Second Session
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 19, 2003
Thursday, March 20, 2003

Issue No. 11

Second and third meetings on:

Mental health and mental illness

WITNESSES:
(*See back cover*)

Deuxième session de la
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 19 mars 2003
Le jeudi 20 mars 2003

Fascicule n^{o} 11

Deuxième et troisième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS:
(*Voir à l'endos*)

40239-40245

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Robertson
Keon	Roche

**Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Milne (*March 18, 2003*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Pearson (*March 3, 2003*).

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Pépin
Cordy	Morin
Fairbairn, c.p.	Robertson
Keon	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

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

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn substitué à celui de l'honorable sénateur Milne (*le 18 mars 2003*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck substitué à celui de l'honorable sénateur Pearson (*le 3 mars 2003*).

Published by the Senate of Canada

Available from: Communication Canada
Canadian Government Publishing, Ottawa, Ontario K1A 0S9

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

Publié par le Sénat du Canada

En vente:
Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

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

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday March 19, 2003
(12)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:52 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Majory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, LeBreton, Morin and Roche (8).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Senate Committees and Private Legislation Directorate: Monique Régimbald.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee began its consideration of issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness. (*For a complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 9.*)

WITNESSES:

From St. Michael's Hospital:

Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies.

From The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology:

Dr. Alain Lesage, Past President.

From Health Canada:

Tom Lips, Senior Advisor, Mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch.

Tom Lips, Alain Lesage and Paul Links each made a presentation and answered questions.

At 6:07 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday March 20, 2003
(13)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:05 a.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Majory LeBreton, presiding.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 19 mars 2003
(12)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 52, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Majory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton, Morin et Roche (8).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos, et de la Direction des comités et de la législation privée: Monique Régimbald.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend l'examen des questions soulevées par et depuis le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 9.*)

TÉMOINS:

De l'Hôpital St. Michael's:

Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide.

De l'Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique:

Dr Alain Lesage, président sortant.

De Santé Canada:

Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Tom Lips, Alain Lesage et Paul Links font une déclaration puis répondent aux questions.

À 18 h 07, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 20 mars 2003
(13)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Majory LeBreton (*vice-présidente*).

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., LeBreton, Léger, Morin and Roche (7).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Senate Committees and Private Legislation Directorate: Monique Régimbald.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee began its consideration of issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness. (*For a complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 9.*)

WITNESSES:

As an individual:

Thomas Stephens, Consultant.

From Statistics Canada:

Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division.

From the Canadian Institute for Health Information:

Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis;

Carolyn Pullen, Consultant;

Joan Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat.

From Queen's University:

Dr. Julio Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry.

Carolyn Pullen, John Millar, Lorna Bailie, Thomas Stephens and Julio Arboleda-Florèz each made a presentation and answered questions.

The committee recessed at 1:03 p.m.

The committee resumed at 1:07 p.m.

The Honourable Senator Fairbairn moved — That the committee approve the budget in the following amounts to examine legislation:

Professional and Other Services	$	2,500
Other Expenditures	$	500
Total	**$**	**3,000**

The Honourable Senator Cordy moved — That the committee approve the revised budget in the following amounts to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee is authorized to examine issues concerning mental health and mental illness:

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., LeBreton, Léger, Morin et Roche (7).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos, et de la Direction des comités et de la législation privée: Monique Régimbald.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend l'examen des questions soulevées par et depuis le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 9.*)

TÉMOINS:

À titre personnel:

Thomas Stephens, expert-conseil.

De Statistique Canada:

Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé.

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse;

Carolyn Pullen, expert-conseil;

Joan Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de protection de la vie privée.

De l'Université Queen's:

Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie.

Carolyn Pullen, John Millar, Lorna Bailie, Thomas Stephens et Julio Arboleda-Florèz font une déclaration puis répondent aux questions.

Le comité suspend ses travaux à 13 h 03.

Le comité reprend ses travaux à 13 h 07.

L'honorable sénateur Fairbairn propose — Que le comité approuve le budget suivant pour l'examen de la législation:

Services professionnels et autres	2 500 $
Autres dépenses	500 $
Total	**3 000 $**

L'honorable sénateur Cordy propose — Que le comité approuve le budget révisé ci-dessous pour examiner les questions soulevées par et depuis le dépôt du rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et faire rapport à ce sujet. Plus particulièrement, le comité est autorisé à examiner les questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale:

Professional and Other Services	$	38,000
Transport and Communications	$	96,800
Other Expenditures	$	7,200
Total	**$**	**142,000**

Services professionnels et autres	38 000 $
Transport et communications	96 800 $
Autres dépenses	7 200 $
Total	**142 000 $**

At 1:10 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair

À 13 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 19, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:52 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: We are continuing today with the study that follows on our study of the health care system in Canada. We have been authorized by the Senate to examine issues concerning mental health and mental illness.

Our witnesses today are Dr. Paul Links, Dr. Alain Lesage and Mr. Tom Lips.

Mr. Tom Lips, Senior Adviser, Mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health, Health Canada: I am pleased to be here to speak to you today about mental health and mental illness.

This presentation centres on a few key messages. The federal and provincial-territorial roles and responsibilities differ where mental health and mental illness are concerned. Mental health is a broader concept than mental illness or the absence of mental illness.

Because physical health and mental health are interdependent, promoting mental health contributes to physical health and vice versa. We believe that an integrated approach to both physical and mental health is appropriate.

Many determinants influence mental health and mental illness. A developmental or life stage perspective is important in addressing these determinants.

Provincial and territorial governments have primary responsibility for the planning and delivery of health services for the general population. As you know, federal transfer payments contribute to health services delivery. The federal government has a special mandate for health service delivery to certain populations, notably First Nations people on reserve and Inuit. It also undertakes national health promotion efforts.

Both levels of government have been involved in health promotion, research and surveillance, and have collaborated to address some service delivery issues, for example, identifying best practices.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 19 mars 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 14 h 52 pour étudier diverses questions suscitées par le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et l'évolution de la situation depuis lors. En particulier, le comité sera autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Nous poursuivons cet après-midi l'étude qui fait suite à notre étude du système de soins de santé au Canada. Nous avons été autorisés par le Sénat à examiner diverses questions relatives à la santé mentale et aux maladies mentales.

Nos témoins de cet après-midi sont le Dr Paul Links, le Dr Alain Lesage, et M. Tom Lips.

M. Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada: Je suis heureux d'avoir aujourd'hui l'occasion de comparaître devant le comité pour examiner avec vous la santé mentale et les maladies mentales.

Mon exposé s'articulera autour de trois messages clés. D'abord, les rôles et responsabilités des administrations fédérale/provinciales/territoriales sont différentes dès lors qu'il s'agit de santé mentale et de maladie mentale. La santé mentale traduit une notion plus large que la maladie mentale et ne se réduit pas à l'absence de maladie mentale.

Comme la santé physique et la santé mentale sont interdépendantes, la promotion de la santé mentale favorise la santé physique, et inversement. À notre avis, il faut donc une approche intégrée en ce qui concerne la promotion de la santé physique et la santé mentale.

De nombreux déterminants interviennent dans la santé mentale et les maladies mentales. Une vigilance tout au long de la vie s'impose en conséquence.

C'est aux gouvernements provinciaux et territoriaux que revient la principale responsabilité d'assurer la planification et la prestation des services de santé destinés à l'ensemble de la population. Comme vous le savez, les transferts fédéraux permettent de financer en partie la prestation des services de santé. Le gouvernement fédéral a aussi un mandat particulier en matière de prestation de soins de santé à l'égard de certaines populations, notamment les membres des Premières nations vivant dans la réserve et les Inuits. Il est également chargé de la promotion de la santé à l'échelle nationale.

Les deux paliers de gouvernement mènent des activités de promotion de la santé, de recherche, et de surveillance, et ont conjugué leurs efforts pour régler certaines difficultés en matière de prestation de services — par exemple, en définissant des pratiques exemplaires.

Health Canada's involvement in mental health has consisted of information activities for the public and professionals; of collaboration with provinces and territories to strengthen mental health services; of research funding, project funding and nongovernmental organization grants and contributions; of funding for crisis intervention services, and prevention and promotion programs for First Nations and Inuit; and of broad-based health promotion programs with mental health implications and surveillance. For example, there is strong mental health content in the 1994 National Population Health Survey and the 2002 Canadian community health survey, cycle 1.2.

The terms "mental health," "mental illness," "mental disorder," and "mental health problem" are often used interchangeably or inconsistently. In order to have a productive study of mental health and mental illness, it is helpful to review what the terms include and how they are interrelated. There are varying opinions about what each of these terms includes and excludes. Some groups, including many Aboriginal people, prefer to avoid the term "mental health" and use other expressions, with other implications, such as "mental wellness" or "emotional health."

Because the pain and burden of mental illness is so great, most public and policy discussions that are nominally about mental health actually focus on the treatment of mental illness. It may be difficult to retain a positive understanding of mental health as the ultimate goal of all services, programs and policies in this area. Mental illness undermines mental health, but mental health is more than simply the absence of mental illness. It is a fundamental resource of all human beings and an essential component of all health.

There is not a universally accepted definition of mental health. Most definitions stress that mental health is manifested in people's ability to interact with each other and with their environment in effective, constructive and satisfying ways; to develop and use their capacity for thought and feeling throughout the life-course in ways that lead to subjective well-being; and to cope effectively with challenges and stressors. The development and maintenance of mental health is not an issue that is limited to people living with mental illness. It is a crucial issue for all people.

In the presentation, I have given you several federal definitions. One is from "Mental Health for Canadians: Striking a Balance," a 1998 discussion paper. I will not read it, but it is an interactive discussion that highlights the capacity of individuals and groups to interact effectively with their environment. A more colloquial definition is the capacity for each of us to feel, think and act in

Les activités liées à la santé mentale menées par Santé Canada comprennent ce qui suit: des activités d'information à l'intention du public et des professionnels, la collaboration avec les provinces et territoires pour améliorer les services de santé mentale, le financement de recherches et de projets, et l'attribution de subventions et de contributions aux ONG, le financement de services d'intervention d'urgence et de programmes de prévention et de promotion destinés aux Premières nations et aux Inuits, l'administration de programmes de grande envergure de promotion de la santé ayant des répercussions sur la santé mentale, et la surveillance par exemple. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 et le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 comportent un important volet sur la santé mentale.

Les termes «santé mentale», «maladies mentales», «troubles mentaux» et «troubles de santé mentale» sont souvent utilisés indifféremment ou de façon incohérente. Afin de mener une étude productive sur la santé et les maladies mentales, il convient d'examiner ces différents termes, ce qu'ils comprennent et de quelle façon ils se recoupent. Il existe des divergences d'opinions sur ce que chacun de ces termes englobe ou non. Certains groupes, y compris de nombreux Autochtones, préfèrent éviter d'utiliser le terme «santé mentale» et privilégient d'autres expressions, qui ont d'autres répercussions, telles que le «mieux-être mental» ou la «santé affective».

Comme la douleur et le fardeau des maladies mentales sont si importants, la plupart des discussions publiques et stratégiques qui concernent la santé mentale en théorie portent en réalité sur le traitement des maladies mentales. Il peut être difficile dans ce contexte de garder à l'esprit que la santé mentale traduit une notion essentiellement positive et représente la finalité de tous les services, programmes et politiques dans ce domaine. Les maladies mentales minent la santé mentale, mais la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de maladies mentales. Il s'agit plutôt de la ressource essentielle de tous les êtres humains et d'une composante fondamentale de la santé vue sous tous ses angles.

Il n'existe pas de définition de la santé mentale qui soit unanimement reconnue. La plupart des définitions insistent sur la capacité des individus d'avoir les uns avec les autres, et avec leur environnement, des interactions qui soient à la fois efficaces, constructives et satisfaisantes; de développer et d'utiliser leur capacité de réfléchir et d'être sensibles à leur environnement tout au long de la vie de manière à favoriser le bien-être subjectif; et à relever des défis et à répondre efficacement à différents facteurs de stress. Une bonne santé mentale et le maintien d'un bon état de santé mentale revêtent une importance critique, non seulement pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, mais pour tout le monde.

Dans le texte de mon exposé, je présente plusieurs définitions qui s'utilisent au niveau fédéral. La première est tirée d'un document de discussion de 1998 intitulé «La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre». Je n'ai pas l'intention de vous la lire, mais elle me met en relief la capacité de l'individu et du groupe d'avoir des interactions efficaces avec leur environnement.

ways that enhance our ability to enjoy life and deal with the challenges we face.

Poor mental health is characterized by the inability to recognize, understand and cope with stress, emotions and personal needs or boundaries. It involves the learning of maladaptive responses or the failure to learn adaptive responses. It involves subjective distress, anxiety, alienation, depressed mood or dysfunctional behaviour. It is manifested in hopelessness, anxiety, school failure, lack of self-care, excessive risk-taking, lack of productivity, family breakdown, substance abuse, antisocial behaviour and, in the extreme, self-injury, suicide and violence.

In the 1994 National Population Health Survey 17.4 per cent of the population over age 12 reported high levels of distress. Twenty-five per cent of Canadians consider their workplace a major source of stress and anxiety. Suicide is the leading cause of death among Canadian males ages 10 to 49. Those rates are particularly high in the Aboriginal population.

As with mental health, definitions of mental illness are also subject to debate and the boundary issues are still being discussed and probably always will be.

A widely used definition of mental illness or mental disorder is taken from the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition. I have given you a copy of that definition. It is a definition that allows for the possibility of either biological or psychological causes of illness. It excludes normal reactions to stressful situations.

Research indicates that there is a continual and often powerful interaction between physical and mental health. Personal resiliency, optimism, a sense of social support, a sense of autonomy or mastery, a positive self-image and even basic happiness contribute significantly to health promoting behaviours, to resistance to illness, to help seeking, to the perceived severity of symptoms, the speed of recovery and the degree of excess disability from an injury or an illness. An example is the increasingly well-documented link between the incidence and outcome of cardiovascular disease and such factors as depression, anger, stress and copying style.

When mental and physical illness occur together, to which "co-morbidity" refers, care needs are more complex and recovery is slower. Many behaviours contributing to illness are closely tied to mental health issues and problems.

Une définition plus courante serait la capacité pour chacun d'entre nous de ressentir, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés.

Une mauvaise santé mentale est caractérisée par l'incapacité de reconnaître, de comprendre et d'affronter le stress, les émotions et les limites ou besoins personnels; l'apprentissage de réactions mésadaptées, ou l'incapacité d'apprendre des réactions adaptatives; la détresse subjective, l'anxiété, l'aliénation, l'humeur dépressive, et les comportements dysfonctionnels. Enfin, elle se manifeste par le désespoir, l'anxiété, l'échec scolaire, l'incapacité d'être autonome en matière de santé, la prise de risques excessifs, un manque de productivité, l'éclatement de la famille, la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, le comportement antisocial et, à l'extrême, l'automutilation, le suicide et la violence.

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 nous a permis de constater que 17,4 p. 100 de la population âgée de plus de 12 ans ressentaient un niveau élevé de détresse. Vingt-cinq pour cent des Canadiens considèrent leur lieu de travail comme une source importante de stress et d'anxiété. Le suicide est la principale cause de mortalité des hommes canadiens âgés de 10 à 49 ans. Ces taux sont particulièrement élevés au sein de la population autochtone.

Comme pour la santé mentale, les différentes définitions de ce qu'est une maladie mentale ne font pas l'objet d'un commun accord et la question des limites de ces définitions est encore un sujet de discussion et le sera sans doute toujours.

Une définition des maladies mentales ou troubles mentaux qui est couramment utilisée est tirée de la 4e édition du Diagnostic and Statistical Manual de l'American Psychiatric Association. Je vous ai donné une copie de cette définition. Selon cette dernière, la cause d'une maladie mentale peut être soit biologique, soit psychologique. Elle exclut cependant les réactions normales à une situation stressante.

Les études indiquent qu'il existe une interaction permanente, et souvent assez forte, entre la santé physique et la santé mentale. La capacité d'adaptation personnelle, l'optimisme, le soutien social ressenti par l'individu, un sentiment d'autonomie ou de maîtrise, une bonne image de soi, et même le bonheur basique contribuent énormément à l'adoption de comportements sains, à la résistance aux maladies physiques, à la recherche d'aide, à la perception de la gravité des symptômes, à la vitesse de récupération, et à un degré moindre d'incapacité par suite d'une blessure ou d'une maladie. Un exemple serait le lien de mieux en mieux documenté entre la fréquence et l'issue de la cardiopathie et des facteurs tels que la dépression, la colère, le stress et les stratégies d'adaptation.

Lorsqu'une maladie mentale et une maladie physique sont présentes en même temps, ce qu'on appelle la «comorbidité», les soins sont plus complexes et la récupération est plus lente. De nombreux comportements qui sont des facteurs de causalité pour diverses maladies sont étroitement liés à des problèmes de santé mentale.

Smoking, unhealthy eating, physical inactivity, drug and alcohol abuse, and excessive risk taking may involve not only rational choices and preference, but also a response to psychological pain or maladaptive efforts at psychological self-care. As a group, people with mental illness tend to have poorer physical health, engage in more unhealthy and risky behaviours and have higher rates of premature mortality.

Health policy is moving toward a more integrated approach to health promotion and disease prevention at the population level. A central goal is to address modifiable risk and protective factors so as to maintain and improve both the physical and the mental health of Canadians.

There is a growing body of evidence that physical activity has a moderate but significant beneficial effect on depressive symptoms and may protect against the onset of depression. Healthy eating and healthy weight has implications for self-image and self-esteem. We may expect general benefits in mental health from interventions such as the provincial-territorial healthy living initiative, which targets such factors. This initiative represents an opportunity to coordinate prevention promotion efforts aimed at a series of important health issues.

