémie de COVID-19, en particulier, mais aussi parce que ces personnes sont des fournisseurs de soins de santé de première ligne, les Canadiens ont vécu une période de grande tension et de difficultés. Dans de nombreux secteurs de la profession, le taux d'attrition attribuable aux personnes qui quittent la profession prématurément ou se dirigent vers d'autres professions est également un risque élevé.

Notre stratégie en matière de soins de santé devra prendre en compte toutes ces différentes dimensions qui ont une incidence sur le nombre de fournisseurs de services que nous avons. Je dirais que, pour soutenir les soins de santé mentale, la feuille de route des ressources humaines doit représenter une partie importante de notre plan d'action, mais aussi une partie du plan plus large que nous élaborons pour les soins de santé au Canada.

La sénatrice Moodie : Comme nous parlons de santé mentale, j'aimerais surtout savoir quelles stratégies concrètes font partie de votre plan d'action pour procéder à l'élimination

shortages. We know about it. We are even changing the definition of acute care. I see a kid, and I hear suicidal ideation; I want to send them somewhere, but there is nowhere. That is a problem that we all face.

They serve a very important role. We are not looking at school counsellors; we are looking at specialists here.

The Chair: Before we go on to the second round — and yes, Senator Mockler, I have you on the list — I will ask a very brief question to our witnesses online.

Ms. Priest, you commented on structural stigma. Perhaps you could elaborate a little on whether the framework has been helpful in identifying and addressing expressions of structural stigma in our system and communities and what you think the action plan should focus on in terms of structural stigma.

Then, if I have a minute, I have a question for Dr. Wong.

Ms. Priest: Thank you for your question.

The first part of your question is about what the current Federal Framework for Suicide Prevention is doing about structural stigma. It is not focused on structural stigma. We have not put a focus on structural stigma; our focus has been more on raising awareness and looking at stigma more from an individual perspective. We've done some work on safe messaging, and other government departments have done similar work. So, no, we have not had that focus.

I think the next part of your question is around there being an opportunity for us to look at this in a national action plan. The answer is “absolutely.” It is one of the reasons why I put it on the table. I think there is lots we can draw upon with respect to structural stigma in some of our other work, whether that be around the prevention of substance-related harms and stigma around substance use and in other areas.

There is much work to be done there, and we would like to see more research in that area. We are open to ideas and views of the committee and other experts on how that can be addressed as part of a suicide prevention plan.

The Chair: Thank you.

des pénuries bien reconnues. Nous sommes au courant de ces pénuries. Nous sommes même en train de modifier la définition des soins actifs. Je vois un enfant, et j'entends des idées suicidaires; je veux l'envoyer se faire soigner quelque part, mais il n'y a aucun endroit qui offre ces soins. C'est un problème avec lequel nous sommes tous aux prises.

Ces personnes jouent un rôle très important. Il ne s'agit pas de conseillers scolaires, mais de spécialistes.

La présidente : Avant de passer à la deuxième série de questions — et oui, sénateur Mockler, votre nom figure sur ma liste — je vais poser une très brève question à nos témoins en ligne.

Madame Priest, vous avez formulé des observations sur la stigmatisation structurelle. Vous pourriez peut-être nous dire si le cadre de travail a aidé à distinguer et à contrer les manifestations de stigmatisation structurelle dans notre système et nos communautés, et ce sur quoi le plan d'action devrait être axé, à votre avis, en ce qui concerne la stigmatisation structurelle.

Ensuite, si je dispose d'une minute, j'aurai une question à poser au Dr Wong.

Mme Priest : Je vous remercie de votre question.

La première partie de votre question concerne les mesures pour contrer la stigmatisation structurelle que prévoit le cadre fédéral de prévention du suicide actuellement en vigueur. Il n'est pas axé sur la stigmatisation structurelle. Nous n'avons pas mis l'accent sur la stigmatisation structurelle; nous nous sommes davantage concentrés sur la sensibilisation et sur l'examen de la stigmatisation d'un point de vue individuel. Nous avons déployé certains efforts relatifs aux messages responsables, et d'autres ministères ont effectué un travail semblable. Donc, non, nous n'avons pas mis l'accent sur cet aspect.

Je pense que la partie suivante de votre question concerne l'occasion pour nous d'examiner cette question dans le cadre d'un plan d'action national. La réponse est « tout à fait ». C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai évoqué ce problème. Je pense qu'il y a beaucoup d'efforts déployés dans le cadre de certains de nos autres travaux dont nous pouvons nous inspirer en ce qui concerne la stigmatisation structurelle, qu'il s'agisse de la prévention des préjudices et de la stigmatisation liés à la consommation de drogues et d'alcool et à d'autres aspects.

Il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine, et nous aimerions qu'un plus grand nombre de recherches soient menées dans ce domaine. Nous sommes ouverts aux idées et aux points de vue du comité et d'autres experts sur la façon dont la stigmatisation structurelle peut être abordée dans le cadre d'un plan de prévention du suicide.