The determinants of health identified in the population health model used by Health Canada are also the determinants of mental health. These broad categories subsume a large number of risk and protective factors. It is rarely appropriate to assume a direct causal connection from one single determinant to a particular outcome. Mental health and mental illness are multi-dimensional, multi-determined phenomena.

Even in the case of a disease like schizophrenia where biological and genetic factors are crucial, the full range of health determinants remain relevant. Excessive stress or substance abuse may be implicated as a triggering factor of the onset of a mental illness.

It is essential to address not only the adequacy of biological or psychotherapeutic treatment, but also issues of social support, social inclusion, living and working conditions, personal health practices, et cetera.

I have given you a table from an Australian document that lists a range of possible protective factors and the settings in which these factors can be addressed, including individual factors, family factors, school context, life events, community and cultural factors. I will not go through those in detail.

Le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique, la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues, et la prise de risques excessifs peuvent correspondre à un choix rationnel ou à une préférence, mais ces comportements peuvent également être une réaction à une douleur psychologique ou à des efforts mésadaptés d'autocontrôle. En tant que groupe, les personnes atteintes de troubles mentaux tendent généralement à être en plus mauvaise santé, à adopter des comportements malsains ou risqués, et à connaître des taux de mortalité prématurée plus élevés.

La politique en matière de santé traduit de plus en plus une approche plus intégrée de promotion de la santé et de prévention de la maladie au niveau de la population générale. L'un des objectifs fondamentaux de cette politique est de prendre en compte des facteurs de risque modifiables et des facteurs de protection, en vue de maintenir et d'améliorer la santé physique et mentale des Canadiens.

Les études indiquent de plus en plus que l'activité physique a un effet bénéfique modéré mais important sur les symptômes de la dépression et peut donc aider à prévenir l'apparition de la dépression. Une saine alimentation et un poids approprié ont forcément des répercussions sur l'image et l'opinion qu'on a de soi-même. On peut s'attendre à ce que des interventions telles que l'initiative provinciale-territoriale relative à la vie saine, qui ciblent de tels facteurs, aient un impact généralement positif sur la santé mentale. Cette initiative présente l'occasion de coordonner les efforts de promotion et de prévention relatifs à une série de problèmes de santé importants.

Les déterminants de la santé qu'on retrouve dans le modèle d'amélioration de la santé de la population utilisé par Santé Canada sont également des déterminants de la santé mentale. Ces catégories générales subsument un grand nombre de facteurs de risque et de protection. Il convient rarement de supposer qu'il existe un lien de causalité direct entre un déterminant unique et un résultat particulier. La santé mentale et les maladies mentales sont liées à des phénomènes multidimensionnels auxquels on peut associer de multiples déterminants.

Même pour une maladie comme la schizophrénie où les facteurs biologiques et génétiques sont critiques, toute la gamme des déterminants de la santé demeure pertinente. Un degré de stress excessif ou l'abus de l'alcool ou d'autres drogues peuvent être des facteurs qui déclenchent l'apparition d'une maladie mentale.

Il est essentiel de tenir compte non seulement du caractère approprié des traitements biologiques ou psychothérapeutiques, mais aussi de questions telles que le soutien social, l'inclusion sociale, les conditions de vie et de travail, les pratiques de santé personnelles, et cetera.

Je vous ai donné un tableau tiré d'un document australien qui énumère des facteurs de protection potentielle et les contextes dans lesquels interviennent ces facteurs, y compris les facteurs individuels, les facteurs familiaux, le milieu scolaire, les événements et situations de la vie, et les facteurs communautaires et culturels. Je ne vais pas vous les présenter en détail.

The next table from the same document looks at developmental tasks across the lifespan. An important dimension of mental health is that it is a developmental concept. Mental health milestones, challenges and needs arise and evolve continually throughout life as do opportunities to promote mental health and prevent illness. This is true whether a mental illness is present or not.

Mental health promotion is the process of enhancing the capacity of individuals and communities to take control over their lives and improve their mental health. Promoting mental health at the population level includes providing information, resources and opportunities that help people to establish a positive self-image and a sense of autonomy; to improve their ability to offer and receive mutual support; to understand, express and cope with their emotions; to develop skills for parenting, partnering and problem solving; to recognize and deal with stress and its effects; to recognize the symptoms of mental disorders; to seek informal or formal help, when appropriate; and to overcome prejudices, stigma and discrimination about mental illnesses, as well as other differences.

A key challenge faced by researchers, policy makers and program developers is clarifying and, perhaps, broadening, our conception of what mental health includes and, therefore, what mental health research, interventions and policies might include. A related challenge is determining how mental health promotion can best be situated in relation to general health promotion and in relation to primary care and mental health services.

A third challenge is in the domain of research. How do we identify and reach the point at which the research evidence is strong enough to have a significant impact on decision making, knowing that in this field, few, if any findings, can be regarded as the final word.

Finally, as the population of health highlights, mental health is promoted or undermined by many factors outside of the health jurisdiction. There are countless policy issues competing for priority and resources. How can mental health research findings best be applied to guide policy both within and beyond the conventional health domain?

[*Translation*]

Dr. Alain Lesage, Past President, Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology: Madam Vice-Chair, this afternoon I am also wearing my other hat as Vice-Chair of the Advisory Council of the Neuroscience, Mental Health and Drug Addiction Institute of the Canadian Institutes of Health Research. I am also

Le tableau suivant, tiré du même document, porte sur les tâches de développement tout au long de la vie. Une importante dimension de la santé mentale est cette notion de développement. Des étapes ou événements clés, des défis et des besoins liés à la santé mentale se présentent et évoluent sans cesse au cours de la vie, tout comme les possibilités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie. Ceci est vrai qu'une maladie mentale soit présente ou non.

La promotion de la santé mentale consiste à améliorer par divers moyens la capacité de l'individu et des collectivités de prendre en charge leur vie et d'améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale au niveau de la population suppose la diffusion d'informations et de ressources et la création de possibilités qui aideront les gens à avoir une bonne image et opinion d'eux-mêmes ainsi qu'un sentiment d'autonomie; à améliorer leur capacité d'offrir et de recevoir de l'aide; à comprendre, à exprimer et à maîtriser leurs émotions; à améliorer leurs capacités d'être un bon parent et un bon partenaire et de résoudre des problèmes; à reconnaître les causes et les effets du stress et y faire face; à reconnaître les symptômes de troubles mentaux; à demander de l'aide formelle ou informelle, au besoin; et à surmonter les préjugés, la désapprobation sociale et la discrimination qui entourent les maladies mentales, de même que d'autres différences.

L'un des principaux défis qu'ont à relever les chercheurs, les décideurs et les personnes chargées d'élaborer les programmes consiste à clarifier et peut-être élargir notre conception de ce qu'englobe la santé mentale et ce qu'englobent par conséquent la recherche, les interventions et les politiques relatives à la santé mentale. Un autre défi consiste à situer la promotion de la santé mentale, par rapport à la promotion générale de la santé et aux soins primaires et aux services de santé mentale.

Un troisième défi concerne la recherche. Que devons-nous faire pour faire en sorte que les résultats de la recherche soient suffisamment convaincants pour influer de façon importante sur les décisions, sachant que dans ce domaine, les constatations des chercheurs peuvent rarement être considérées comme étant définitives.

Enfin, comme l'indiquent les études sur la santé de la population, la santé mentale est favorisée ou compromise par de nombreux facteurs qui ne relèvent pas de la responsabilité des autorités sanitaires. Il existe de nombreuses questions de politique qui méritent qu'on les considère comme des priorités et qu'on y investisse des ressources. Comment donc peut-on profiter des conclusions de la recherche sur la santé mentale de façon à orienter efficacement les politiques à l'intérieur et à l'extérieur du domaine strict de la santé?

[*Français*]

Dr Alain Lesage, président sortant, Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique: Madame la vice-présidente, je porte également le chapeau aujourd'hui de vice-président du Conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche en santé du

a psychiatrist and researcher with the Fernand-Séguin Research Centre at the Louis-H. Lafontaine Hospital, which is affiliated with the University of Montreal.

I would just like to say a couple of words about the Canadian Institutes of Health Research, since we will be discussing the causes of mental disorders and mental health determinants. CIHR's vision is in fact very similar to what I will be presenting today.

The Canadian Institutes of Health Research talk about four health research pillars. First of all, basic research, which is applied in the area of mental health and mental disorders; we will be talking about neuroscience later on. Then, there is clinical research, which is research on specific interventions relating to mental disorders and their efficacy; interventions can involve medication, psychotherapy and rehabilitation. We will also look at the third pillar, which is services research. What health policies and programs will allow us to ensure that the right people benefit from the right interventions at the right time. And the fourth pillar is population health research, which relates to the epidemiological perspective and health determinants discussed earlier by my colleague, Mr. Tom Lips.

I would like to table two documents with you today that could be of some assistance. The first is a book resulting from a Franco-Quebec collaborative effort in which I participated, called "Planification et évaluation des besoins en santé mentale." The first few chapters of the book present a mental health/mental disorder framework of reference. My French colleagues are always reminding me that one of the most quoted frameworks of reference was developed in Canada and reflects both the mental disorder and mental health thrusts. The second document is a recent article that appeared in *Santé mentale au Québec*, one of the main forums of discussion for Francophone mental health workers, and which is entitled "Données récentes d'étude scandinave: traiter la dépression, une stratégie efficace de prévention du suicide."

This research was carried out in cooperation with a Scandinavian colleague. The research results showed that the treatment of depression in Scandinavian countries, which had been on the rise, was associated with a drop in the suicide rate. In Sweden, for example, we are talking about a drop of 25 per cent over a ten-year period. That is highly significant in a country like Sweden. What that means is that Sweden will have 400 to 500 fewer deaths by suicide every year.

While taking action to treat depression — which deals with one of the causes of suicide — is important, we mustn't forget other kinds of action that are necessary. For example, using a public health approach, our colleagues in Great Britain are proposing four major areas of intervention aimed at improving health. The first area has to do with changing the etiology of the causes of mental illness — in other words, taking action to alleviate social disadvantage and social inequality which, as you well know, are important population health determinants.

Canada. Je suis également psychiatre et chercheur au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal.

Juste un mot sur les Instituts de recherche en santé du Canada puisque nous devrons parlé ici des causes des troubles mentaux, des facteurs déterminant la santé mentale. La vision des Instituts de recherche en santé du Canada est très près de ce que je vais exprimer aujourd'hui.

On parle de quatre piliers de la recherche en santé aux Instituts de recherche en santé du Canada. D'abord la recherche fondamentale, on l'applique au niveau de la santé mentale et des troubles mentaux; on parlera des neurosciences. Il y a la recherche clinique; c'est la recherche sur l'efficacité et les interventions dans le champ des troubles mentaux; des interventions qui peuvent être médicamenteuses, psychothérapeutiques et de la réadaptation. On va s'intéresser également au troisième pilier, la recherche sur les services. Quelles sont les politiques de santé, les programmes qui vont faire en sorte que les bonnes interventions arrivent aux bonnes personnes au bon moment. Le quatrième pilier, c'est la recherche sur la santé des populations, la perspective épidémiologique et des déterminantes de la santé que mon collègue M. Tom Lips vous a exprimée tout à l'heure.

J'aimerais déposer deux documents qui pourront vous aider. Le premier document est un livre d'un effort franco-québécois auquel j'ai participé, «Planification et évaluation des besoins en santé mentale». À l'intérieur de ce document, dans les premiers chapitres, vous retrouverez un cadre de référence sur la santé mentale et les troubles mentaux. Mes collègues Français me rappellent qu'un des cadres de référence le plus cité a été développé au Canada et il reconnaît à la fois l'axe des troubles mentaux et l'axe de la santé mentale. Le deuxième document est un article récent que l'on a écrit dans la revue *Santé mentale au Québec*, est des principaux forums des intervenants francophones en santé mentale, qui s'appelle, «Données récentes d'étude scandinave: traiter la dépression, une stratégie efficace de prévention du suicide».

Le travail a été fait en collaboration avec un collègue scandinave. Les résultats de ces recherches ont démontrés que le traitement de la dépression dans les pays scandinaves, qui avait augmenté, était associé à une diminution du taux de suicide. En Suède, par exemple, on parle d'une diminution qui, sur une période des dix dernières années, a été de 25 p. 100. C'est très important dans un pays comme la Suède. Cela veut dire, en Suède, qu'il y aurait, chaque année, 400 à 500 morts de moins par suicide.

Cette action de traiter la dépression — une action sur une des causes du suicide — ne doit pas faire oublier d'autres actions qu'on doit poser. Par exemple, dans une perspective de santé publique, nos collègues de Grande-Bretagne nous proposent quatre grands volets d'actions possibles pour améliorer la santé. Le premier volet vise à modifier les causes des causes, donc agir sur la défavorisation sociale, sur les inégalités sociales, qui, vous le savez bien, sont des déterminants importants de la santé de la population.

The second area involves changing the causes: in the case of suicide, that means being able to treat depression, which is one of the causes associated with suicide.

The third area is strengthening protection. How can we foster greater resilience in children, and self-esteem in adolescents through mental health promotion interventions, for example.

The fourth area has to do with improving the quality of our services. What can we do to make services more accessible? How can we ensure that interventions that are known to be effective — for example, medication for depression and specific psychotherapy, which are effective — are available to the right people, at the right time and in the right place?

The rest of my presentation will deal with mental disorders.

The focus of the presentation made by my colleague, was mental health. So, I would like to talk about mental disorders. I would like you to think about — you may have read this in the material provided to you in advance — how many people suffer from mental disorders? Try and arrive at a percentage. The answer is that one in five people currently suffer from mental disorders.

When we talk about mental disorders, it is important to mention that the most prevalent of these are anxiety and depressive disorders. According to the most recent population surveys conducted here in Canada, 5 per cent of Canada's population suffers from major depressive disorder.

The third major area is substance abuse and the possibility that more than one of these disorders may be present. What that means is that these disorders are highly prevalent. In contrast, you will also be hearing about major psychiatric disorders, such as schizophrenia, bipolar affective disorder, and in adolescent children, and possibly in adults, autistic disorders. These are clearly major mental disorders. It is estimated that they affect from 1 to 2 per cent of the population.

Common mental disorders such as depression are extremely prevalent, and a recent World Health Organization report shows that depression will eventually be the major cause of incapacity in industrialized countries such as Canada. Already both public and private firms are aware that one of the main causes of disability, for which they are paying insurance premiums, are depression and anxiety disorders. A second observation is that most people who suffer from common mental disorders do not seek help.

For example, less than 30 per cent of those suffering from major depression attempted at least once in the past year to take antidepressant medications. When people are asked in surveys why they do not seek treatment, the answer is always the same. People say that the problem will resolve itself, or that they can get through it on their own.

Le deuxième volet est de modifier les causes: dans le cas du suicide, pouvoir traiter la dépression qui est une des causes associées au suicide.

Le troisième volet est d'augmenter la protection. Comment augmenter la résilience des enfants, l'estime de soi des adolescents par des interventions de la promotion de la santé mentale, par exemple.

Le quatrième volet est d'améliorer la qualité de nos services. Comment rendre les services plus accessibles? Comment faire en sorte que les interventions reconnues efficaces, par exemple, la médication pour la dépression et la psychothérapie spécifique qui sont efficaces? Comment faire en sorte que ces thérapies puissent se rendre aux bonnes personnes, au bon moment et au bon endroit?

La suite de ma présentation va plutôt porter sur les trouble mentaux.

Mon collègue, Tom Lips, s'est consacré davantage sur la santé mentale. Je vais donc parler des troubles mentaux. J'aimerais que vous essayez d'imaginer — vous l'avez peut-être lu dans des documents qui vous ont été transmis — combien de personnes souffrent de troubles mentaux? Essayez de vous faire une idée de ce chiffre en terme de pourcentage. Une personne sur cinq souffre actuellement de troubles mentaux.

Lorsqu'on parle de troubles mentaux, les troubles mentaux les plus prévanlents sont les troubles anxieux, les troubles dépressifs. La dépression à elle seule, dans les dernières enquêtes populationnelles faites au Canada, est de 5 p. 100 de la population canadienne qui souffre de dépression majeure.

Le troisième grand groupe concerne la toxicomanie et la possibilité de la présence de plus d'un de ces troubles. C'est donc dire que ces troubles courants sont très prévalents. En comparaison, vous allez également entendre parler de troubles mentaux graves, comme par exemple la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive et, chez les enfants adolescents, et éventuellement à l'âge adulte, les troubles d'autisme. Ce sont donc des troubles graves. On estime ces troubles touchent à peu près 1 à 2 p. 100 de la population.

Les troubles mentaux courants comme la dépression sont très prévalents et un rapport récent de l'Organisation Mondiale de la Santé montre que la dépression va devenir la principale cause d'incapacité dans les pays industrialisés comme le Canada. Déjà, les firmes publiques et privées savent qu'une des principales causes d'incapacité pour lesquelles elles paient des primes d'assurance sont la dépression et les troubles d'anxiété. Un deuxième constat: la majorité des personnes qui souffrent de troubles mentaux courants ne consultent pas.

Par exemple, moins de 30 p. 100 des personnes souffrant d'une dépression majeure ont essayé au moins une fois dans la dernière année de prendre des anti-dépresseurs. Lorsqu'on demande aux gens dans les enquêtes pourquoi ils ne se font pas traiter, la même réponse revient toujours. Les gens se disent que le problème va peut-être se régler de lui-même ou, encore, qu'ils vont réussir à passer à travers par eux-mêmes.

And yet, as a general rule, they are mistaken. In Canada, studies were carried out over long periods in the Maritimes by Professors Leighton and Murphy. These studies, which were conducted over a span of more than 40 years, demonstrate that anxiety and depressive disorders do in fact last for decades — in other words, that they are not just a temporary health problem. The seriousness of the symptoms does fluctuate, although some symptoms are always present. They may fluctuate based on life events or triggers that occur in certain people.

And yet there are effective treatments for most common mental disorders. Take major depression, for example: the efficacy rate of antidepressant medications and of specific psychological therapies, such as cognitive behaviour therapy or interpersonal therapy, ranges from 60 to 70 per cent.

Let's also look at chronic depression among people who have been suffering from such a condition for almost two decades. A recent study on this was recently published in the *New England Journal of Medicine*. Those of you who have a medical background will know that that is currently one of the most prestigious medical journals around. This particular study showed that the efficacy level of treatment combining antidepressant medication and cognitive therapy — a psychological therapy — was 73 per cent. This combination was more effective than each of the therapies used separately. Medical students and residents are currently being taught a bio-psycho-social approach to the treatment of mental disorders.

Among Francophones in Quebec, the primary psychiatry manual is the one written by Professors Lalonde and Grunberg, which is subtitled: *A Bio-Psycho-Social Approach*. This approach applies both to the causes and understanding of factors that influence the course of the illness and treatment.

With respect to causes, let us take the example of depression. Several factors are known to cause depression. There are also genetic factors that give rise to a predisposition to depression in some people and have different manifestations, depending on the individual.

The second group of factors is what are called neurobiological factors. For example, it is known that there can be abnormalities affecting the pathways for certain neurotransmitters, such as serotonin.

A third group of factors is developmental factors. Living with a parent who is depressed puts a person at risk of developing depression, and this goes beyond genetic and family-related factors. It means living with someone who is less available.

As regards developmental factors, unfortunate, but more rarely encountered, events as child abuse, physical or sexual abuse can greatly affect the development of the individual and are risk factors for depression.

Or, en général, ils se trompent. Des études sur de longues périodes ont été menées au Canada, dans les Maritimes, par les professeurs Leighton et Murphy. Ces études, échelonnées sur plus de 40 années, montrent que ces désordres anxiodépressifs, en fait, durent des décennies et ce n'est pas seulement un mal passager. Mais les symptômes, eux, vont fluctuer en gravité, avec toujours une certaine présence de symptômes. Ils vont fluctuer, par exemple, en fonction d'événements de vie ou de facteurs déclencheurs que les personnes peuvent rencontrer.

Pourtant, il existe des traitements efficaces pour la plupart des troubles mentaux courants. Prenons la dépression majeure, comme exemple: le taux d'efficacité des médicaments anti-dépresseurs, le taux d'efficacité de thérapies psychologiques spécifiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale ou encore la thérapie interpersonnelle, tournent autour de 60 à 70 p. 100.

Prenons la dépression chronique chez des personnes qui ont souffert de cette condition depuis près de deux décennies. Une étude récente a été publiée dans le *New England Journal of Medicine*. Pour ceux d'entre vous qui viennent du milieu médical, c'est une des revues les plus prestigieuses actuellement dans le monde médical. Cette étude a montré une efficacité de 73 p. 100 de la combinaison de médication anti-dépressive et de thérapie cognitive, une thérapie de type psychologique. Cette combinaison était plus efficace que chacune des thérapies prises séparément. On enseigne actuellement dans les facultés de médecine et à nos résidants, pour le traitement des troubles mentaux, la vision biopsychosociale.

Au Québec, en milieu francophone, le principal manuel de psychiatrie est celui des professeurs Lalonde et Grunberg, et il comprend le sous-titre: *Une approche biopsychosociale*. Cette approche s'applique à la fois aux causes, à la compréhension des facteurs influençant le cours de la maladie et également dans le traitement.

Prenons par exemple, pour parler des causes, la dépression. On reconnaît plusieurs facteurs qui causent la dépression. On reconnaît la présence de facteurs génétiques où il y a une prédisposition à la dépression qui est présente et qui se manifeste évidemment de façon différente selon les personnes.

La deuxième série de facteurs sont des facteurs neurobiologiques. On sait qu'il peut y avoir des anomalies au niveau des voies de certains neurotransmetteurs comme la sérotonine.

Un troisième niveau de facteurs sont des facteurs développementaux. Vivre avec un parent qui est déprimé place la personne à risque de développer une dépression et c'est au-delà des facteurs génétiques et des facteurs familiaux. C'est vivre avec quelqu'un où il y a moins de disponibilité.

Les facteurs développementaux, par ailleurs, on retrouve aussi des événements plus rares, malheureux, comme des abus dans l'enfance; des abus physiques ou sexuels qui vont affecter grandement le développement de l'individu et qui sont des facteurs de risque pour la dépression.

There are psychological factors as well. An individual's conception of the world, self-esteem and way of reacting to stress are all things that develop in childhood. These are significant psychological factors for depression and are addressed through cognitive behaviour or interpersonal therapies.

There are also environmental factors or triggers; the best known triggers are obviously a loss, separation, or problem relating to one's employment or interpersonal relations. But along with those triggers are what are called protection factors; social support or positive interpersonal relations are protection factors in depression.

And finally, the clinical factors — in other words, the presence of other problems, such as substance abuse, or of other disorders, like anxiety disorder, are risk factors.

There are clinical factors, as well as other disorders in cases that also involve substance abuse. Anxiety disorders are also risk factors and, more often than not, physical problems are associated with possible depression.

I am highlighting all of these with a view to demonstrating how a bio-psycho-social approach can help us to understand the causes of mental disorders. Treatment must also be based on a bio-psycho-social approach. There has already been some reference to that, and Dr. Links will address this further in his presentation.

For example, for the treatment of schizophrenia, psychiatric residents and physicians are taught that appropriate treatment involves a combination of things. First of all, optimal medication, which refers to the biological aspect of such disorders. Then there is rehabilitation, which combines the psychological and social sides of the equation, in order to restore an individual's ability to function. There are also psychotherapeutic approaches that help the person to make sense; some were developed to help patients with delusions and hallucinations who may not respond to medication.

Without necessarily eliminating such symptoms as hallucinations, cognitive therapies have been shown to have a positive effect on individuals, who are then quite able to live with residual symptoms. Finally, there is the psychoeducational approach, that involves explaining to family members what it is like to live with someone with schizophrenia and how to help him or her cope as best as possible.

Since we are talking about causes, I would like to delve a little further into some of the concepts and ideas here. There is often a tendency to wonder whether the cause is biological or psychological in origin and not to realize that it could be both. Scientific progress and brain imaging are useful in demonstrating that biological events have psychological manifestations, and that psychological approaches have a biological impact.

Il y a des facteurs psychologiques. La façon dont on conçoit le monde, l'estime de soi, la façon dont on construit notre réaction au stress se développe dans l'enfance. Ce sont des facteurs psychologiques importants au niveau de la dépression et qui font l'objet des thérapies cognitivo-comportementales ou interpersonnelles.

Il y a des facteurs environnementaux. Il y a des facteurs déclencheurs: les plus connus sont évidemment une perte, une séparation, des difficultés dans l'emploi ou dans la vie interpersonnelle. Mais à côté des facteurs déclencheurs, il faut aussi parler des facteurs de protection; le soutien social ou une relation positive interpersonnelle sont des facteurs protecteurs dans la dépression.

Enfin, les facteurs cliniques: la présence d'autres désordres, comme par exemple les consommateurs d'alcool et de substances, ou encore la présence d'autres troubles, des troubles anxieux, sont des facteurs de risque.

Enfin, il y a des facteurs cliniques et la présence d'autres désordres dans le cas où des gens consomment également de l'alcool et des substances. Les troubles anxieux représentent aussi des facteurs de risque et plus souvent qu'autrement, les problèmes physiques sont associés à la possibilité de dépression.

Je vous mentionne tout cela dans le but de vous montrer comment une approche biopsychosociale peut nous aider à comprendre les causes des troubles mentaux. Le traitement doit aussi comprendre une approche biopsychosociale. On a commencé à y faire allusion et le Dr Links en parlera davantage lors de sa présentation.

Par exemple, pour le traitement de la schizophrénie, on enseigne aux résidents en psychiatrie et aux médecins que le traitement repose sur une combinaison d'éléments. Il y a d'abord la médication optimale qui réfère à l'aspect biologique. Il y a la réadaptation, combinant les côtés psychologique et social, qui redonne à la personne des moyens d'agir. Il y a aussi les approches psychothérapeutiques qui aident la personne à faire sens; certaines ont été développées pour aider les patients qui présentent des délires et des hallucinations et qui ne répondent pas nécessairement à la médication.

Sans nécessairement faire disparaître le symptôme des hallucinations, les thérapies cognitives ont montré un effet positif sur des personnes qui peuvent très bien vivre avec des symptômes résiduels. Enfin, il y a l'approche psycho-éducative qui explique aux proches ce que c'est que de vivre avec une personne atteinte de schizophrénie et comment l'aider le mieux possible.

Puisqu'on parle des causes, j'irai un peu plus loin à l'intérieur des concepts et des idées. Souvent, on a tendance à se demander si la cause est d'origine biologique ou psychologique et ce, sans se douter qu'il pourrait s'agir des deux. Les progrès de la science et de l'imagerie cérébrale nous aident à démontrer que des événements biologiques ont des manifestations psychologiques et que les approches psychologiques ont un impact au niveau biologique.

Schizophrenia is a brain disorder with both genetic and neurobiological features. Using instruments that allow us to visualize brain activity, we are able to see that in people suffering from schizophrenia, activity in areas located in the front of the brain, called the front lobes, is lessened.

These areas regulate mental activity related to problem-solving. We also know that schizophrenics experience memory and concentration disorders, and have difficulty dealing with the problems of everyday life. When individuals with schizophrenia are placed in a machine that measures brain activity — called a functional magnetic resonance imaging device — and are asked to perform specific tasks that require concentration, we can see that this area of their brain is less active than in normal subjects.

We experimented with a psychological intervention intended to improve the attention span and concentration of people with schizophrenia. This intervention is known as cognitive remediation. When we again tested the subjects in whom this intervention had yielded positive results, the functional MRI test showed that frontal lobe activity had increased. That example shows that psychological interventions do have an impact that can be measured in the brain.

I would like to conclude my presentation by making a number of recommendations that flow from the points I have addressed thus far. What can be done to reduce mental disorders? The first action we could take would be to raise awareness among the general population and health services about mental disorders, and to get the message across that such disorders can be effectively treated. A lack of awareness is probably one of the greatest obstacles we are currently facing. Increasing awareness will ensure that more people are able to benefit from therapeutic treatments that we know to be effective and which would make a difference in their lives and those of their families.

The second recommendation is to ensure that effective medicated and psychotherapeutic treatments are available for the most common mental disorders. I'm sure you will be hearing about how difficult it is to access the therapies I have mentioned at other roundtables.

Finally, a third recommendation is aimed at people with major mental disorders. I believe you have already been told about how difficult it is for people with autism to access services. With psychiatric residents, a great deal of emphasis is placed on the bio-psycho-social approach for the treatment of patients with schizophrenia. Unfortunately, we are realizing that a number of the services they are taught to offer their patients are not in fact available, especially rehabilitation in the community and social reintegration services, and even psychological interventions. These are the things that we should be focusing on.

La schizophrénie est un désordre du cerveau avec des aspects génétiques et neurobiologiques. À l'aide d'instruments permettant de visualiser l'activité du cerveau, on voit que chez les gens qui souffrent de schizophrénie, que le fonctionnement des zones situées à l'avant du cerveau, dites frontales, est moins important.

Ces zones régissent l'activité mentale pour la gestion des problèmes. On sait aussi que chez les schizophrènes il y a présence de troubles de mémoire et de concentration, de difficultés dans la gestion des problèmes de la vie quotidienne. Lorsqu'on place des personnes souffrant de schizophrénie dans un appareil pour mesurer l'activité du cerveau — appareil de résonnance magnétique fonctionnelle — et qu'on leur demande d'effectuer certaines tâches spécifiques qui demandent de la concentration, on se rend compte que cette zone de leur cerveau s'active moins que celle des sujets normaux.

On a fait l'expérience d'une intervention de nature psychologique qui avait pour but d'améliorer la capacité d'attention et de concentration de ces personnes souffrant de schizophrénie. On appelle cette intervention une remédiation cognitive. Quand on est retournés avec les sujets pour qui l'intervention avait bien fonctionné, l'examen avec l'appareil de résonance magnétique a montré que ces zones frontales du cerveau étaient plus actives qu'auparavant. Cet exemple démontre que les interventions de nature psychologique ont un impact sur quelque chose qui se mesure au niveau du cerveau.

J'aimerais terminer ma présentation en formulant des recommandations qui découlent des éléments qui ont été présentés jusqu'à maintenant. Comment réduire les troubles mentaux? La première solution serait de sensibiliser plus la population et les services de santé au fait que les troubles mentaux existent et qu'ils peuvent être traités efficacement. La sensibilisation est sans doute l'un des principaux obstacles que l'on rencontre actuellement. Augmenter la sensibilisation ferait en sorte que plus de gens pourraient bénéficier de traitements thérapeutiques que l'on sait efficaces et qui feraient une différence dans leur vie et celle de leurs proches.

La deuxième recommandation qui en découle, c'est de rendre accessible à la population les traitements médicamenteux et les psychothérapeutiques efficaces pour les troubles mentaux les plus courants. Vous entendrez certainement parler dans d'autres tables rondes des difficultés d'accès à des thérapeutiques que j'ai mentionnées.

Enfin, la troisième recommandation vise les gens qui souffrent de troubles mentaux graves. Je crois que vous avez entendu parler de la difficulté d'accès aux services des gens qui souffrent d'autisme. Dans le cas de la schizophrénie, on enseigne beaucoup de choses à nos résidents en psychiatrie, une approche de traitement biopsychosociale qui devraient être offerte à leurs patients. Malheureusement, on se rend compte que plusieurs types de services qu'on leur enseigne d'offrir à leurs patients ne sont pas disponibles, en particulier les interventions de réadaptation dans la communauté et les services pour la réinsertion sociale, mais aussi la disponibilité pour les interventions psychologiques. C'est principalement là-dessus que les efforts devraient porter.

[*English*]

The Deputy Chairman: Thank you for your excellent presentation. Dr. Links, please proceed.

Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair, St. Michael's Hospital: Madam Chair, I am pleased to be before the committee.

My central message is that in the area of mental illness and mental health we have the knowledge and approaches and that with federal leadership significant things can be done. I will use the area of suicide prevention to prove those points. I have that bias because I hold the Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies at the University of Toronto. I am a psychiatrist who does clinical work and research.

Arthur Sommer Rothenberg was a physician at St. Michael's Hospital. He suffered from bipolar disorder and took his own life at age 35. With courage and leadership his mother and family came forward and spoke about their loss. With great effort, they raised the money to establish this Chair. When it was established, it was the only Chair in North America dedicated to the study of suicide.

I will come back to the issue of suicide because it is so significant in the area of mental illness and mental health. Over 4,000 Canadians per year commit suicide. The figure is four-to-one men to women in suicide deaths. However, in terms of attempts, the figure is the opposite; four women to one man make suicide attempts.

Suicide is a leading cause of death for men from ages 10 to 49, and is a significant problem both in the youth and in the elderly.

It is particularly important to remember that suicide is related to mental illness. It has been shown that nine out of ten people who die by suicide are suffering from mental illness at the time they die.

There is also the issue of people who make attempts on their life. They have a high mortality and are at a very high risk to die from suicide. It is estimated that they may be at a risk 100 times greater than the general population.

My role in the presentation today is to focus more on the clinical aspects of what we are doing and, hopefully, give you the message that there is a lot happening but that there is a lot more that could be done. As a psychiatrist, I want to challenge the stereotype that we sit in our offices with a pipe next to our couch. That is not what we do.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Merci pour cet excellent exposé. Docteur Links, vous avez la parole.

Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide, Hôpital St. Michael's: Madame la présidente, je suis très heureux d'avoir aujourd'hui l'occasion de comparaître devant le comité.

Je voudrais surtout insister aujourd'hui sur le fait que nos connaissances et nos approches en matière de maladie mentale et de santé mentale sont appropriées et qu'il sera possible de faire évoluer la situation de façon très importante si le gouvernement fédéral accepte de faire preuve de leadership dans ce domaine. Je vais évoquer la question de la prévention du suicide pour prouver mon hypothèse. Si j'affiche ce préjugé, c'est parce que je suis titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide à l'Université de Toronto. Je suis psychiatre et je suis à la fois clinicien et chercheur.

Arthur Sommer Rothenberg était médecin à l'Hôpital St. Michael's. Il était atteint de la maladie affective bipolaire et il s'est suicidé à l'âge de 35 ans. Faisant preuve de courage et de leadership, sa mère et les membres de sa famille ont décidé de parler publiquement de leur perte. Ils ont réussi difficilement à réunir les fonds nécessaires pour créer cette chaire. Au moment de sa création, il s'agissait de l'unique chaire d'études sur le suicide en Amérique du Nord.

Je vais revenir sur la question du suicide, étant donné son importance dans le contexte des maladies mentales et de la santé mentale. Chaque année, plus de 4 000 Canadiens se suicident. Selon les statistiques, quatre fois plus d'hommes que de femmes se suicident. Mais en ce qui concerne les tentatives de suicide, c'est l'inverse: quatre fois plus de femmes que d'hommes tentent de se suicider.

Le suicide est l'une des principales causes de mortalité des hommes âgés de 10 à 49 ans, et constitue un problème grave chez les jeunes et les personnes âgées.

Il est important de se rappeler que le suicide est lié aux maladies mentales. Il a été démontré que neuf personnes sur 10 qui meurent par suicide souffrent de maladie mentale au moment de leur mort.

Il y a aussi la question des suicidants. Ces personnes ont un haut taux de mortalité et présentent un risque très élevé de mort par suicide. Selon les évaluations, le risque que présentent ces personnes peut être 100 fois plus grand que pour la population générale.