La présidente : Merci.

Dr. Wong, from your seat in Indigenous Services Canada as the Chief Medical Officer of Public Health, I wonder if you could comment on the state of coordination between ministries, ministers and departments, and whether and how you think that could be improved.

Dr. Wong: Thank you.

At this point, with Public Health Agency of Canada, Health Canada, Correctional Service Canada and other federal departments, there are intensive and ongoing working groups and committees involving all of the different departments.

However, where I do see an opportunity for further work is to establish a table for federal, provincial, territorial, First Nations, Inuit, Métis and other racialized and marginalized groups, in a collective, to have those discussions. Currently, there are federal-provincial-territorial discussions. There are federal-federal discussions. There are federal-Métis-First-Nations-Inuit discussions. We need a table for federal, provincial, territorial, First Nations, Inuit, Métis and other marginalized groups. Thank you.

The Chair: Thank you. That was very helpful — both of you. Now we go to the second round.

Senator Bovey: I want to thank all of you. I think this has been a very helpful and important discussion.

I want to follow up with a question about something the minister said, if I may. I don't mind who answers it.

Minister Bennett commented positively on the NHS. I am wondering if there are specific practices or lessons from the U.K. that we can learn regarding children, issues around diversity and suicide, stigmas and fears or outcomes and coordination.

I will be personal for a minute. I have children who live in the U.K., and they are not always so positive about the NHS. Are there positive lessons to be learned, or are there, in their data and outcomes, things that we should avoid?

Ms. Jeffrey: I can speak to that in part, and my colleagues can also weigh in.

Docteur Wong, en votre qualité de médecin en chef de la santé publique à Services aux Autochtones Canada, je me demande si vous pourriez nous dire ce que vous pensez de l'état de la coordination entre les ministres et les ministères, si vous pensez que cette coordination pourrait être améliorée et, le cas échéant, de quelle façon elle pourrait être améliorée.

Dr Wong : Merci.

À l'heure actuelle, des groupes de travail et des comités intensifs et permanents, où des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada, de Service correctionnel du Canada et d'autres ministères fédéraux jouent un rôle, se réunissent à ce sujet.

Cependant, là où je vois une possibilité de travail supplémentaire, c'est en ce qui concerne l'établissement d'une table de discussion collective entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les autres groupes racisés et marginalisés. En ce moment, des discussions fédérales-provinciales-territoriales ont lieu. Des discussions entre diverses parties fédérales ont lieu, et des discussions entre le gouvernement fédéral, les Métis, les Premières Nations et les Inuits ont lieu. Nous avons besoin de créer une table de discussion collective entre les groupes fédéraux, provinciaux et territoriaux, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les autres groupes marginalisés. Merci.

La présidente : Merci. Vos observations étaient très utiles — c'est-à-dire les observations que vous avez formulées tous les deux. Nous allons maintenant passer à la deuxième série de questions.

La sénatrice Bovey : Je tiens à remercier chacun de vous. Je pense que cette discussion est très utile et importante.

Je voudrais poursuivre en posant une question au sujet de la déclaration de la ministre, si vous le permettez. Peu m'importe qui y répond.

La ministre Bennett a fait des commentaires positifs à propos du service de santé national du Royaume-Uni. Je me demande s'il y a des pratiques ou des leçons particulières que nous pouvons tirer du Royaume-Uni en ce qui concerne les enfants, les questions relatives à la diversité et au suicide, la stigmatisation et les craintes ou les résultats et la coordination.

Je vais parler à titre personnel pendant une minute. J'ai des enfants qui vivent au Royaume-Uni, et ils ne sont pas toujours très élogieux à l'égard du service de santé national du Royaume-Uni. Y a-t-il des leçons positives à tirer de cette organisation, ou y a-t-il, dans leurs données et leurs résultats, des manifestations de problèmes que nous devrions éviter?

Mme Jeffrey : Je peux répondre en partie à la question, et mes collègues pourront aussi donner leur opinion.

As we go about this national action plan, one of the things is to learn from our international counterparts. We have an upcoming global mental health summit that we will attend that will afford additional opportunities to engage directly in person and to have international round tables on many of these key issues. This is a continuous learning process. In the NHS, they obviously have a very different structure than we do. It is not a federated system like we have in Canada, but I think this has allowed them to move forward in some of these more centralized approaches with more integrated care systems.

Just because we have a federal system doesn't mean we can't aspire to that, as the minister laid out. Certainly, we are engaging with them and with our other counterparts. We met quite recently with the U.K. body that is involved in setting standards and guidance. We are looking at how they do those processes. We are sharing best practices between ourselves.

I think that even though their system may not be directly comparable, some of the advances they have been able to put in place in select areas are definitely things we can draw on in terms of digital health and the sharing of health records and access. These are some of the things we are looking at.