Dans le cadre de mon exposé de cet après-midi, je voudrais vous parler surtout de nos activités cliniques et vous communiquer, je l'espère, le fait qu'il se passe énormément de choses mais qu'il y aurait lieu d'en faire beaucoup plus. En tant que psychiatre, je tiens à dissiper le stéréotype du psychiatre assis dans son bureau avec sa pipe à côté du divan. Ce n'est pas du tout ce que nous faisons.

Some of the examples that are promising include the model of assertive community treatment. This is the very active treatment of people with schizophrenia and major bipolar affective disorders. A multidisciplinary team visits the person daily and with the help of a comprehensive treatment approach the team helps the person to maintain his or her self.

It is important to realize that this is the most studied service delivery model in all of medicine. It is a well-established intervention with proven effectiveness. It is proven to keep people in the community and improve their functioning.

There is a movement to develop comprehensive crisis response for people who have mental illness. There are highly developed models throughout the country.

We have a highly trained multidisciplinary team with psychiatric input. We have 24-hour coverage, and have access to hospital services, including a secure in-patient service for people who are highly disturbed. We have crisis phone contacts through another community agency with which we work. We have a number of alternatives to hospitalization, so that if people do not require hospitalization they can be cared for in a safe home in the community. We have a mobile crisis response team. That is a team that actually goes out to people in need.

We work directly with the Toronto police. We have a mental health worker and a police officer that attend to people in crisis right on the street corner. In that way our expertise is brought right in to the street and professionals are able to make effective decisions about what kind of services are needed. The hope, and we are looking at this now, is that people can be directed to the right service, so those with mental illness do not end up in the judicial system and lack the care that they require.

An important part of crisis service is that we provide expert input to people who have made suicide attempts or have demonstrated suicidal behaviour. They are a high-risk group that often die from suicide.

We have evidence that there are promising interventions that can actually prevent the risk of further suicide behaviour. These are usually combined individual and group approaches where we teach people better skills at managing and coping with their difficulties. We can demonstrate that we can prevent subsequent suicidal behaviour. In our setting, we are carrying out a cost-effectiveness study looking at the delivery of this service and how it affects the costs of services.

Parmi les exemples d'interventions prometteuses, mentionnons le modèle du traitement communautaire dynamique. Il s'agit d'une forme de traitement très actif de personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires graves. Une équipe multidisciplinaire rend visite au patient tous les jours, et grâce à une approche globale en matière de traitement, l'équipe aide ce dernier à assurer son bien-être.

Il est important de se rendre compte qu'il s'agit du modèle de prestation des services le plus étudié dans l'histoire de la médecine. Il s'agit d'une intervention bien établie dont l'efficacité est prouvée. Les faits indiquent que ce modèle permet de garder les gens dans la collectivité et d'améliorer leur capacité de fonctionner normalement.

Il existe un mouvement favorisant l'élaboration de modèles d'intervention globale en cas de crise à l'intention des personnes atteintes d'une maladie mentale. Des modèles très développés sont utilisés dans toutes les régions du pays.

Nous avons une équipe multidisciplinaire extrêmement compétente qui comprend une expertise psychiatrique. Cette équipe est active 24 heures sur 24 et l'accès est assuré aux services en milieu hospitalier, y compris à des services sûrs pour les personnes extrêmement troublées en milieu hospitalier. Nous avons également un réseau téléphonique d'intervention d'urgence par l'entremise d'un organisme communautaire avec lequel nous travaillons. Il existe donc plusieurs autres solutions en dehors de l'hospitalisation, si bien que si les gens n'ont pas besoin d'être hospitalisés, on peut les soigner en milieu sûr au sein de la collectivité. Nous avons également une équipe d'intervention d'urgence mobile. Cette équipe se déplace pour assister les personnes qui ont besoin d'aide.

Nous travaillons aussi directement avec la police de Toronto. Nous avons une spécialiste des maladies mentales et un agent de police qui se chargent des personnes dans la rue qui sont en état de crise. Ainsi notre expertise est disponible dans la rue et les professionnels ont la possibilité de prendre des décisions efficaces sur le genre de services qui est requis. Nous espérons, et nous examinons de près la situation en ce moment, que les gens pourront ainsi être aiguillés vers le bon service pour éviter que les personnes atteintes de maladie mentale finissent dans le système judiciaire où ils ne peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin.

Un élément important du service d'intervention d'urgence est la fourniture de conseils d'experts aux personnes qui ont fait une tentative de suicide ou ont fait preuve de comportement suicidaire. Ces personnes font partie d'un groupe à haut risque et meurent souvent par suicide.

Certaines études indiquent qu'il existe des interventions prometteuses qui peuvent vraiment prévenir le risque d'autres manifestations de comportement suicidaire. Il s'agit le plus souvent d'une combinaison de démarches individuelles et de groupe qui visent à apprendre aux gens à mieux gérer leurs problèmes. Nous sommes en mesure de démontrer qu'il est possible de cette façon de prévenir d'autres manifestations de comportement suicidaire. Dans notre milieu, nos préparons actuellement une analyse coût-efficacité relative à la prestation de ce service et son impact sur le coût des services.

Another example of where the field is evolving is in the area of family psycho-educational programs. Dr. Lesage talked about the new models of care that are very inclusive. Hopefully, we have moved away from blaming families for mental illness. These family educational approaches are widely adopted in a number of disorders: schizophrenia, effective disorders, childhood autism, and children with chronic physical illness. Our focus is to understand the disorder, the etiology and the prognosis, and often there is very active work on problem-solving skills. Often, groups of family members work together.

An important part of the field progress is the development of effective and safe medication. We have many new anti-psychotics that have a much broader potential to affect the disorder, including the positive and negative symptoms, without causing the disabling movement disorders.

Dr. Lesage talked about the anti-depressant medications and other therapies that are now proven effective. They are safer and easier to prescribe.

There is evidence that medication can affect the risk of suicide. The use of lithium therapy in bipolar disorder is a fine example of a medication that can reduce the risk of suicide. Research indicates that the elevated suicide rate from that disorder can actually approach the general population rate. It can be reduced by seven-fold or eight-fold. If this was a cancer therapy drug and I could report that it reduced mortality by eight times, you would be thrilled by that news

There are these effective therapies. Clozapine, which is a very powerful drug for schizophrenia, has significant side effects, but in the appropriate cases it is a very effective drug. It has been demonstrated to reduce the risk of suicidal behaviour by 26 per cent in a carefully conceived study.

We work with models of shared mental health care where mental health workers and psychiatrists work directly with family physicians to deliver more effective services to those who need service and are not able to access it. Most mental health care services are delivered at the primary care level. Because of the frequency of such things as anxiety and depression and their high coexistence with other medical disorders, it becomes an important place to deliver appropriate care.

The College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association have developed a shared mental health care approach. Under the leadership of Dr. Kates, they have

Un autre exemple de l'évolution des traitements dans ce domaine concerne les programmes psychoéducatifs destinés aux familles. Le Dr Lesage a parlé de nouveaux modèles de soins qui sont très inclusifs. On peut espérer qu'il n'est plus question de nous jours de reprocher aux familles d'être la cause des maladies mentales. Cette approche éducative axée sur la famille est couramment utilisée pour le traitement de toute une gamme de maladies ou de troubles psychologiques, à savoir la schizophrénie, les troubles affectifs, l'autisme infantile, et les maladies physiques chroniques chez les enfants. Nous mettons l'accent sur la nécessité de comprendre la nature du trouble, son étiologie et le pronostic, et souvent nous travaillons aussi très activement à renforcer la capacité de résoudre des problèmes. Il arrive fréquemment que des groupes de membres de familles différentes travaillent ensemble.

Un aspect important des progrès qui peuvent être réalisés chez le patient est la mise au point de médicaments efficaces et sûrs. Nous avons à présent accès à de nombreux nouveaux produits à effet antipsychotique qui sont beaucoup plus susceptibles d'influer sur les troubles, y compris sur les symptômes positifs et négatifs, sans pour autant causer des troubles du mouvement.

Le Dr Lesage a parlé de médicaments à effet antidépressif et d'autres thérapeutiques éprouvées. Ces médicaments sont maintenant plus sûrs et plus faciles à prescrire.

Les études démontrent également que les médicaments peuvent influencer les risques de suicide. Le recours à la thérapie au lithium pour traiter la maladie affective bipolaire est un excellent exemple de l'effet de réduction des risques de suicide que peuvent avoir certains médicaments. Selon la recherche, il est possible de faire baisser le taux élevé de suicide qu'on associe à cette maladie à un taux qui se rapproche de celui de la population générale. Il est donc possible d'en arriver à un taux qui est sept ou huit fois inférieur à celui qu'on associe à cette maladie. Si j'étais en mesure de vous dire qu'un traitement utilisé pour le traitement des cancers permet de réduire de huit fois les taux de mortalité, vous seriez certainement très heureux d'apprendre une telle nouvelle.

Il existe donc des thérapies efficaces. Par exemple, la clozapine, un médicament très puissant utilisé pour traiter la schizophrénie, a d'importants effets secondaires, mais dans certains cas, il peut donner d'excellents résultats. Une étude soigneusement conçue a permis de démontrer que ce médicament réduit les risques de comportement suicidaire de 26 p. 100.

Nous appliquons des modèles de soins de santé mentale partagés en vertu desquels des spécialistes de la santé mentale et des psychiatres travaillent directement avec les médecins de famille pour assurer des services plus efficaces aux personnes qui en ont besoin mais ne peuvent y accéder. La plupart des soins et services de santé mentale sont dispensés dans des établissements de soins primaires. À cause de la fréquence de troubles tels que l'anxiété et la dépression et leur forte corrélation avec d'autres troubles médicaux, il faut que des soins appropriés puissent être assurés dans ce milieu en particulier.

Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada ont élaboré une démarche de soins de santé mentale partagés. Sous la direction du Dr Kates, ils ont

developed a statement of this method of care. It has an important impact for the future as it involves collaborative relationships between mental health workers and primary care physicians. It allows them to increase their skills and comfort levels in dealing with mental health problems. It strengthens the links between these services, and obviously develops a close working relationship between these two important areas of service delivery.

As you may know, most developed nations in the world now have suicide prevention strategies. I have listed the countries that have adopted national suicide prevention strategies: Norway, Sweden, New Zealand, Australia, the U.K, Netherlands, Estonia and France. In 1999, the U.S. adopted an action plan for suicide prevention.

I want to leave you with the impression that there is much development in the area of mental health delivery. It is an important time for federal leadership in the area of mental health and, in particular, suicide prevention.

Senator Morin: Is Canada on the list?

Dr. Links: No. The irony is that all of these suicide prevention strategies came out of a group in Alberta that developed the framework for suicide prevention. We have the knowledge and the ability, but have not developed the strategies.

In 1999 Dr. David Satcher wrote:

> Only recently have the knowledge and tools become available to approach suicide as a preventable problem with realistic opportunities to save many lives.

Some of the aspects of a national strategy that are available to us are things like health promotion, combating stigma, and preventing access to means. We worked hard, in Toronto, to barrier the Bloor Viaduct. That is a way we can prevent suicide. We can teach people about suicide. In the United States, the plan is that everyone in the nation will have some knowledge of suicide prevention the same way we have knowledge about cardio-respiratory intervention for someone who has a heart attack. We want to improve mental health delivery, including the integration of mental health and substance abuse services. We want to watch media portrayals of suicide and promote research.

élaboré un énoncé qui explique cette méthode de prestation des soins. Cette dernière revêt une grande importance pour notre travail futur parce qu'elle repose sur des rapports coopératifs entre les spécialistes de la santé mentale et les médecins de premier recours. Elle leur permet de rehausser leurs capacités et de se sentir plus à l'aise lorsqu'ils ont à traiter des problèmes de santé mentale. Elle renforce également les liens entre tous ces services et permet évidemment d'établir des relations de travail très étroites entre les personnes qui assurent les soins dans ces deux domaines importants.

Comme vous le savez peut-être, la plupart des pays développés ont à présent des stratégies de prévention du suicide. J'ai préparé la liste des pays qui ont adopté des stratégies nationales de prévention du suicide, à savoir la Norvège, la Suède, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Estonie et la France. En 1999, les États-Unis ont adopté un plan d'action visant à prévenir le suicide.

J'insiste donc sur le fait qu'il y a beaucoup de faits nouveaux et de progrès dans le domaine de la prestation des services et soins liés à la santé mentale. Nous sommes à une étape importante où le leadership des autorités fédérales dans le domaine de la santé mentale et en particulier, de la prévention du suicide, est encore plus important.

Le sénateur Morin: Le Canada figure-t-il sur cette liste?

Dr Links: Non. Ce qu'il y a d'ironique dans tout cela, c'est que toutes ces stratégies de prévention du suicide ont été élaborées par un groupe en Alberta qui a créé le cadre de prévention du suicide. Nous avons les connaissances et les capacités, mais nous n'avons pas encore élaboré les stratégies appropriées dans ce domaine.

En 1999, le Dr David Satcher écrivait ceci:

> Ce n'est que depuis tout récemment que nous possédons les connaissances et les outils nécessaires pour considérer le suicide comme un problème qu'on peut prévenir, et qu'il est réaliste de penser qu'il sera désormais possible de sauver bien des vies.

Par les différents éléments d'une stratégie nationale qui sont déjà en place, nommons la promotion de la santé, des efforts pour combattre des attitudes de désapprobation sociale, et des mesures visant à empêcher l'accès aux moyens par lesquels les personnes peuvent commettre un suicide. À Toronto, par exemple, nous avons travaillé très fort pour faire installer des obstacles autour du viaduc de la rue Bloor. Voilà un bon moyen de prévenir des suicides. On peut aussi renseigner la population sur le suicide. Aux États-Unis, les autorités visent à faire en sorte que tous les citoyens aient certaines connaissances en matière de prévention du suicide, tout comme nous avons certaines connaissances concernant l'intervention cardiorespiratoire qui peut être nécessaire chez une personne qui vient de faire une crise cardiaque. Nous voulons améliorer la prestation des soins et services de santé mentale, y compris par l'intégration des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Nous tenons à surveiller la représentation du suicide dans les médias et à promouvoir la recherche.

Let me close by saying that the federal position on this issue is very important.

Of course, we have a universal health care plan, which is extremely important. We have an excellent surveillance system through Statistics Canada that can be built upon. We have a new research initiative through the Canadian Institutes of Health Research that has recently adopted a focus on new suicide research, which is a very promising initiative.

Canada has led in the issue of access to means, such as the gun legislation. Within the federal domain we have a responsibility for high-risk groups such as native Canadians, the military and prisoners. We need better ways to account for the costing of health care. Reducing the levels of suicide must be one of the ways of accounting for service delivery.

Canada has an active suicide prevention approach. Suicide prevention has a long tradition of working at the community level. The Canadian Association for Suicide Prevention has much leadership in this area. At the ground level, we are set.

We are at a stage where national leadership can have true impact.

The Deputy Chairman: You talk about the national prevention efforts in Norway, Sweden, New Zealand, et cetera. Do you have data to show the success rates of these programs in those countries? You could provide it, or perhaps you could answer that quickly.

D. Links: The Finland program has been the most closely evaluated. The indication is that at the beginning of the program they experienced a 20 per cent reduction in suicide rate; it has now levelled off at a 10 per cent reduction.

They had an external group of evaluators review the entire program. Essentially, they felt that program had been highly successful, with some areas for improvement.

That is the most significantly evaluated program. In the coming years we will hear from other settings, including the U.K. and Australia.

The Deputy Chairman: You said that the study in Finland was done in 1986. Are the studies for the other countries more recent or in that same time frame?

Dr. Links: They are more recent.

The Deputy Chairman: Mr. Lips you referred to a strong mental health content in the 1994 and 2002 surveys. What has Health Canada done with this data? Do we have access to the

Permettez-moi de terminer en vous disant que la position fédérale dans ce domaine revêt une importance critique.

Bien sûr, nous avons déjà un régime universel de soins de santé, qui est extrêmement important. Nous avons aussi un excellent système de surveillance qui passe par Statistique Canada et qu'il serait possible d'élargir. Nous avons une nouvelle initiative de recherche, lancée par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui met l'accent depuis tout récemment sur de nouvelles études sur le suicide, et il s'agit effectivement d'une initiative fort prometteuse.

Toutefois, le Canada a joué un rôle de chef de file en ce qui concerne l'accès aux moyens — par exemple, de par sa Loi sur le contrôle des armes à feu. Les autorités fédérales sont responsables de groupes à haut risque, comme les Autochtones, les membres des Forces armées et les détenus. Il faut des mécanismes qui nous permettent de mieux répondre du coût des soins de santé. Une réduction du taux de suicide serait un moyen parmi d'autres de répondre du coût de la prestation des services.

Le Canada a déjà une démarche dynamique de prévention du suicide. D'ailleurs, la prévention du suicide est une activité bien établie au niveau communautaire. L'Association canadienne de prévention du suicide fait preuve de beaucoup de leadership dans ce domaine. Sur le terrain, tout va bien.

Mais nous avons maintenant atteint une étape où la manifestation d'un leadership national pourrait avoir un effet positif très important.

La vice-présidente: Vous parlez des efforts de prévention déployés au niveau national en Norvège, en Suède, en Nouvelle-Zélande, et ailleurs. Avez-vous des données sur les taux de succès de ces programmes dans les différents pays qui en ont? Vous pourriez nous fournir ces données par la suite, ou peut-être préférez-vous répondre rapidement à la question.

Dr Links: Le programme finlandais est celui qui a été le plus évalué. Selon les informations qui existent, le taux du suicide a baissé de 20 p. 100 lors de l'entrée en vigueur de ce programme; le niveau de réduction s'est stabilisé depuis à 10 p. 100.

Ils ont fait appel à un groupe externe d'évaluateurs pour examiner le programme dans son ensemble. Ils estimaient essentiellement que ce programme avait été couronné de succès, mais que certaines améliorations s'imposaient encore.

Ce programme est donc celui qui a fait l'objet des évaluations les plus poussées. Dans les années qui viennent, nous recevrons des données de pays comme le Royaume-Uni et l'Australie à propos de l'impact de leurs programmes.

La vice-présidente: Vous avez dit que l'étude finlandaise a été menée en 1986. Les études effectuées dans les autres pays sont-elles plus récentes ou remontent-elles à peu près à la même époque?

Dr Links: Elles sont plus récentes.

La vice-présidente: Monsieur Lips, vous avez mentionné tout à l'heure que les enquêtes de 1994 et 2002 avaient une composante importante sur la santé mentale. Qu'a fait Santé Canada de ces

data? Do all of the organizations and provincial and territorial governments contact Health Canada to disseminate the data?

Mr. Lips: The national surveys are conducted through Statistics Canada in cooperation with Health Canada. The data are made available primarily through Statistics Canada, although we also use them internally.

The cycle 1.2 data, which is the biggest landmark of improvement of mental health information in Canada, is not available yet. I expect that it will be available towards the end of this calendar year.

There are various initiatives to make that available to the academic community and to the different levels of government. Therefore, I expect that it will be widely used, especially the new CCHS data.

Senator Callbeck: Thank you, witnesses.

Dr. Lesage you have said that 20 per cent of Canadians have mental illness and that 5 per cent have major depression. How does that compare to other countries? Do we have statistics to compare from 20 years ago?

Dr. Lesage: The figures compare to most industrialized countries such as the U.S., U.K., France. There is currently an international effort to use exactly the same methods before as there may be differences resulting from the method. There is one survey study that used similar methods in Ontario and the U.S. that seemed to show that there was a lower rate of mental illness in Canada than in the U.S. There may be method differences.

Globally, those studies will find around 20 per cent mental illness in the population. That is a stable figure across most of the industrialized countries. Anxiety disorders, depressive disorders and substance disorders are all about the same.

Studies of this subject are very rare. However, there has been at least one, and it took place in Canada. It is called the "Sterling County Study." Sterling County is a fictitious name, and, therefore cannot be found on a map; the name of the city in which the study was performed was changed in order to protect the confidentially participants in the area.

The indications from that study were that the overall rates of anxio-depressive disorders do not seem to have changed, but there may be changes in the people at risk for those anxiety and depressive disorders. Very few studies have been conducted on this subject. However, we often hear that the disorders have increased. People seem to be more stressed and have more anxiety and depressive problems.

données? Y avons-nous accès? Les organismes intéressés et les administrations provinciales et territoriales s'adressent-ils à Santé Canada pour lui demander de communiquer ces données?

M. Lips: Les enquêtes nationales sont menées par Statistique Canada en collaboration avec Santé Canada. Les données sont surtout diffusées par Statistique Canada, bien que nous nous en servions aussi à l'interne.

Les données du cycle 1.2 — ce cycle marque la plus importante amélioration des données sur la santé mentale au Canada — ne sont pas encore disponibles. Je pense qu'elles le seront vers la fin de cette année civile.

Diverses initiatives sont prévues pour diffuser cette information au milieu universitaire et aux différents paliers de gouvernement. Je m'attends par conséquent à ce qu'elle soit largement utilisée, notamment les nouvelles données de l'ESCC.

Le sénateur Callbeck: Je voudrais tout d'abord remercier tous nos témoins.

Docteur Lesage, vous avez dit que 20 p. 100 des Canadiens sont atteints d'une maladie mentale et que 5 p. 100 souffrent de grave dépression. Comment ces résultats se comparent-ils à ceux d'autres pays? Avons-nous des statistiques qui nous permettent d'établir des comparaisons avec la situation il y a une vingtaine d'années, par exemple?

Dr Lesage: Nos chiffres sont comparables à ceux de la plupart des pays industrialisés, tels que les États-Unis, le Royaume-Uni et la France. À l'échelle internationale, les chercheurs essaient d'employer exactement la même méthode de façon à constater d'éventuelles différences de résultats par rapport à une même méthode. Une enquête qui reposait sur des méthodes semblables à celles utilisées en Ontario et aux États-Unis semblait démontrer une fréquence inférieure de maladies mentales au Canada comparativement aux États-Unis. Mais il y a peut-être des différences de méthode.

À l'échelle mondiale, ces études feront état d'un taux de fréquence des maladies mentales dans la population d'environ 20 p. 100. Il s'agit d'un chiffre stable qui tient pour la plupart des pays industrialisés. Les chiffres sont à peu près les mêmes pour les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les troubles liés à l'abus de substances psychoactives.

Des études de ce genre sont très rares. Mais il y en a eu au moins une, et elle a été menée au Canada. Il s'agit de la «Sterling County Study». Le nom de Sterling County est fictif; on ne peut le trouver sur une carte. Il a été décidé de changer le nom de la ville où a été menée l'étude pour protéger la confidentialité des participants.

Selon cette étude, les taux globaux de fréquence des troubles anxieux et dépressifs n'ont pas vraiment changé, bien qu'il soit possible que les catégories de personnes à risque pour ce type de troubles anxieux et dépressifs aient évolué. Il y a très peu d'études portant sur cette question précise. Mais nous entendons dire souvent que ces troubles sont plus fréquents. Les gens semblent être plus stressés et souffrir davantage de problèmes d'anxiété et de dépression.

We can be certain that there is a greater awareness concerning these disorders. Canadian studies have shown that in 2000, 30 per cent of the population was prescribed anti-depressants for depression. Ten years ago that figure was 15 per cent.

The Deputy Chairman: Could the increase be due to a greater awareness of the problem? Fifteen or 20 years ago, people did not seek help because of the stigma related to depression. Now they are inclined to seek help as the stigma starts to fall away?

[*Translation*]

Dr. Lesage: It is in fact possible that change is occurring and that we are seeing the stigma associated with mental disorders start to fall away. Such a change would be particularly positive for people suffering from serious mental disorders and their families, but also for the most prevalent mental disorders, which affect people around us on a daily basis. If that were to occur, it would be extremely positive. However, it would be even better for that trend to continue, so that people who wish to can receive treatment with therapies that can help them and meet their specific needs.

[*English*]

Senator Callbeck: Dr. Links, you mentioned the national strategy for suicide prevention. Is it too early to tell whether that strategy has been effective?

Dr. Links: The Finland national strategy indicates that they were able to achieve lower rates of suicide. There is no such strategy in Canada.

Senator Callbeck: Mr. Lips, you talked about mental health promotion and mental illness prevention. Have we put more resources into that area in the last few years or have the resources been decreased?

Mr. Lips: There has not been a great increase in resources for mental health promotion and mental illness prevention. There are some broad health promotion initiatives that have received significantly more resources in the last few years that do have mental health implications.

Some of the early childhood development work programs such as the Aboriginal Head Start Program and the drug strategy program have strong mental health implications. However, there has not been a substantial increase in funding concerning mental health or mental illness.

Senator Callbeck: Do you do an evaluation of the strategies that you have put in place after five years?

Il est certain que les gens sont davantage sensibilisés à la présence de ces troubles. Selon les études canadiennes menées en 2000, 30 p. 100 de la population se sont vu prescrire des médicaments antidépresseurs pour la dépression. Il y a 10 ans, c'était 15 p. 100 de la population.

La vice-présidente: Cette augmentation serait-elle attribuable à une plus grande sensibilisation au problème? Il y a 15 ou 20 ans, les gens ne cherchaient pas à se faire aider en raison de la forte désapprobation sociale qui était rattachée à la dépression. À votre avis, est-ce possible que les gens demandent plus volontiers de l'aide maintenant parce que cette attitude négative est moins présente?

[*Français*]

Dr Lesage: Il est possible qu'il se produise un changement et que le stigma associé aux troubles mentaux soit en train de se modifier sous nos yeux. Il serait particulièrement heureux que ce changement se produise non seulement à l'égard des gens ayant des troubles mentaux graves et leurs proches, et que cela touche des troubles mentaux très prévalants, qui frappent des personnes autour de nous quotidiennement. Si cela est en train de se produire, c'est heureux. Il serait encore plus souhaitable qu'on puisse augmenter cette tendance et pouvoir permettre aux gens qui le désirent d'être traités avec des types de thérapie qui pourront les aider et qui leur conviennent.

[*Traduction*]

Le sénateur Callbeck: Docteur Links, vous avez fait mention de la stratégie nationale de prévention du suicide. Selon vous, serait-il trop tôt pour savoir dans quelle mesure cette stratégie a été efficace?

Dr Links: Les résultats de la stratégie nationale finlandaise indiquent qu'il a été possible de faire baisser les taux de suicide. Il n'existe pas de stratégie au Canada.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Lips, vous avez parlé de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales. Avons-nous consacré plus de ressources à ce secteur ces dernières années ou les ressources disponibles ont-elles diminué?

M. Lips: Il n'y a pas eu d'augmentation substantielle des ressources affectées à la promotion de la santé mentale et à la prévention des maladies mentales. Par contre, un certain nombre d'initiatives générales de promotion de la santé ont bénéficié de ressources considérablement plus importantes ces dernières années et ces initiatives ont des répercussions sur la santé mentale.

De plus, certains programmes de développement du jeune enfant, tels que le programmes Bon Départ pour les Autochtones et la stratégie canadienne antidrogues ont des répercussions importantes sur la santé mentale. Mais pour répondre à votre question, il n'y a pas eu d'augmentation substantielle du financement des initiatives touchant la santé mentale et les maladies mentales.

Le sénateur Callbeck: Avez-vous l'habitude de procéder à l'évaluation des stratégies que vous mettez en place après cinq ans?

Mr. Lips: There is an emphasis on evaluating the major strategies. It is a complicated task, but there is a commitment to accountability. Those major strategies receive evaluations over a number of years.

I would like to see is evaluation that addresses the mental health component of some of those strategies.

Senator Cordy: In Nova Scotia a recent amalgamation brought the Nova Scotia Hospital, which helps people who are suffering from mental illness, into one of the regional health boards. The amalgamation caused people to fear for the funding for the Nova Scotia Hospital. The fear is that funding may be reallocated from hospitals dealing with mental illness to general hospitals. It seems as though general hospitals receive funding more easily than the hospitals that treat people with mental illness. There seems to be a greater concern for the patient who has a heart attack rather than a patient who is suffering from depression.

Dr. Links we have spoken about the accountability of health care and the need for targeted funding. Will you be looking at targeted funding for health care initiatives?

Dr. Links: A particular accountability marker could be the reduction in suicide rates. Certainly, nations that have undertaken a mental illness or suicide prevention health strategy have set specific suicide target rates as an indicator of effectiveness.

Senator Cordy: What about amalgamation? Do you think that will have an effect on funding?

Dr. Links: I am troubled by the thought that there is no need for early intervention in psychiatric disorders. Dr. Lesage has talked about the issue of depression, and there is quite a bit of evidence that the sooner you intervene in the illness, the better the outcome.

There is tremendous interest in the field of schizophrenia and studies show that early intervention can prevent the chronicity of that illness. We are looking at the prodrome of that illness in order to catch it as quickly as possible. If it is felt there is no urgency involved in these disorders, that would be quite wrong.

Senator Cordy: Dr. Lesage you said that most people do not seek help if they have a stress-related illness. Why is that?

What training are doctors given to detect the early states of these illnesses? In particular, what training do family doctors receive for detecting anxiety or stress-related disorders in patients who may not even realize that they are suffering from a stress-related disorder, but are just trying to get through each day?

M. Lips: Nous mettons l'accent sur l'évaluation des grandes stratégies. C'est assez compliqué, mais la responsabilisation nous tient à coeur. Ces grandes stratégies font donc l'objet d'évaluations sur plusieurs années.

Ce que j'aimerais, c'est que ces évaluations portent précisément sur la composante santé mentale de ces stratégies.

Le sénateur Cordy: En Nouvelle-Écosse, par suite d'une récente fusion, l'Hôpital de la Nouvelle-Écosse, qui assure la prestation de soins aux personnes atteintes de maladie mentale relève à présent d'une des régies régionales de la santé. À cause de cette fusion, les gens craignent maintenant que l'Hôpital de la Nouvelle-Écosse manque de financement. Ils ont peur que les crédits des hôpitaux qui traitent les maladies mentales soient réaffectés aux hôpitaux généraux. Il semble que les hôpitaux généraux reçoivent plus facilement des fonds que ceux qui traitent les personnes atteintes de maladie mentale. On semble se préoccuper davantage du bien-être d'une personne qui a fait une crise cardiaque que de celle qui souffre de dépression.

Docteur Links, nous avons parlé de responsabilisation relative aux soins de santé et de la nécessité de financement ciblé. Est-il question dans votre secteur de prévoir un financement ciblé pour l'exécution de certaines initiatives en matière de soins de santé?

Dr Links: Un bon indicateur de responsabilisation pourrait être la réduction des taux de suicide. Il ne fait aucun doute que les pays qui ont adopté une stratégie de prévention des maladies mentales ou du suicide ont déterminé qu'un indicateur important de l'efficacité de stratégies de ce genre sera l'atteinte d'objectifs précis en matière de prévention du suicide.

Le sénateur Cordy: Et la fusion des établissements? À votre avis, ce phénomène aura-t-il un effet sur le financement?

Dr Links: Disons que la notion selon laquelle l'intervention précoce n'est pas nécessaire pour les troubles d'ordre psychiatrique me préoccupe. Le Dr Lesage a parlé de la dépression, et les faits indiquent justement que plus tôt on intervient pour traiter ce genre de maladie, plus les résultats sont positifs.

Il y a un intérêt très marqué actuellement pour la schizophrénie et les études démontrent qu'une intervention précoce peut empêcher que des maladies de ce genre deviennent chroniques. Nous examinons le prodrome de cette maladie afin de pouvoir la détecter le plus rapidement possible. Donc, ce serait faux de croire qu'une intervention d'urgence n'est pas nécessaire pour des troubles de ce genre.

Le sénateur Cordy: Docteur Lesage, vous avez dit que la plupart des gens qui souffrent d'une maladie liée au stress ne cherchent pas à obtenir de l'aide. Comment cela se fait-il?

Quelle formation les médecins reçoivent-ils pour leur permettre de détecter les signes avant-coureurs de maladies de ce genre? Et en particulier, quelle formation les médecins de famille reçoivent-ils pour être à même de détecter des troubles anxieux ou problèmes liés au stress chez des patients qui peuvent ne pas se rendre compte qu'ils souffrent de troubles liés au stress et essaient simplement de s'en sortir chaque jour?

[*Translation*]

Dr. Lesage: I mentioned earlier that the main reason people give for not seeking help is that they believe the problem will go away or that they can resolve it on their own.

Now in terms of consultation between an affected patient and his family doctor, that he will see in any case — indeed, we must not forget that most Canadians see their family doctor every year. It is estimated that 80 per cent of Canadians consult their family doctor for a variety of reasons. The family physician is the health professional most often seen by Canadians. These physicians do recognize a lot of people as suffering from mental problems. People experiencing anxiety and depression tend to consult their family doctor more often than not. However, these problems are not always identified by the family doctor, and such individuals may not be willing for the recognition to occur. These anxiety and depression problems generally manifest themselves through physical problems that give them something else to focus on.

I mentioned earlier that here in Canada, the number of people suffering from major depression rose from 15 per cent to 30 per cent over the last decade. These individuals are now being treated with antidepressants. The basic treatment is provided by family physicians — not specialists, but family physicians. So, there is certainly greater awareness among family physicians of this kind of health problem.

In terms of current training, family medicine programs are now a little longer. There is greater emphasis on such issues in some family medicine programs in Canada and in mental health programs. Family physicians are able to treat individuals with common mental disorders. And that will make a difference in the coming years. We are seeing steady progress in that regard. It is a long process, but it already underway.

What could help that process is what Dr. Links was referring to earlier — in other words, shared mental health care, although that would mean increasing access to the specialized care that can be provided by a psychiatrist, as opposed to a family physician.

In medicine, we learn by doing things. If you are treating a patient with depression or anxiety problems and you are having problems providing effective treatment, you will immediately want to consult a colleague, who may say: "Try this." The family physician tries what is being suggested, and when it works, he incorporates that into his practice. That process only takes a few minutes. However, the reality is quite different. If you are a family physician and you attempt — and this is far too often the case here in Canada — to get in touch with a specialist or a psychiatrist, but it takes you six months to be able to speak to him, you will simply stop trying. We have a major problem in the area of continuing education and continuing care. There is a lot to be said for improving the quality of care on an ongoing basis.

[*Français*]

Dr Lesage: J'ai mentionné tout à l'heure que la principale raison donnée par le gens pour de ne pas consulter est que les gens pensent que le problème va passer ou encore qu'ils vont pouvoir le régler eux-mêmes.

Si on traduit cela au plan de la rencontre du patient affecté et de son médecin de famille qu'il consulte de toute façon. En effet, il ne faut pas oublier que la majorité des Canadiens voient leur médecin de famille chaque année. On estime que 80 p. 100 des Canadien voient leur médecin de famille pour toutes sortes de raisons. Le médecin de famille est le professionnel de la santé le plus vu par les Canadiens. Ces médecins reconnaissent beaucoup de personnes comme pouvant souffrir de problèmes mentaux. Les personnes qui ont des problèmes anxio-dépressifs ont tendance à voir davantage leur médecin de famille. D'une part, ces personnes ne sont pas toujours reconnues de leur médecin de famille et, d'autre part, elles ne sont pas peut-être pas prêtes à être reconnues. Ces problèmes anxio-dépressifs se manifestent avec des problèmes physiques qui peuvent donner le change et auxquels les gens peuvent s'accrocher.