Senator Bovey: I'm talking about a different disease, but I am aware, in a very personal situation, that the NHS has four different disciplines in the medical community working together and being on deck for the issue that my family is facing. Would the kind of teamwork that is in place in the U.K. for mental health and suicide be helpful for us?

Ms. St-Aubin: Stephanie Priest has a closer relationship with the U.K. and what we're doing in the area specific to mental health. But when it comes to teams and the interdisciplinary coming together around mental health, we are already starting to see some of those pockets happen in Canada — very small. Certainly, we are learning about that through some of the 988 discussions we're having and internationally as well. We're working closely with the United States. We're in lockstep, actually, as they've just rolled out theirs. The U.K. is one area, but we're actually working with other countries as well — to do just that. It can't be just one. It has to be multidisciplinary.

Senator Patterson: To the Public Health Agency, your progress report 2020 discusses work being done on the national suicide prevention action plan, which followed that unanimous motion from Parliament in 2019. It talks about continuing to facilitate coordination and collaboration.

Could you update us as to where work currently stands on the national suicide prevention action plan?

En élaborant notre plan d'action national, nous voulons notamment apprendre de nos homologues internationaux. Nous allons participer bientôt à un sommet mondial sur la santé mentale qui nous donnera aussi l'occasion d'avoir des discussions en personne et de participer à des tables rondes internationales sur nombre de ces sujets importants. Il s'agit d'un processus d'apprentissage continu. Au sujet des NHS, la structure au Royaume-Uni est, bien évidemment, très différente de la nôtre. Ils n'ont pas un système fédératif comme le Canada, mais je pense que cela leur a permis d'adopter des stratégies centralisées et de mettre en place des systèmes de soins intégrés.

Le fait d'avoir un système fédéral ne veut pas dire que nous ne pouvons pas aspirer à en faire autant, comme la ministre l'a dit. Nous discutons avec eux et avec nos autres homologues. Nous avons rencontré récemment les responsables britanniques chargés des normes et des directives. Nous examinons leurs façons de procéder. Nous mettons en commun nos pratiques exemplaires.

Même si notre système n'est pas directement comparable au leur, nous pouvons assurément nous inspirer de ce qu'ils ont mis en place dans des régions déterminées en ce qui concerne les soins de santé numériques, la transmission des dossiers de santé et l'accès. Ce sont des exemples de ce que nous examinons.

La sénatrice Bovey : Je parle d'une maladie différente, mais je sais, dans un cas très personnel, que les NHS mettent à contribution quatre disciplines médicales différentes qui travaillent ensemble pour s'occuper du problème que connaît ma famille. Est-ce que le genre de travail d'équipe qui se fait au Royaume-Uni en santé mentale et en prévention du suicide pourrait nous être utile?

Mme St-Aubin : Stephanie Priest est celle qui est en contact étroit avec le Royaume-Uni et sait ce que nous faisons précisément en santé mentale. Toutefois, je peux vous dire que nous commençons déjà à voir de petites équipes interdisciplinaires, très petites, se mettre en place en santé mentale au Canada. On en entend parler dans les discussions que nous avons au sujet de la ligne d'écoute 988 et aussi sur la scène internationale. Nous travaillons en étroite collaboration avec les États-Unis. Nous leur emboîtons le pas, en fait, car ils viennent de déployer la leur. Le Royaume-Uni est un exemple, mais nous travaillons aussi avec d'autres pays pour le faire. Il ne faut pas que ce soit seulement une discipline, il faut que ce soit multidisciplinaire.

Le sénateur Patterson : Ma question s'adresse à l'Agence de la santé publique du Canada. Dans votre rapport d'étape de 2020, il était question des travaux réalisés dans le cadre du plan d'action national pour la prévention du suicide, après l'adoption unanime de la motion par le Parlement en 2019. Il y est question de continuer à faciliter la coordination et la collaboration.

Pourriez-vous nous dire où en est l'élaboration de ce plan d'action actuellement?

Ms. St-Aubin: Thank you, senator, for that question. Yes, we have an ongoing federal coordinating committee that brings together the federal departments. They report back to us, and we've been gathering that information in preparation for our 2022 release in December.

I will turn to Stephanie Priest, who actually chairs that committee, to provide a bit more of an update on where we are with the status.

Ms. Priest: The federal coordinating committee was established when we put together the Federal Framework for Suicide Prevention, and its main focus currently is information sharing and helping to develop the progress reports for the framework. Your question about the national action plan — I think that's related to the Motion M-174, which received unanimous support in 2019. That's why it was mentioned in the 2020 progress report. This was an opportunity for us to move forward. Then COVID happened, and we shifted a lot of our work into the response to COVID from a mental health perspective as well as in other areas, of course.