J'ai mentionné tout à l'heure qu'au Canada, dans la dernière décennie, le nombre de personnes souffrant de dépression majeure est passé de 15 p. 100 à 30 p. 100. Ces personnes sont maintenant traitées avec des anti-dépresseurs. L'essentiel de ce traitement est donné par les médecins de famille. Ce ne sont pas des spécialistes mais des médecins de famille. Il y a une augmentation de la sensibilité des médecins de famille à ces questions.

Dans la formation actuellement, les programmes de médecine familiale sont un peu plus longs. Il existe un poids certain dans certains des programmes de médecine familiale au Canada et dans les programmes de santé mentale. Les médecins de famille peuvent traiter des personnes avec des troubles mentaux courants. Cela fera une différence dans les prochaines années. Il y a une amélioration continue à ce niveau. C'est un processus long mais qui est en cours.

Ce qui pourrait aider ce processus, c'est ce à quoi faisait allusion le docteur Links, à savoir des soins partagés en santé mentale: on augmente la consultation à l'accès spécialisé, donc à un psychiatre pour les médecins de famille.

En médecine on apprend en faisant les choses. Si vous rencontrez une difficulté en traitant un patient qui a problème de dépression ou un problème d'anxiété et que vous en parlez immédiatement avec un collègue, il vous dit: « Essaies cela». Le médecin de famille l'essaie, cela fonctionne et cela rentre dans ses pratiques. Cela ne prendrait que quelques minutes. La réalité est différente. Si comme médecin de famille vous appelez, comme c'est trop souvent le cas actuellement au Canada, que vous essayez de rejoindre un spécialiste ou un psychiatre et que cela prend six mois avant de lui parler, vous cessez d'essayer. On a un gros problème de formation continue et de soins continus. Il y a beaucoup à dire afin de pouvoir améliorer de façon continue la qualité des soins.

[*English*]

Senator Fairbairn: The Head Start program has been mentioned today. The other day as I was leafing through a government publication I came upon the Head Start program. The publication set out anecdotal information to illustrate the benefits it provides for Aboriginal youth.

One story struck me. It was the story of a little boy who was not responding and with great reluctance his mother was persuaded to take him to a special needs area. The child did not, and would not speak.

A teacher conducted the first test on the child. She walked behind the child and clapped her hands. There was no response from the little boy. It became evident that the child could not hear.

I recently had a conversation with Nancy Karatek-Lindell. I was shocked when she told me that 70 per cent of children in Nunavut are suffering from some degree of deafness. The suicide rate in this area is also very high. I raise those issues for your comments.

I am interested in education, learning and literacy. Literacy is a concern for approximately 40 per cent of adult Canadians; they are unable to read, write, or perform numeracy skills well enough to carry out routine tasks that we take for granted. That is a horrible statistic, and one that is often disputed. The fact of the matter is that it is fairly well based.

We ought to be able to deal with these two areas. To what degree do you find illiteracy affects mental illness?

Mr. Lips: Dr. Lesage talked about the biopsychosocial approach to these issues. The two examples that you have given us illustrate how critical a multi-dimensional approach to mental health issues is.

From the perspective of mental health promotion, the ability to communicate and to be accepted by your peers, to have a confidant, to be successful in the things that you do and to be part of a community are very important. If you cannot hear, that needs to be addressed or there will be mental health implications.

Regarding literacy, there may be mental health reasons that contribute to illiteracy. As well, there are mental health impacts to being illiterate. Not being able to participate on an equal basis with other members of your community and not being able to join in e-mail conversations that most young people are be involved in can be isolating. It may produce feelings of shame.

[*Traduction*]

Le sénateur Fairbairn: Le programme Bon départ a déjà été mentionné. L'autre jour, je regardais une publication gouvernementale où il était question du programme Bon départ. On y présentait de l'information sur différents cas pour illustrer les avantages qu'il apporte aux jeunes Autochtones.

L'une des anecdotes rapportées dans cette publication m'a vraiment frappée. C'était l'histoire d'un jeune garçon qui ne réagissait à rien. Malgré sa grande réticence, on a fini par convaincre sa mère de l'emmener voir une personne qui s'occupe des enfants ayant des besoins spéciaux. Cet enfant ne parlait pas.

Une enseignante a donc fait passer un premier test à cet enfant. Elle a marché derrière lui et a tapé dans ses mains. Le petit garçon n'a pas réagi. Il devenait clair que l'enfant n'entendait rien.

Récemment j'ai eu une conversation avec Nancy Karatek-Lindell. J'étais choquée d'apprendre que 70 p. 100 des enfants du Nunavut souffrent de surdité à des degrés variables. Le taux du suicide dans cette région du pays est également très élevé. J'aimerais bien entendre vos observations à cet égard.

Je m'intéresse à l'éducation, à l'apprentissage et à l'alphabétisation. L'alphabétisation pose problème chez environ 40 p. 100 des Canadiens d'âge adulte; ils sont incapables de lire, d'écrire et de faire les calculs de base qui leur permettraient d'accomplir les tâches de tous les jours que nous tenons tous pour acquises. C'est une statistique tout à fait décourageante, et dont on conteste souvent l'exactitude. Mais le fait est qu'elle est fondée sur les résultats d'un grand nombre d'études.

Nous devrions être en mesure d'améliorer la situation dans ces deux domaines. À votre avis, à quel point l'analphabétisation influe-t-elle sur les maladies mentales?

M. Lips: Le Dr Lesage parlait de l'approche biopsychosociale dans ce domaine. Les deux exemples que vous venez de citer illustrent bien l'importance critique d'une approche multidimensionnelle dès lors qu'il est question de santé mentale.

En ce qui concerne la promotion de la santé mentale, la capacité de communiquer, d'être accepté par les membres de son entourage, d'avoir un confident, de réussir ce qu'on entreprend et de faire partie d'une collectivité sont tous très importants. Mais si une personne ne peut pas entendre, on parle d'un problème qui doit absolument être résolu, car sinon, il peut y avoir des répercussions sur la santé mentale de l'intéressé.

Pour ce qui est de l'alphabétisation, il est possible que certains facteurs liés à la santé mentale contribuent à favoriser l'analphabétisation. De plus, le fait d'être analphabète a forcément des incidences sur la santé mentale. Lorsqu'on n'a pas la possibilité, de la même façon que d'autres membres de la collectivité, de participer aux activités de cette dernière, ou qu'on ne peut prendre part aux conversations qu'ont la plupart des jeunes par courriel, on peut finir par se sentir très isolé. Ce genre de situation peut également provoquer un sentiment de honte.

Those are issue that I see as being relevant to mental health and, certainly, to mental health promotion.

[*Translation*]

Dr. Lesage: You are absolutely right to make a connection between problems with reading and writing and the presence of psychological distress or even mental disorders. A colleague of mine, Dr. Richard Boyer, set out to try and understand to what extent people taking adult classes to learn how to read and write — in other words, people who had been through the school system but had been unable to learn — showed signs of psychological distress, and possibly more significant anxiety and depression disorders than in the general population. So, you are absolutely right to make that connection. I will not try and give an explanation as to why that is the case. However, the connection is there and it can be seen in a variety of ways.

To come back to the story about the young deaf boy who was seen within the school system — what I would call the community level — I think there is a lesson to be drawn from this with respect to services. It is very important for primary care services not to operate in silos — in other words, not to compartmentalize services under different headings such as education, psychology, behaviour disorders, psychiatry, and so on. If we can be there and there can be recognition using the bio-psycho-social approach, then all the right questions can be asked and the people interacting with these children, whoever they may be, will have that awareness — rather than saying: "He was referred to me, so he must have this kind of problem" and not considering what other kinds of problems may be involved. That requires more significant recognition of the biological, psychological and social aspects of these health issues.

We also see this at centres in Quebec that deal with problem youths. Because of the issue of suicide among young people and the potential association with mental problems, one can see why a system that was dominated by the psychoeducational approach was forced to recognize and require a medical presence in order that — if depression or bipolar disorder seem to be involved — the potentially biological causes of the problems experienced by these young people could be examined. Their challenge is to make that part and parcel of the psychoeducational and social approach used with these young people, and which are essential interventions if we want to help these youths.

[*English*]

Senator Fairbairn: I would like to draw a line between literacy difficulties and the other field of learning disabilities.

To what degree have you found people who in every other way are fine, but have special kinds of learning disabilities that require special treatment or strategies?

Voilà les éléments qui me semblent pertinents dans le contexte de la santé mentale, et notamment, de la promotion de la santé mentale.

[*Français*]

Dr Lesage: Vous avez raison d'associer les difficultés à lire ou à écrire et la présence de détresse psychologique voire de troubles mentaux. Un de mes collègues, le Dr Richard Boyer, s'est justement intéressé à comprendre dans quelles mesures les gens qui étaient dans des classes pour adultes, pour apprendre à lire et à écrire, — donc des gens qui avaient passé dans le système scolaire mais qui n'avaient pas réussi à apprendre, — comment chez ces gens on retrouvait une détresse psychologique et possiblement des troubles anxieux-dépressifs plus importants que dans la population en général. Vous avez parfaitement raison de faire cette association. Je ne rentrerai pas dans l'explication: pourquoi c'est comme cela ? C'est une association et on peut le regarder de plusieurs façons.

Pour revenir à la première expérience de ce jeune garçon sourd qui était vu sur le plan scolaire, ce que j'appellerai le niveau de la communauté, j'en retirerais une leçon concernant les services. C'est important pour les services de la première ligne de ne pas fonctionner comme des silos, de ne pas dire, cela c'est l'éducation, la psychologie, le service des troubles de comportement, la psychiatrie et la psychologie. Si on est capable d'avoir une présence, une reconnaissance, je dirais bio-psycho-sociale chez les gens, à ce moment toutes les questions pourront être posées et les gens, quels qu'ils soient, qui rencontrent les enfants auront une ouverture à cette perspective, plutôt que de dire: «Il a été référé chez moi ce doit être un problème de ce type» et ne pas envisager d'autres types de problème. Cette situation demande une reconnaissance plus importante des aspects bio-psycho-sociaux.

On voit cela aussi dans les centres jeunesses au Québec chez les jeunes en grande difficulté. À cause du problème du suicide chez les jeunes et l'association parfois avec des troubles mentaux, on voit comment un système qui était dominé par une approche de psycho-éducation a dû reconnaître et demander une présence médicale pour pouvoir — s'il y a une présence de dépression voire même de psychose maniaco-dépressive — offrir à ces jeunes le volet biologique. Il leur faut aussi relever le défi de l'intégrer dans l'approche psycho-éducative et sociale employée avec ces jeunes et qui représentent des approches essentielles pour aider le jeune.

[*Traduction*]

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais établir une distinction entre les difficultés liées à l'analphabétisation et d'autres types de troubles d'apprentissage.

Dans quelle mesure avez-vous eu à traiter des personnes qui vont bien à tous les autres égards mais ont des troubles d'apprentissage un peu particuliers qui nécessitent une thérapeutique et une stratégie spéciale?

Tragedies may result if the necessary assessments are not performed in the schools or the family doctor.

Dr. Links: I am an adult clinician and the results of unrecognized assessment is what I deal with. The child you mentioned might have grown up unaware of his learning disorder and become antisocial. He might have been ostracized by his peers and, perhaps, gotten in trouble with the law and in adulthood presented psychiatric problems that could have been, perhaps, corrected with early medical intervention.

[*Translation*]

Dr. Lesage: This is not only a problem in cases involving children. It is a more general problem, in terms of providing the expertise in the right place and at the right time, and always avoiding creating ghettos. With children who have learning difficulties, we want to avoid segregating them because of a specific problem, which would mean they would be unable to benefit from the social integration that occurs in a classroom setting. At the same time, we are a little torn, because if the child is sent to a special place, he will be treated by the finest experts, receive the latest treatment and benefit from the most sophisticated educational approach, which will give him a greater chance of success. This is the constant dilemma we face. We want to be able to provide front-line medical or health services, and bring the expertise there, so that every child with a problem can be identified and benefit from the specific approach that can help him in his own environment, and we want this kind of treatment to be available to all children, wherever they may be.

This is not a perfect solution in every case. Sometimes it is preferable to seek outside treatment for a certain period of time, despite the fact there may be a cost attached to this kind of segregation, again in the hope that you will give the child every opportunity to deal with his or her specific problem, although in other cases it may be better to leave the child in regular classes using an approach that will allow him or her to continue as part of that regular class. A lot of tests have been done, and yet there is still the general problem of determining whether by providing highly specialized services and taking people out of their environment, we are creating an issue of segregation and ghettoization, or whether it is better to provide those services in people's own environment and ensure that in that environment, they are able to access the best possible expertise. That is the difficulty.

[*English*]

Senator Fairbairn: It is a question of awareness, understanding and knowing where you can go to get help in making those kinds of choices and decisions.

Parfois le résultat peut être tragique si les évaluations requises ne sont pas effectuées, ni en milieu scolaire ni par le médecin de famille.

Dr Links: Je traite des adultes en milieu clinique et notamment les problèmes qui découlent de troubles d'ordre psychiatrique non dépistés. L'enfant dont vous avez parlé tout à l'heure a peut-être grandi sans savoir qu'il avait un problème d'apprentissage qui a provoqué chez lui une réaction de comportement antisocial. Peut-être a-t-il été frappé d'ostracisme de la part d'autres membres de son entourage, eu des démêlés avec la justice, et à l'âge adulte, a manifesté des problèmes psychiatriques qui auraient peut-être pu être corrigés grâce à une intervention médicale précoce.

[*Français*]

Dr Lesage: C'est un problème que l'on retrouve non seulement chez les enfants. C'est un problème plus général d'apporter l'expertise au bon endroit, au bon moment et vouloir, en même temps, éviter de créer des ghettos. Chez les enfants avec des difficultés d'apprentissage ont veut éviter qu'ils aillent dans un endroit séparé à cause d'une problématique spécifique et qu'ils ne puissent pas bénéficier de toute l'intégration sociale que permet la classe et l'effet de ségrégation créé par cela. En même temps, on est un peu divisé parce que si l'enfant va dans un endroit spécial, on va mettre les meilleurs experts, lui donner le dernier traitement ou la dernière approche éducative possible et cela lui donnera une chance de ce côté. Voilà le dilemme continu dans lequel on est. On veut agir à partir de la première ligne de services médicaux ou de services de santé, y amener l'expertise de sorte que chaque enfant puisse être détecté et puisse recevoir dans son milieu l'approche spécifique qui pourrait l'aider et faire en sorte que ce traitement soit accessible partout pour tous les enfants.

La réponse n'est pas parfaite dans tous les cas. Parfois, il est mieux de l'amener à l'extérieur pour un temps en payant un prix de ségrégation, mais peut-être en donnant le maximum de chances à un enfant face au problème spécifique, et par ailleurs c'est peut-être mieux de le laisser dans des classes régulières avec une approche qui permettra à l'enfant de rester dans cette classe régulière. Beaucoup d'essais ont été faits, mais c'est un problème général de savoir si l'on donne des services trop spécialisés on sort les gens de leur milieu et à ce moment, on a le problème de ségrégation et de créer un ghetto et par ailleurs de le porter là où les gens vivent et s'assurer que là où ils vivent, ils puissent avoir accès à la meilleure expertise possible. C'est la difficulté.

[*Traduction*]

Le sénateur Fairbairn: Au fond, il s'agit d'être au courant de ce qui existe et de savoir à qui on peut s'adresser pour obtenir de l'aide quand il faut faire ce genre de choix ou prendre ce genre de décisions.

[*Translation*]

Senator Morin: I would like to talk about the prevention of mental illness and the scientific basis for prevention. We know just how hard it is to demonstrate the effectiveness of preventive measures. For example, we believed intuitively for many years that anti-oxidants, such as Vitamin E, are an excellent means of preventing heart disease. However, a study has shown that is completely untrue. We have many examples of interventions that we believed to be effective. For example, diets rich in fibre for the prevention of colon cancer, which we intuitively believed to be effective. However, they have been shown not to have that effect.

I would like to know whether the same parallel can be drawn with mental illness. Are we aware of any specific measures that have been shown to be effective in preventing mental illness? If so, then the answer is to actively carry out public education and awareness. For example, in Canada, preventing heart disease meant reducing smoking. That is a Canadian success story. There is no country in the world where federal action has been taken and succeeded in reducing smoking. That has an impact on heart disease. The same thing has occurred with respect to diet: measures were taken with respect to product labelling. These are examples of actions taken by the federal government that have a scientifically proven impact on physical diseases.

I am drawing a parallel here to mental illness. Are there any specific measures that have been scientifically proven to be effective? To me, the term "health promotion" is quite vague. All kinds of resources are swallowed up in the name of this kind of promotion. I think such resources could be more effectively used for research.

[*English*]

Dr. Links, I am struck by the fact that we do not have a national program of suicide prevention. I understand that suicide prevention is what we would call "secondary prevention."

Do you think we should have a national suicide prevention program? If you do, do you believe it should be an official initiative?

Dr. Links: I will talk about the issue of prevention from the suicide perspective. It is true that we need to know more, but I think we know enough to proceed.

There are primary prevention initiatives in the area of suicide prevention that are quite robust in terms of their proof. One of the most promising initiatives deals with access to means, such as gun legislation.

There is an interesting initiative in the U.K. where the packaging of acetaminophen was restricted. The quantity of pills one can get with each package of Tylenol is restricted. The drug is called something different in the U.K. This public health

[*Français*]

Le sénateur Morin: Je voudrais soulever la question de la prévention de la maladie mentale et des bases scientifiques de prévention. On sait jusqu'à quel point il est difficile de démontrer l'efficacité d'une mesure préventive. Par exemple, on a cru pendant des années intuitivement que les anti-oxidants, comme la vitamine E, seraient un excellent agent préventif des maladies cardiaques. L'étude a démontrée qu'il n'en était rien. On a beaucoup d'exemples d'interventions que l'on croyait efficaces. Par exemple, les diètes riches en fibres dans la prévention du cancer du colon qui intuitivement on croyait efficace. Il a été démontré que ce ne l'était pas.