This action plan that we're talking about is the action plan that Minister Bennett was also referencing. This is our opportunity to move the general pieces in the Federal Framework for Suicide Prevention. As I mentioned, there are six prescribed elements in the legislative framework, organized in three objectives. But they are very high level. When you bring in the requirement to implement an action plan around some key elements — around evidence, guidelines and best practices — this is, in fact, our opportunity. We just started to re-engage with key organizations and others to talk about how we move forward with the action plan effectively. Again, that's what Minister Bennett was talking about in her opening remarks. For this committee, as well as others, and for our international partners, this is a great opportunity to make this into something more concrete and more directed toward those outcomes in evaluation.

Senator Patterson: Thank you. I note that the 2020 report stated, with reference to the national suicide prevention action plan, that there were no new resources attached to the action plan, which I thought was notable. So just a question here: Do you have enough resources to do this work?

Ms. St-Aubin: Thank you, senator. You are correct. Both the framework and the actioning of the national action plan have no identified resources. That said, we are still working on what this action plan will look like. Certainly, our hope is that conversations with partners across the board and from this study today could present an opportunity to seek additional resources if needed.

Mme St-Aubin : Je vous remercie de la question, sénateur. Nous avons un comité de coordination fédéral qui réunit les ministères fédéraux et qui nous fait rapport. Nous recueillons l'information en vue de la publication de notre rapport de 2022 en décembre.

Je vais céder la parole à Stephanie Priest, qui est la présidente du comité, pour vous dire où nous en sommes.

Mme Priest : Le comité de coordination fédéral a été mis sur pied lors de la création du Cadre fédéral de prévention du suicide et il se concentre actuellement sur l'échange de renseignements et participe à l'élaboration des rapports d'étape sur le cadre. Votre question au sujet du plan d'action national est en lien, je crois avec la motion M-174, adoptée à l'unanimité en 2019. C'est pourquoi il en a été question dans le rapport d'étape de 2020. C'était une occasion pour nous d'aller de l'avant. Puis la pandémie de COVID a frappé, et nous avons réorienté nos efforts vers la réponse à la COVID dans le domaine de la santé mentale et, bien entendu, dans d'autres domaines.

Le plan d'action dont nous parlons est le même auquel la ministre Bennett a fait allusion. C'est pour nous l'occasion d'intégrer les éléments généraux dans le Cadre fédéral de prévention du suicide. Comme je l'ai mentionné, le cadre législatif comprend six éléments prescrits, regroupés sous trois objectifs, qui sont toutefois très généraux. Quand la mise en œuvre d'un plan d'action s'articule autour d'éléments clés — des preuves, des lignes directrices et des pratiques exemplaires —, c'est ici que nous avons l'occasion d'agir. Nous venons tout juste de rétablir le contact avec les principales organisations et d'autres intervenants pour discuter de la façon de mettre en œuvre efficacement le plan d'action. Encore une fois, c'est ce dont la ministre Bennett a parlé dans sa déclaration liminaire. Pour le comité, et d'autres, et pour nos partenaires internationaux, c'est une bonne occasion de rendre les choses plus concrètes et axées sur les résultats en évaluation.

Le sénateur Patterson : Je vous remercie. Je souligne que le rapport de 2020 mentionnait, au sujet du plan d'action national sur la prévention du suicide, qu'il n'y avait pas de nouvelles ressources attribuées au plan d'action, un point à souligner, à mon avis. Voici donc ma question : disposez-vous de ressources suffisantes pour faire le travail?

Mme St-Aubin : Je vous remercie de la question, sénateur. Vous avez raison. Il n'y a pas de ressources définies tant pour le cadre que pour la mise en œuvre du plan d'action national. Cela dit, nous sommes encore en train de travailler sur la forme que prendra le plan d'action national. Nous espérons assurément que les conversations que nous avons avec tous nos partenaires et que cette étude aujourd'hui nous permettront d'obtenir plus de ressources au besoin.

Coming out of the pandemic, we note that suicide mortality has been stable, which is not good enough. Again, while we have funding to do what we are currently doing, there is always a need for additional funding if it is something that is deemed a priority. I think we all feel that these conversations are that priority.

Senator Mockler: I have a question that was prompted when I heard Dr. Wong. I want to congratulate Dr. Wong. When you talk about FPT — federal, provincial and territorial — meetings, we are all mindful of provincial jurisdictions. That said, with my experience of 24 years in another chamber — in the New Brunswick Legislative Assembly — we all know how important those jurisdictions are.

I have a few questions. The minister earlier mentioned that in November — I believe it is this year — there will be an FPT meeting. Will this order of reference be on the agenda of the FPT meeting of ministers? Do you have any push-back from provinces or territories on that order of reference or that framework we are looking at? Do we have all of them buying into the program?

Ms. Jeffrey: I can answer that. Obviously, the provinces and territories are the providers of health care in Canada. It is critically important that we work together. The federal government has a role in many different aspects — regulatory, providing standards, setting guidance, research, funding — but provinces themselves are implementing care on the ground and are closest to the needs that they see.

I have to say that with the appointment of Minister Bennett, we have been able to shine a spotlight on mental health and addiction, and she has direct counterparts in many of the provinces and territories. We've been engaging with them and will have a dedicated meeting where these issues will be squarely on the agenda. There will be the broader meeting in November where these issues will also figure into the agenda.

These issues are critical. Coming out of the pandemic, provinces and territories acutely feel the need for improving and advancing mental health and addiction services. They are also feeling the health and human resource pressures that Senator Moodie was alluding to earlier. There is a unique opportunity as we move forward in this action plan with this revitalized interest and awareness of the challenges that we're facing. Quite to the contrary, we've received no push-back. Provinces and territories proactively identify these issues as critical priorities to forward.

Ms. St-Aubin: Senator Mockler, that's a very good question. Most, if not all, provinces and territories have some sort of suicide prevention framework, strategy or programming, but it is happening on such different levels. As the federal government coming in as an interlocutor, we have to ensure that we do not

Au sortir de la pandémie, le taux de mortalité par suicide est stable, mais ce n'est pas assez. Encore une fois, même si nous disposons des fonds nécessaires pour faire le travail actuel, il faut toujours plus de financement si on juge qu'il s'agit d'une priorité. Je pense que les conservations que nous avons en font pour nous tous une priorité.

Le sénateur Mockler : J'ai une question qui m'est venue à l'esprit lorsque j'ai entendu les propos du Dr Wong, que je veux féliciter. Lorsque vous parlez des rencontres fédérales-provinciales-territoriales, nous sommes tous conscients des compétences provinciales. Cela étant dit, j'ai passé 24 ans dans une autre assemblée — l'Assemblée législative du Nouveau Brunswick —, et nous savons tous à quel point le respect des compétences est important.

J'ai quelques questions. La ministre a mentionné plus tôt qu'en novembre — je crois que c'est de cette année —, il y aura une rencontre fédérale-provinciale-territoriale. Est-ce que cet ordre de renvoi sera à l'ordre du jour de cette rencontre? Les provinces ou les territoires montrent-ils de la résistance face à cet ordre de renvoi ou au cadre que nous examinons? Sont-ils tous d'accord avec le programme?

Mme Jeffrey : Je peux répondre à la question. Les provinces et les territoires, bien sûr, sont les fournisseurs des soins de santé au Canada. Il est essentiel que nous travaillions ensemble. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer à maints égards — réglementation, normes, directives, recherches, financement —, mais ce sont les provinces qui assurent la prestation des soins sur le terrain et qui sont les plus près des besoins.

Je dois dire qu'avec la nomination de la ministre Bennett, nous avons été en mesure de braquer les projecteurs sur la santé mentale et la toxicomanie, et elle a des interlocuteurs directs dans nombre de provinces et de territoires. Nous collaborons avec eux, et nous aurons une rencontre qui sera expressément consacrée à ces questions. Il y aura une rencontre élargie en novembre où ces questions seront également à l'ordre du jour.

Il s'agit de questions cruciales. Au sortir de la pandémie, les provinces et les territoires sentent parfaitement qu'ils ont besoin d'améliorer les services de santé mentale et de toxicomanie. Ils sentent aussi la pression sur les ressources humaines et en santé à laquelle la sénatrice Moodie a fait allusion un peu plus tôt. Ce plan d'action, avec l'intérêt et la prise de conscience renouvelés qu'il suscite à l'égard des défis que nous devons relever, est une occasion sans pareille d'agir. Nous n'avons éprouvé aucune résistance, bien au contraire. Les provinces et les territoires ont même pris les devants pour faire de ces enjeux de grandes priorités.

Mme St-Aubin : Sénateur Mockler, c'est une très bonne question. La plupart des provinces et territoires, sinon l'ensemble, ont un cadre, une stratégie ou un programme quelconque de prévention du suicide, mais à des niveaux très différents. Avec l'arrivée du gouvernement fédéral comme

seem to want to take over what they are doing. Rather, we need to look at how we can support, coordinate and learn from each other. We're certainly learning that with 988 and the suicide crisis lines as well. We have conversations with our provincial and territorial counterparts where they have their own programs — Quebec, et cetera. We want to make sure that we are trying to do it in a complementary way.

Senator Kutcher: As an overall question, I wonder if you wouldn't mind sharing with us your thoughts — later on, not at this point — on areas that you think our report should not forget to focus on. This gives you an open opportunity. We have had lots of different discussion here, but from your perspective, what do you want to make sure that we don't miss, because you are actively engaged in this?

The second part is on data. We will all fondly, or not fondly, remember the data discussions during the pandemic when we found to our dismay that there was no substantive data on the mental health of the population that we could take to the bank. There was no collaborative, collective administrative data on mental health utilization, and there was absolutely no data on outcomes.