J'aimerais savoir si le parallèle existe pour les maladies mentales. Est-ce qu'on connaît des mesures spécifiques qui ont été démontrées être efficaces dans la prévention de la maladie mentale? Si c'est la cas, la réponse est d'engager des actions d'éducation publique. Par exemple, au Canada pour la prévention de maladies de cœur, il devait y avoir une réduction du tabagiste. C'est un succès canadien. Il n'y a pas de pays au monde où on a réagi par une action fédérale et que l'on a réussi à réduire le tabagisme. Cela à une incidence sur les maladies cardiaques. La même chose s'est produite en ce qui a trait à la diète: des mesures ont été prises pour l'affichage sur les produits. Ce sont des actions prises par le gouvernement fédéral qui ont un impact démontré scientifiquement sur les maladies physiques.

J'aimerais faire le parallèle avec les maladies mentales. Y a-t-il des mesures précises qui sont scientifiquement efficaces? Pour moi, le terme «promotion de la santé» est vague. On engloutit des ressources dans ces promotions. De telles ressources pourraient être plus efficaces pour faire de la recherche.

[*Traduction*]

Docteur Links, j'ai été étonné d'apprendre que nous n'avons pas de programme national de prévention du suicide. Je crois savoir que la prévention du suicide correspond à ce qu'on appelle la «prévention secondaire».

À votre avis, devrions-nous nous doter d'un programme national de prévention du suicide? Et, dans l'affirmative, devrait-il s'agir d'une initiative officielle?

Dr Links: Je vais aborder la question de la prévention en parlant plus précisément du suicide. Il est vrai que nous avons besoin d'élargir nos connaissances dans ce domaine mais, pour moi, nous en savons déjà assez pour aller de l'avant.

Il y a trois initiatives de prévention primaire du suicide qui s'appuient sur des faits et des études assez solides. L'une des initiatives les plus prometteuses concerne l'accès aux moyens, telle la Loi sur le contrôle des armes à feu.

Il y a également une initiative très intéressante en cours au Royaume-Uni, qui a consisté à limiter la quantité d'acétaminophène vendue individuellement. Autrement dit, on a imposé des restrictions au nombre de pilules de Tylenol que

initiative has shown that the number of deaths from overdosing can be reduced.

There have been other examples where reducing the access to means can have an impact. Restricting coal gases in the U.K. led to a reduction in the suicide rate. It may well be that the changes to the exhaust from car fumes will have an impact on suicide. Clearly, there are primary prevention initiatives.

Another one that seems to be in that realm is media intervention. We know that if suicide is reported in a highly sensational way and if each and every suicide is reported, you can increase the risk of suicide. A nice example from my local community is that in the 1970s all suicides on the TTC were reported. At that time they sought advice and decided that they would not report suicides that occurred on the subway. A significant reduction in the rate came from that simple intervention.

There are things that we can do on the primary prevention level. Some of those clearly require a federal initiative.

There is then secondary prevention: early identification of people at risk. One of the classic studies in the suicide prevention area took place on a small island in Europe. All the family physicians on Gotland were trained in the recognition of and intervention for depression. There was a drop in the suicide rate subsequent to this intervention.

There are many questions about that research. It raises as many questions as it answers. However, there is evidence that if you teach gatekeepers to more readily identify depression and intervene, there can be an impact.

On the tertiary side, where I do my research, we take people at high risk that have recurrent suicide behaviour. We can now develop interventions that can prevent them from repeating that behaviour and suicide.

There is a need for timely federal leadership in this area. The U.S. is a good example. We know enough to put in place a preventive strategy that could have an impact on reducing the rates. The Canadian leadership formulated these kinds of strategies that could be put in place. We have the knowledge. Unfortunately, Canada has a higher suicide rate than the United States. We could be shamed into taking action.

contient chaque emballage individuel. Ce médicament a un autre nom au Royaume-Uni. Cette initiative des responsables de la santé publique a démontré qu'il est possible de réduire le nombre de décès résultant d'une surdose de médicaments.

Il existe aussi d'autres exemples d'initiatives qui démontrent l'impact que peuvent avoir des mesures visant à réduire l'accès aux moyens. La restriction des gaz de houille au Royaume-Uni a permis de réduire le taux du suicide. Il est bien possible que si la composition des gaz d'échappement change, il y aura aussi un impact sur le nombre de suicides. Donc, il y a des mesures de prévention primaire qui sont efficaces.

Une autre possibilité concerne le rôle immédiat. Nous savons, par exemple, que si les cas de suicide sont traités par les médias de manière sensationnelle et si chaque suicide est médiatisé, cela peut en réalité faire monter les risques que d'autres se suicident. Un bon exemple que je pourrais vous citer est celui de la ville que j'habite, car dans les années 70, la Commission des transports en commun de Toronto signalait au public tous les cas de suicide. C'est alors que cette dernière a demandé conseil et a finalement décidé de ne plus communiquer au public de l'information sur les suicides dans le métro. Cette mesure très simple a permis, toutefois, de faire considérablement baisser le taux du suicide.

Il y a donc certaines mesures qu'on peut prendre au niveau de la prévention primaire. Mais dans certains cas, il faut que les autorités fédérales prennent l'initiative.

Il y a aussi la prévention secondaire, c'est-à-dire le dépistage précoce des personnes à risque. L'une des études classiques sur la prévention du suicide s'est déroulée dans une petite île en Europe. Tous les médecins de famille du Gotland avaient été formés à dépister et à traiter la dépression. Par suite de cette intervention, le taux du suicide a chuté.

Cette recherche suscite de nombreuses questions; elle soulève autant de questions qu'elle en règle. Cependant, les faits laissent supposer que si on apprend aux protecteurs du public de dépister plus facilement la dépression et de prendre aussitôt les mesures qui s'imposent, l'impact peut être considérable.

En ce qui concerne les soins tertiaires — c'est dans ce contexte que je fais ma recherche — nous observons et examinons des personnes à haut risque qui ont un comportement suicidaire récurrent. Nous sommes maintenant en mesure d'élaborer des interventions qui peuvent les empêcher de récidiver, et donc, de se suicider.

Mais il est maintenant temps que les autorités fédérales fassent preuve de leadership dans ce domaine. Les États-Unis seraient un bon exemple à citer. Nous avons des connaissances suffisantes maintenant pour élaborer une stratégie de prévention qui pourrait avoir pour résultat de réduire les taux. Des chefs de file canadiens ont défini des stratégies de ce genre qu'il serait possible d'adopter dès maintenant. Nous avons les connaissances requises. Malheureusement, le taux du suicide au Canada est plus élevé qu'aux États-Unis. Peut-être finirons-nous par faire quelque chose pour conserver notre amour-propre.

In the area of suicide prevention the time is right. We need national leadership on it.

Senator Morin: Should Health Canada or a professional organization initiate the program? Do you have any specific that you might share with us?

Dr. Links: There must be federal government leadership. The most successful national strategies have had federal government leadership.

Obviously, it must be translated to each and every community because the community initiatives need to be different according to their situations. Native issues are much different from the issues in Toronto, where I am. We need federal leadership. Most national strategies have set targets and work toward a specific goal that can be measured and to which people can be accountable. Some of these issues would very much come from a federal initiative.

Research comes from federal funds. There are a number of high-risk groups, as I mentioned, for which the federal government could have leadership in developing strategies. There are issues about access to means where the federal government could show leadership.

In the area of health promotion, we must remember that the stigma is an important factor in this area. People, particularly men, do not go for help. The health promotions leadership in the area of stigma would be very significant.

There is clearly a role for the federal government. I think we are well set for this because we have much expertise at the ground level.

[*Translation*]

Dr. Lesage: As regards cardiovascular disease, lung cancer and a reduction in smoking, we do know that tobacco is not the only cause of cardiovascular disease. Nor is it the only cause of lung cancer.

For example, in the case of cardiovascular disease, we know that some people are more vulnerable than others; there are genetic, developmental, work- and diet-related factors, and so on, that can have an effect; indeed, even depression can have an impact. It has been identified as a risk factor. Those are the causes.

Le moment est maintenant venu de prendre des mesures de prévention du suicide. Nous avons besoin de leadership à l'échelle nationale.

Le sénateur Morin: À votre avis, qui devrait prendre l'initiative de créer un tel programme, Santé Canada ou un organisme professionnel? Avez-vous des recommandations précises à nous faire à cet égard?

Dr Links: Il faut absolument que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership dans ce domaine. Les stratégies nationales qui ont connu le plus de succès sont celles lancées et soutenues par le gouvernement fédéral.

Il faut évidemment que les mesures concrètes soient adaptées aux besoins de chaque collectivité, si bien que les initiatives communautaires seront forcément différentes, selon la situation, des unes et des autres. Les problèmes des Autochtones sont très différents de ceux que nous rencontrons à Toronto, où j'habite. Nous avons donc besoin de leadership fédéral. La plupart des stratégies nationales prévoient des objectifs précis qui doivent être réalisés et mesurés et dont les responsables doivent répondre. Certains de ces éléments feraient forcément partie intégrante d'une initiative fédérale.

La recherche est financée par les crédits fédéraux. Comme je vous l'expliquais tout à l'heure, il existe un certain nombre de groupes à risque élevé et un leadership fédéral serait donc nécessaire pour élaborer des stratégies précises permettant d'aider ces groupes-là. Il y a également la question de l'accès aux moyens, et là aussi, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de chef de file.

En ce qui concerne la promotion de la santé, il faut se rappeler que les attitudes et notamment la désapprobation sociale rattachées aux troubles psychiatriques sont des facteurs très importants dans ce domaine. Bien souvent les gens, et surtout les hommes, ne cherchent pas à se faire aider. Un leadership fédéral dans le domaine de la promotion de la santé en vue d'enrayer les attitudes négatives serait très important.

Donc, le gouvernement fédéral a certainement un rôle à jouer dans ce domaine. À mon avis, toutes les conditions sont réunies maintenant pour prendre des initiatives de ce genre, parce que nous possédons maintenant une excellente expertise sur le terrain.

[*Français*]

Dr Lesage: En parlant des troubles cardio-vasculaires, du cancer du poumon et de la réduction du tabagisme, on est conscient que le tabac n'est pas la seule cause des maladies cardio-vasculaires. Ce n'est pas la seule cause du cancer du poumon.

Par exemple, dans les maladies cardio-vasculaires, il y a des gens plus vulnérables que d'autres, il y a des facteurs génétiques, de développement, de travail, d'alimentation, et cetera, et même la dépression pourrait agir. Elle a été associée comme un facteur de risque. Ce sont des causes.

We are not necessarily seeking the real cause, but in terms of prevention, we are trying to act on those causes on which we can have some effect in order to bring about a change. With mental disorders, our level of knowledge is different depending on the disorder, but there are a number of things that can be done and that can make a difference. They include promotion and prevention. We have evidence to that effect.

Let me just give you one example involving promotion. You mentioned the Head Start program; in Montreal schools, it is known as the "Programme un, deux, trois." These programs have demonstrated their positive impact on underprivileged children; they have succeeded in increasing the numbers of young people who read adequately, as well as the numbers of young people who stay in school and present fewer behavioural problems. Behaviour problems can suggest the presence of anxiety and depression and suicidal tendencies, both in young people and adults. These programs have proven themselves to be effective.

If we were to apply them generally, what would that imply? We know less about their impact on the general population, but we do have evidence of the effectiveness of such programs. Indeed, that is why our U.S. colleagues use these programs in schools located in underprivileged areas.

I want to come back to the example of the treatment and prevention of suicide. I believe there has been a fairly solid demonstration that these kinds of measures work. I would refer you to the document I tabled with respect to what has been done in some Scandinavian countries: there it was shown that by increasing the treatment of depression, it is possible to bring down the suicide rate. By doing this, we are acting on one of the causes, but not all of them. So, if we do take this kind of action, it can have an effect.

Finally, in terms of public health, when we do take action for prevention purposes, we are always concerned; we worry that by increasing one kind of intervention, there may be negative effects that we have not foreseen. In that connection, I would remind you of how traumatic it was for the medical profession and the population to learn that hormonal supplements given to pre-menopausal women to prevent the undesirable effects of menopause could be linked to an increased incidence of cancer and cardiovascular disease.

That gave us food for thought, and allowed us to realize that while expanding the treatment of depression, we should not lose sight of the possibility of perverse effects over the long term.

As regards the treatment of depression, however, the situation is different because depression is widespread and is therefore associated with a greater number of incapacities or disabilities in the population. The treatment of depression may possibly prevent suicide, but its main effect is to reduce the incapacity of those affected, which helps them to perform their proper role of parent, spouse, or worker. It reduces their suffering.

[*English*]

Mr. Lips: For many people prevention and promotion are more challenging and difficult to grasp because they are dealing with long timelines. We are talking about real life situations where

On recherche pas nécessairement la vraie cause, mais en prévention, on recherche les causes sur lesquelles on pourrait agir et faire une différence. Dans les troubles mentaux, notre niveau de connaissance est différent selon les troubles, mais il y a plusieurs activités qui peuvent être faites et qui peuvent faire une différence. Cela inclut la promotion et la prévention. Nous avons des preuves à cet effet.

Je prends un exemple au niveau de la promotion. Vous avez mentionné le programme Head Start, dans les écoles de Montréal, c'est le programme un, deux, trois. Ces programmes ont démontré leur impact positif chez les jeunes des milieux défavorisés; ils ont augmenté le nombre de jeunes qui lisent de façon adéquate et le nombre de jeunes qui ne décrochent pas et qui présentent moins de problèmes de conduite. Ces derniers sont annonciateurs de problèmes d'anxiété, de dépression et de suicide chez les jeunes et à l'âge adulte. Ces programmes ont une efficacité démontrée.

Si on les généralisait, qu'est ce que cela impliquerait? C'est moins connu dans la population mais il y a des preuves de leur efficacité. C'est d'ailleurs pour cela que nos collègues des États-Unis l'utilisent dans leurs écoles en milieu défavorisé.

Je veux revenir sur l'exemple du traitement et de la prévention du suicide. Je pense qu'une démonstration quand même solide a été faite. Je vous réfère à ce document que j'ai déposé concernant les pays scandinaves: si on augmente le traitement pour la dépression, on peut diminuer le taux de suicide. Ce faisant, on agit sur une des causes, par sur toutes les causes. Si on agit, on peut avoir un effet.

Enfin, en santé publique, lorsqu'on fait des actions de prévention, on est toujours soucieux: si on augmente une intervention, peut-il y avoir des effets néfastes que nous n'avons pas vus? Je vais vous rappeler le traumatisme que le monde médical et la population a vécu lorsqu'on a appris que les suppléments hormonaux donnés aux femmes pré-ménauposées pour prévenir les effets indésirables de la ménopause pouvaient être associées à une augmentation de cancers et de maladies cardio-vasculaires.

Cela nous a donné matière à réflexion, à savoir qu'en augmentant le traitement de la dépression, nous ne devions perdre de vue la possibilité d'effets pervers à long terme.

Dans le cas du traitement de la dépression, la situation est différente, car la dépression est répandue et donc liée à un plus grand nombre d'incapacités dans la population. Le traitement de la dépression peut possiblement prévenir le suicide, mais son effet principal consiste à diminuer l'incapacité des personnes, ce qui les aide à jouer leur rôle de parent, de conjoint ou de travailleur. Il diminue leur souffrance.

[*Traduction*]

M. Lips: Pour bien des gens, les notions de prévention et de promotion sont plus compliquées et surtout plus difficiles à comprendre parce qu'elles s'appuient sur un long échéancier. Là

it is impossible to control all the variables. We probably will never have the degree of evidence for a psycho-social intervention that we can have for a medication. The latter can have a randomized clinical trail to establish which medication works well and what the side effects are.

When you are dealing with, for example, a classroom intervention, every class is different; every human being is different; every generation is different; and every teacher is different. You cannot have this absolute control over the circumstances of whatever it is you are testing.

The level of evidence for many psycho-social interventions is comparable to the level of evidence that we have for many physical interventions. I know that it may seem that mental health promotion is a vague, feel-good kind of concept. It is also my business to push it so I cannot speak impartially. However, my feeling is that mental health promotion requires are things that are good on a number of counts and that do not necessarily require a huge encyclopaedia of research evidence to support them.

We know that interventions with single mothers that provide home visits to help them to learn about parenting and promote attachment with their infants have measurable positive outcomes in mental health, physical health and general well-being. However, we do have a way to go in establishing primary prevention of illnesses such as schizophrenia.

We cannot say that we have a method of primary prevention for schizophrenia or bipolar disorder. Perhaps some of the things involved in mental health promotion would help to prevent these disorders but I certainly could not prove that with the evidence that we have today. It is important to look at each situation in a holistic way to know what we can prevent and what are the positive impacts that we could achieve.

In the case of schizophrenia, perhaps we are not at a stage where we could have a primary prevention method that is evidence-based but there is a great deal of evidence to show that early intervention can improve the outcome.

The case for mental health promotion is based on observation of what is associated with what. We know that certain parenting styles are associated with better outcomes in children in families on a number of counts. It makes sense that we modify those parenting styles in favour of the style that seems to have the best outcome.

nous parlons de situations réelles et concrètes où il est tout simplement impossible de contrôler toutes les variables. Nous n'aurons sans doute jamais autant de preuves concrètes justifiant une intervention psychosociale que nous en avons pour justifier l'utilisation d'un médicament, par exemple. Pour un médicament, il est possible de faire des essais cliniques aléatoires pour établir son efficacité et ses éventuels effets secondaires.