Would our focus on data be useful to you in bringing forward the absolute need for that? Also, do we have anything like a national suicide surveillance program in place, or are you planning to put that in place? Would something like a national suicide surveillance program be useful in terms of helping us inform what we are doing and how?

Ms. St-Aubin: You are talking my language. This is wonderful. Just to start with your last portion around a national suicide surveillance system. I see Rhonda Kropp, a former colleague of mine, who led in having conversations about what pan-Canadian suicide surveillance data would look like. Certainly, there isn't such a system that is national in scope. COVID has allowed us some opportunity because we had to be proactively strategic in how we try and access data from our provincial and territorial counterparts, and we have done it in the opioid space. Part of my team have parachuted in surveillance officers in chief coroner's offices and chief medical examiner's offices to try to get access to opioids mortality data. We are also doing the EMS and ER visits. Just from what COVID taught us, and opioids where we had to get in there — because the opioids were a crisis before the pandemic. We are now looking at how does that look and translate into the suicide realm? How do we access suicide data in a timely fashion? And exactly what you were asking the minister about EMS and ER visits.

interlocuteur, nous devons faire en sorte de donner l'impression que nous ne voulons pas prendre les choses en main. L'idée est plutôt de voir ce que nous pouvons faire pour les aider, jouer un rôle de coordination et apprendre les uns des autres. C'est assurément ce que nous enseigne la ligne 988 et les lignes de prévention du suicide. Nous discutons avec nos homologues provinciaux et territoriaux qui ont leurs propres programmes, le Québec, et cetera. Nous voulons nous assurer de procéder en complémentarité.

Le sénateur Kutcher : J'ai une question générale. Je me demande si vous pourriez nous dire — pas maintenant, mais un peu plus tard — ce sur quoi nous ne devrions pas oublier d'insister dans notre rapport. C'est une possibilité ouverte. Nous avons discuté de nombreux sujets ici, mais à votre avis, qu'est-ce que nous ne devons pas oublier, parce que vous y jouez un rôle actif?

L'autre élément porte sur les données. Nous nous rappelons tous avec émotion les discussions que nous avons eues sur les données pendant la pandémie, et le moment où nous nous sommes rendu compte avec consternation que nous n'avions pas de données concrètes sur la santé mentale de la population. Il n'y avait pas de données administratives collectives, collaboratives sur l'utilisation des services en santé mentale, et aucune donnée sur les résultats.

Serait-il utile pour vous que nous insistions sur les données et l'absolu besoin que nous en avons? De plus, avons-nous un programme national de surveillance du suicide en place, ou prévoyez-vous en mettre un en place? Un tel programme serait-il utile pour mieux comprendre ce que nous faisons et comment nous le faisons?

Mme St-Aubin : Nous parlons le même langage. C'est merveilleux. Je vais commencer par le dernier segment, soit le système national de surveillance du suicide. Je vois Rhonda Kropp, une ancienne collègue, qui a mené les discussions à propos de la forme que prendrait la collecte de données sur la surveillance du suicide à l'échelle du pays. Nous n'avons pas de système ayant une portée pancanadienne à l'heure actuelle. La pandémie de la COVID nous a un peu ouvert la voie parce que nous avons dû agir proactivement de manière stratégique pour tenter d'avoir accès aux données de nos homologues provinciaux et territoriaux, et nous l'avons fait aussi dans le dossier des opioïdes. Des membres de mon équipe ont dépêché des agents de surveillance dans les bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef pour tenter d'obtenir des données sur la mortalité liée aux opioïdes. Nous le faisons aussi pour les données sur les visites aux services médicaux d'urgence et dans les salles d'urgence. Nous avons tiré des leçons de la COVID et de la crise des opioïdes qui l'a précédée. Nous examinons

You asked what I would like to hear and see from your study — it is those types of innovations. And from what you're working on, I would love to see it explored a little bit more and how we can make that happen.

I will turn to Rhonda to talk about the first portion of your question about data, which we are always happy to see.

Ms. Kropp: Thank you very much for that question. This is near and dear to my heart as well.

There are a few things that may be quite helpful for the committee to consider as you do your own deliberations and your study. One is that we have the opportunity to look at evaluation beyond what we currently do and its current context. Often what you will see in reports is, "We need to evaluate and have outcomes." This does not necessarily mean that we need to do evaluative research at one point in time, write a report and put it away. I think there is an opportunity for us to think about building evidence and building evaluation into care itself so that it is evidence producing, evidence generating and evidence using in a quicker manner than we currently have.

There is always benefit to evaluative research where we get a study done and then we try our best to work with partners to ensure those findings are taken into care. When we actually embed research into a learning health system, if you will, it is so much closer to the care; it's part of the integrated team, and we are able to reduce the time from findings to adapting our care, our systems or our models.

One thing I would suggest is, when we are thinking about evaluation, can we think broader? Can we think about models that allow us to use that evidence more quickly so that our care is more cost-effective and more effective for Canadians as a whole?

The second thing I would note, to build on Ms. St-Aubin's point on data, I think we also need to be careful to note that what we need is to be able to answer certain questions. Different data will be needed to answer different questions. In some cases, surveillance data will serve that. In some cases, research data will serve that. In other cases, we just need other methodologies. If we continue to think about the questions and ensure that the data form follows that function, we will be in a much better position, rather than getting data and then hoping that it fits the bill to answer the questions.

maintenant comment cela peut se traduire pour le suicide. Comment peut-on avoir accès aux données sur le suicide en temps opportun? C'est exactement ce que vous demandiez à la ministre au sujet des visites aux services médicaux d'urgence et dans les salles d'urgence.

Vous avez demandé ce que j'aimerais voir dans votre étude, eh bien, ce sont des innovations de ce genre. J'aimerais aussi vous voir pousser votre étude un peu plus loin et savoir comment concrétiser le tout.

Je vais céder la parole à Rhonda Kropp pour répondre à la première partie de votre question sur les données, dont nous nous réjouissons toujours.

Mme Kropp : Je vous remercie beaucoup de la question. C'est une question qui me tient beaucoup à cœur également.

Il serait sans doute utile que le comité examine certains éléments pendant ses délibérations et son étude. Il faudrait notamment aller au-delà de ce que nous faisons actuellement au chapitre des évaluations. On mentionne souvent dans les rapports qu'il faut évaluer et obtenir des résultats, ce qui ne veut pas nécessairement dire que nous devons effectuer une recherche évaluative ponctuelle, rédiger un rapport et le mettre de côté. Nous avons l'occasion, je pense, de réfléchir à l'idée d'intégrer les évaluations dans la prestation même des soins afin d'obtenir des données probantes qui pourront être générées et utilisées plus rapidement qu'à l'heure actuelle.

Il est toujours utile de procéder à des recherches évaluatives pour ensuite faire de notre mieux pour travailler avec nos partenaires afin d'appliquer les résultats dans les soins. Toutefois, quand on intègre la recherche dans un système de santé apprenant, on est alors beaucoup plus près des soins; elle fait partie intégrante de l'équipe et on peut ainsi réduire le délai pour passer des conclusions des recherches à l'adaptation des soins, de notre système ou de nos modèles.

Je suggérerais que, lorsqu'on pense évaluation, qu'on se demande si on peut penser plus large. Peut-on penser à des modèles qui nous permettent d'utiliser les données plus rapidement afin que les soins soient plus efficaces et plus efficaces pour tous les Canadiens?

Pour ajouter à ce que Mme St-Aubin a dit au sujet des données, mon deuxième point serait qu'il faut se rappeler que l'information doit servir à répondre à certaines questions. Différentes données seront nécessaires pour répondre à différentes questions. Dans certains cas, les données de surveillance vont servir à telle chose. Dans certains cas, les données de recherche vont servir à telle chose. Dans d'autres cas, il nous faut simplement d'autres méthodologies. Si on garde en tête les questions et le fait que la collecte des données vise à y répondre, nous serons dans une bien meilleure position qu'en les recueillant et en nous croisant ensuite les doigts pour qu'elles le fassent.

[Translation]

Senator Mégie: I'm not sure who can answer this, but most of you are from Health Canada. As far as the leading causes of death are concerned, the figures show that accidents result in three to five times more deaths than suicide, which is described as a self-inflicted injury. Is it possible that some deaths are being miscategorized and that, as a result, the statistics aren't revealing all suicides because they are being concealed unintentionally? Is there a way to fix that, to obtain more detailed data on the subject?

Ms. St-Aubin: Thank you for your question, senator. Yes, we agree that the data may not be exactly perfect. Was a death the result of an unintentional accident or suicide? The same can be said of the mentality around opioid or substance use. Are there opportunities to correct that? Yes, I think the discussions.... As Ms. Kropp pointed out, it's important to ask the right questions to obtain data that are specific enough to capture the real figures. I don't have the information with me now, but yes, I think the discussions — including with senators — on the issue of indicators, the appropriate way to measure them and their definitions are important. Something we haven't discussed today is how suicides, accidents and so forth are defined. That is so important....

[English]

To really have a true impact and measure that impact, we must define it and ask the right questions. So yes, you are correct.

Ms. Jeffrey: I think that the research we have seen shows that there is a large amount of under-reporting of suicide data, and it comes from a good place where coroners or care providers are trying to spare the family the pain of that conclusion. It is well documented that there is under-reporting. The size of that would have to go into the broader data strategy and the definitional component that Ms. St-Aubin was talking about, but it's a real issue.

Ms. Priest: I just wanted to add to the conversation to say that our surveillance team at Public Health Agency of Canada is working at strengthening relationships with coroners and chief medical examiners to address the matter or misrepresenting certain deaths, how they are categorized and how they are coded. That is, of course, a work in progress.

We need to measure deaths, of course, but there are other aspects of this that we would want to look at to be able to understand what is really going on. Once we have the data, all kinds of data, there is a big part of this work about how we use

[Français]

La sénatrice Mégie : Je ne sais pas qui pourra répondre à ma question, mais la plupart d'entre vous êtes à Santé Canada. En observant les statistiques des principales causes de décès, la catégorie des accidents présente de trois à cinq fois plus de décès que le suicide, qui est catégorisé comme une lésion auto-infligée. Se pourrait-il que les gens soient placés dans la mauvaise catégorie et que cela masque certains suicides, involontairement, dans les statistiques? Y a-t-il un moyen de corriger cela pour avoir des données un peu plus précises à ce sujet?

Mme St-Aubin : Merci beaucoup pour cette question, madame la sénatrice. Oui, nous sommes d'accord qu'il est possible que les données ne soient pas exactement parfaites. Est-ce un accident involontaire ou un suicide? C'est la même chose pour la mentalité des opioïdes ou des substances. Y a-t-il une chance de les corriger? Oui, je crois que les discussions — et comme Mme Kropp l'a dit —, qu'il faut poser les bonnes questions pour s'assurer que les données sont assez spécifiques pour qu'on obtienne les vrais chiffres. Je n'ai pas les données avec moi maintenant, mais oui, je crois que les discussions avec les sénateurs pour soulever la question des indicateurs, la façon de les mesurer et leurs définitions sont importantes. C'est un aspect dont on n'a pas discuté aujourd'hui : quelles sont les définitions du suicide, des accidents, etc. C'est tellement important —

[Traduction]

Pour avoir une réelle incidence et la mesurer, il faut avoir des définitions et poser les bonnes questions. Vous avez donc raison, oui.

Mme Jeffrey : Les recherches que nous avons vues montrent que le nombre de cas déclarés de suicide est largement inférieur au nombre de cas réels, et cela est lié en bonne partie au fait que les coroners ou les fournisseurs de soins veulent épargner à la famille la douleur de cette conclusion. La sous-déclaration est bien documentée. Cela devra faire partie d'une stratégie sur les données plus vaste et du volet des définitions dont Mme St-Aubin vient de parler, mais c'est un vrai problème.

Mme Priest : J'aimerais simplement ajouter que notre équipe de surveillance à l'Agence de la santé publique s'emploie à resserrer les liens avec les coroners et les médecins légistes en chef pour remédier au problème ou à la déclaration erronée de certains décès, leur catégorisation et leur codage. Il s'agit, bien sûr, d'un processus continu.

Il faut mesurer le nombre de décès, bien entendu, mais il y a aussi d'autres éléments que nous voudrions examiner pour bien comprendre ce qui se passe. Une fois que nous obtenons les données, toutes sortes de données, une bonne part du travail

that data to influence and inform our policies and our actions. So the translation of that data, I would just put on the table, is critical as well.

The Chair: Thank you very much. I did have a couple of questions, but our time is sadly over.

Colleagues and witnesses, I would like to thank you very much for your time here. It has been extremely useful in advancing our deliberations on this report.

Honourable senators, our next meeting will be Wednesday at 4 p.m., where we will continue our study on the Federal Framework for Suicide Prevention. I understand that the subject of this study can be difficult. Therefore, I would like to remind senators and their staff that the Employee Assistance Program is available and provides free, short-term counselling for both personal or work-related concerns on a 24-7 basis, in addition to crisis counselling.

If there is no further business, honourable senators, this meeting is adjourned.

(The committee adjourned.)

consiste ensuite à savoir comment les utiliser pour guider et orienter nos politiques et les mesures à prendre. Je dirais simplement que la conversion de ces données est également cruciale.

La présidente : Je vous remercie beaucoup. J'avais aussi quelques questions, mais notre temps est malheureusement écoulé.

J'aimerais remercier mes collègues et nos témoins de leur temps. Les discussions ont été fort utiles pour faire progresser nos travaux.

Honorables sénateurs, notre prochaine rencontre aura lieu mercredi à 16 heures, et nous poursuivrons notre étude sur le Cadre fédéral de prévention du suicide. Je sais que le sujet de cette étude n'est pas facile. J'aimerais donc rappeler aux sénateurs et aux membres de leur personnel qu'ils peuvent communiquer avec le Programme d'aide aux employés pour obtenir des services de conseils gratuits à court terme, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour des problèmes de nature personnelle ou professionnelle, de même que des services de consultation d'urgence.

Comme il n'y a pas d'autres questions, la séance est levée.

(La séance est levée.)