Mais quand il est question d'une intervention en salle de classe, par exemple, eh bien chaque classe est forcément différente; chaque être humain est différent; chaque génération est différente; et chaque enseignant est différent. Il est donc impossible d'exercer un contrôle absolu sur les circonstances qui entoureront la méthode ou l'intervention que vous mettez à l'essai.

Le degré de preuve exigé pour de nombreuses interventions psychosociales est comparable à celui prévu pour de nombreuses interventions physiques. Je sais que pour vous, la notion de promotion de la santé mentale vous semble peut-être correspondre à quelque chose d'assez vague mais moralement inattaquable. Et comme mon rôle consiste à encourager cette promotion, je ne peux pas vous en parler de façon impartiale. Mais j'ai vraiment l'impression que la promotion de la santé mentale nous amène à prendre des mesures qui sont valables à différents égards et qui n'ont pas besoin de s'appuyer nécessairement sur les résultats d'une montagne d'études pour être justifiées.

Nous savons, par exemple, que les interventions menées auprès de mères seules par des spécialistes qui vont leur rendre visite chez elles pour leur apprendre à bien s'occuper de leur enfant et à établir de bons liens affectifs avec lui ou elle, ont des résultats positifs mesurables sur le plan de la santé mentale, de la santé physique et du bien-être général. Par contre, nous avons encore du chemin à faire pour ce qui est d'établir des mesures de prévention primaire de maladies telles que la schizophrénie.

Nous ne sommes pas en mesure de dire aujourd'hui qu'il existe une méthode de prévention primaire de la schizophrénie ou de la maladie affective bipolaire. Il est possible que certaines mesures de promotion de la santé mentale aideraient à prévenir de tels troubles, mais les résultats des études menées jusqu'ici ne me permettraient certainement pas d'en faire la preuve. Il est important d'examiner chaque situation de manière holistique pour savoir ce qu'on peut prévenir et quels peuvent être les effets positifs des initiatives que nous prenons.

Dans le cas de la schizophrénie, nous ne sommes peut-être pas encore au stade où il nous est possible d'élaborer une méthode de prévention primaire fondée sur l'expérience clinique, mais il reste que les constatations de nombreuses études indiquent qu'une intervention précoce peut effectivement améliorer les résultats.

Les arguments qui militent en faveur de la promotion de la santé mentale s'appuient sur l'observation de certaines associations ou corrélations. Par exemple, nous savons que la présence de certaines compétences parentales est associée à de meilleurs résultats chez les enfants, et ce dans plusieurs domaine. Il est donc logique de vouloir modifier les comportements des parents et encourager l'acquisition des compétences parentales qui semblent donner les meilleurs résultats.

We know that there are events in life that are associated with risk of poor outcomes of various kinds. For example, entering or changing schools, losing a job, getting married, getting divorced and retiring are all examples of such events. We see that in the population there is a range of outcomes. Some people manage those transitions extremely well and others do not manage well. We can study why they do not and we can look for interventions that will address those reasons.

There is a vast body of literature that supports these kinds of interventions. There is a point at which we must look at both the high-tech and low-tech interventions in mental health. We do not need a high-tech intervention to discover whether a little boy in the school system is deaf. If parents are not providing safe environments for their children, it is not surprising that there would be poor mental health outcomes, maybe not schizophrenia but maybe suicide or antisocial behaviour. We cannot predict which way some of these risk factors will take us.

Mental health promotion is not really that far behind physical health promotion in the sense that we know many things that are not good for people. Some of the challenges are to identify exactly how to modify those factors, just as we know that smoking is bad for the health of your lungs and heart as well as your general health. We are sure of that and yet we are still learning how to further reduce the rates of smoking. It seems that we have to re-learn that with every generation because each generation of young people is different. Now, we see some of them taking up smoking again.

It is the same with mental health. We know that certain patterns of behaviour and experiences are harmful to mental health. We need to learn how to modify those experiences. We have a good start on a number of those things. As Dr. Links mentioned we know about restricting access to means for suicide, which is a promising strategy in a number of cases. From my perspective, that is still a late intervention because if someone is ready to kill him or herself you are restricting the means. It is important to restrict the means but I would also like to discover an intervention whereby he or she would not even reach the point of wanting to commit suicide. Mental health promotion is a serious and important endeavour with a growing evidence base.

Senator Keon: I would like all of you to address the question of access to care. You have all alluded to the need for leadership and the specifics associated with leadership in suicide prevention. However, I think mental illness, unlike some of the other big disease entities, such as cardio-vascular disease and cancer, has a

Nous savons également que certains événements sont associés au risque de mauvais résultats de divers ordres. Le fait d'entrer à l'école ou de changer d'école, de perdre un emploi, de se marier, de divorcer et de prendre la retraite sont tous des exemples d'événements de ce genre. Nous observons une vaste gamme de résultats au sein de la population. Certaines personnes font très bien la transition, mais d'autres, non. Il est possible d'examiner les raisons pour lesquelles certains ne font pas bien la transition et élaborer des interventions qui vont permettre d'éliminer ces facteurs.

Il existe un grand nombre d'études qui prouvent le bien-fondé de ces interventions. Il arrive un moment où il faut déterminer le poids à accorder aux interventions faisant appel à une technologie avancée, par rapport aux interventions toutes simples. On n'a pas besoin d'une intervention de pointe pour déterminer qu'un petit garçon qui va à l'école est sourd. Si les parents ne fournissent pas un environnement sûr à leurs enfants, il ne serait guère surprenant d'observer certains impacts au niveau de leur santé mentale — peut-être pas la schizophrénie, mais le suicide ou un comportement antisocial. Il n'est pas possible de prévoir quelles seront les conséquences de certains facteurs de risque.

La promotion de la santé mentale n'est pas si différente de la promotion de la santé physique, en ce sens que nous savons pertinemment que certaines choses ne favorisent pas le bien-être des gens. Il s'agit essentiellement de déterminer comment ces facteurs négatifs peuvent être modifiés — tout comme nous savons que le tabagisme est nuisible pour la santé générale, et notamment les poumons et le coeur. Nous en sommes absolument sûrs, mais malgré tout, nous cherchons toujours des moyens efficaces de réduction du taux du tabagisme. Il semble que nous ayons à réapprendre avec chaque nouvelle génération, car chaque génération de jeunes est différente. À l'heure actuelle, nous constatons que les jeunes recommencent à fumer.

Il en va de même pour la santé mentale. Nous savons que certains types de comportement et d'expériences nuisent à la santé mentale des gens. Il nous faut apprendre à modifier ces comportements et ces expériences. Certaines mesures nous ont déjà permis de faire de bons progrès. Comme le Dr Links vous l'expliquait, nous savons qu'il faut limiter l'accès aux moyens permettant le suicide, car ceci correspond à une stratégie prometteuse dans bien des cas. En ce qui me concerne, c'est tout de même une intervention tardive, car si une personne est prête à se suicider, ce n'est qu'à la toute fin que vous intervenez pour limiter son accès aux moyens qui lui permettront de se suicider. La restriction des moyens est importante, bien entendu, mais je voudrais aussi qu'on en arrive, grâce à diverses interventions, à faire en sorte que cette personne n'arrive jamais au point de vouloir se suicider. La promotion de la santé mentale constitue donc un projet sérieux et important qui s'appuie sur des résultats cliniques de plus en plus importants.

Le sénateur Keon: Je voudrais poser à tous nos témoins une question sur l'accès aux soins. Vous avez parlé de la nécessité de leadership et du contexte précis dans lequel ce leadership doit s'exercer pour favoriser la prévention du suicide. Mais à mon avis, à la différence de certains autres grandes maladies, comme les

huge problem in respect of access to care. Some of this is probably associated with the existing stigma associated with the disease and much of it is related to manpower and manpower distribution.

Some of you alluded to the fact that it can take many months before a patient with a problem can get in to see the right expert. We would like to be helpful in our recommendations to the government. In that respect, what could be done at the federal level to make a significant impact on this horrific problem of access to care in the area of mental illness and mental disease?

Dr. Links: I agree that one of the greatest challenges is the issue of access to care. I believe that it would also be useful to look at the manpower issue. I do not know if the manpower issue falls at the federal or provincial level. The provinces need to address it as best they can.

In the area of psychiatry, the manpower issues are highly acute, particularly in areas of child and adolescent services and services for the elderly. A large part of it is having adequate manpower and providing the training to develop people in those areas.

Some of the models about which we talked today do offer some hope. There is evidence that collaborative care can improve the recognition and treatment of depression. We must move forward on creating the primary care initiatives that can meet this need.

As we have heard from Dr. Lesage stigma is a huge problem. As you know, people do not come forward for treatment of mental illness, substance abuse and suicide because of the stigma associated with them. It is a complex problem. Part of tackling stigma is to provide the knowledge and evidence that things can be done to correct the problem.

The federal government could lead in the area of research. We know that proper knowledge and research can reduce stigma. We are seeing that already. That is an area for federal leadership.

We need very broad initiatives. I have the experts here on the primary prevention level.

Certainly in the area of delivering services, we are trying to look at very broad initiatives, which include many self-help initiatives, so that the families and the community can become a very important part of assisting in the person's recovery and maintaining them in the community.

maladies cardiovasculaires et les cancers, les maladies mentales sont extrêmement problématiques en raison de la difficulté qu'ont les malades à se faire soigner. Ce problème d'accès aux soins est sans doute causé en partie par l'opprobre qu'on associe à ces maladies et par une pénurie de main-d'oeuvre et la façon dont cette main-d'oeuvre est distribuée.

Certains d'entre vous ont mentionné qu'un patient peut avoir à attendre de longs mois avant de voir l'expert qu'il lui faut. À cet égard, nous souhaitons faire des recommandations appropriées au gouvernement. Qu'est-ce qui pourrait être fait au niveau fédéral pour réduire considérablement les difficultés d'accès aux soins que nous observons dans le secteur des maladies mentales?

Dr Links: Je suis d'accord avec vous pour dire que l'un des plus importants défis que nous avons à relever dans ce domaine est celui de l'accès aux soins. À mon avis, il conviendrait d'examiner la question de la main-d'oeuvre. Je ne sais pas si la main-d'oeuvre relève de la responsabilité du fédéral ou des provinces. Il faut que les provinces fassent ce qu'elles peuvent pour enrayer ce problème.

Dans le domaine de la psychiatrie, les problèmes de main-d'oeuvre sont particulièrement graves, notamment en ce qui concerne les services destinés aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées. Ces problèmes sont surtout causés par un manque de main-d'oeuvre et l'incapacité de former du personnel spécialisé dans ce domaine.

Certains des modèles dont nous avons discuté aujourd'hui sont tout de même prometteurs. Les faits semblent indiquer que les soins assurés de façon coopérative permettent d'améliorer le dépistage et le traitement de la dépression. Il faut donc continuer à élaborer des initiatives dans le domaine des soins primaires qui répondront à ce besoin.

Comme le Dr Lesage nous l'expliquait tout à l'heure, la désapprobation sociale des maladies mentales constitue un grave problème. Comme vous le savez, les gens ne demandent pas à se faire soigner lorsqu'ils ont une maladie mentale, un problème d'abus d'alcool ou de drogues ou des tendances suicidaires parce qu'ils craignent d'être stigmatisés. C'est un problème complexe. Pour enrayer cette attitude et cette désapprobation sociale, il faut renseigner la population et faire comprendre aux gens qui souffrent que ces maladies se soignent.

Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la recherche. Nous savons pertinemment que les bonnes informations et la recherche permettent de réduire la désapprobation sociale qui accompagne ces maladies. Nous avons déjà observé des résultats positifs. Voilà donc un domaine où le leadership fédéral s'impose.

Nous avons besoin d'initiatives globales. Nous avons déjà les experts qu'il nous faut dans le domaine de la prévention primaire.

Pour ce qui est de la prestation des services, nous examinons actuellement diverses initiatives globales, y compris de nombreuses initiatives d'auto-assistance, pour que les familles et la collectivité joue un rôle très important pour ce qui est d'aider les personnes atteintes de maladie mentale à guérir et de les garder au sein de la collectivité.

In Ontario, we are investigating that approach for people who have severe personal illness. They offer opportunity in conjunction with other kinds of service models to help people cope with mental illness.

[*Translation*]

Dr. Lesage: I have two suggestions to make in response to your question. The first one that I have already referred to involves raising Canadians' awareness of mental disorders. It is important that they know that it is possible to receive effective treatment for mental disorders. If we are able to change people's perceptions over the long term, and get them to accept that mental health problems should be treated the same way as physical health problems, then we will have made a giant step forward, because these attitudes are very prevalent. That is something that would reach every community and affect this country's social fabric. At that point, access would no longer be a policy or planning issue for a few experts, but something that all Canadians would think about in terms of how to seek and receive help in resolving mental health problems — whether they were fathers with a family, employers, CEOs, union leaders, et cetera. It would be something people would be very aware of. At every level, everyone would be doing something to try and expand access. There is a lot to be said for increasing Canadians' awareness.

My second comment is about services and increasing access to services. In Canada, it is through research and knowledge transfer that we can identify best practices that will allow us to enhance access to mental health care in communities, cities, and towns. We will have to find appropriate models, that may well be different in Eastern and Western Canada. They may also be different depending on whether they are aimed at a large or small urban centre. We have to identify incentives and service organizations, so that social service workers and clinicians take a greater interest in mental health problems, and are more available to identify and treat patients with these problems.

We have to reflect on this in the context of current models — and this is something I am suggesting — such as the ones now being used to enhance access to better care for conditions such as diabetes or hypertension. Anxiety and depression disorders last over a long period of time. Treatment cannot be limited to one point in time. It covers an extensive period and affects not only the patient but his environment; the patient has to be encouraged to follow the appropriate treatment. That requires approaches that are more similar to those used for treating chronic physical conditions, as opposed to acute conditions. We need to do more research or encourage people to use models that are already in place in Canada and that could be more widely used and accessible in other regions of the country.

En Ontario, nous examinons l'opportunité d'une approche pour les personnes atteintes de maladie mentale grave. Son application semble intéressante, notamment de concert avec d'autres types de modèles de prestation des services, pour aider les personnes atteintes de maladie mentale à s'en sortir.

[*Français*]

Dr Lesage: J'ai deux suggestions suite à votre question. La première à laquelle j'ai fait allusion est de pouvoir augmenter la sensibilité de tous les Canadiens à l'existence des troubles mentaux. Il est possible d'être traité pour des troubles mentaux avec efficacité. S'il y a une différence dans la perception de la population, à long terme, à savoir que les troubles mentaux sont à traiter de la même façon que les troubles physiques, à ce moment, on aura fait un très grand pas parce que c'est très prévalent. Cela atteindrait toutes les communautés et notre tissu social. À ce moment, la question de l'accès ne devient plus une question politique ou de planification de quelques experts, mais amène chacun des Canadiens à penser aux moyens de pouvoir se faire aider pour des problèmes de trouble mental. Ce serait le père de famille, l'employeur, le chef d'entreprise, le chef syndical, et cetera. Cela deviendrait quelque chose de présent dans l'esprit. Chacun à son niveau ferait quelque chose pour que l'accès puisse augmenter. Il y a beaucoup à dire sur l'augmentation de la sensibilité de la population.

Un deuxième commentaire s'applique surtout aux services, à la hausse de l'accès aux services. Au Canada, c'est par la recherche et le transfert de connaissances que nous pouvons identifier de meilleures pratiques qui permettent d'augmenter l'accessibilité aux soins de santé mentale dans les communautés, dans les villes, dans les villages. Il faudrait pouvoir trouver des modèles qui pourraient être différents dans l'Est et dans l'Ouest du Canada. Ils pourront différer en milieu urbain, grand ou petit. Il faut pouvoir identifier aux incitatifs et aux organisations des services qui feraient que les intervenants et les cliniciens de nos services sociaux s'intéresseraient, seraient plus accessibles pour identifier et traiter leurs patients souffrant de trouble mental.

Il faut y penser selon les modèles — c'est une hypothèse que je propose — que ceux utilisés actuellement pour augmenter l'accès à de meilleurs soins pour des conditions comme le diabète ou l'hypertension. Les troubles anxio-dépressifs durent très longtemps. Le traitement ne peut pas se limiter à un point dans le temps. Il couvre une longue période de temps qui touche en plus de la personne malade, son environnement; il faut encourager la personne à suivre le traitement. Cela demande des approches plus près de celles des traitements des conditions physiques chroniques que des conditions aiguës. Il devrait y avoir de la recherche ou de l'encouragement à suivre des modèles qui sont déjà en vigueur au Canada et qui peuvent être plus accessibles et plus connues ailleurs au Canada.

[*English*]

Mr. Lips: It is very important to approach these issues in a way that honours the federal provincial-territorial division of responsibilities. There are ways that Health Canada has already demonstrated work of this kind.

In the area of research, there are models such as the Health Transition Fund and the new Primary Health Care Transition Fund. The Health Transition Fund had some 20 or 25 projects relating to mental health service delivery. The provinces recognize that this is a pressing and important area.

There are research questions relating to service delivery and access to care. That is one example of an area where the federal government made a substantial contribution to this issue. I expect something similar to emerge from the Primary Care Fund.

The increase in research funding has been substantial and a fair amount of those funds have been directed toward mental-health related issues. CIHR identified $30 million of mental-health-related research in 2002-2003.

Another issue of interest is telehealth. This technology is being used more widely in delivery of health services, especially to rural and remote areas. It holds much promise. It also is an area where the federal government has made substantial contributions.

Dr. Lesage mentioned self-help. The federal government at various points has contributed to self-help through training and developing resources to encourage the fostering of self-help for people with various problems, including mental health problems.

Stigma was mentioned. Again, there are requests for applications from CIHR with respect to research relating to stigma. That is an area where some leadership is being exercised. In a modest way, our unit has tried to advance the shared-care agenda.

We have also been in dialogue with the provinces around many of these issues. I think there is a role, but it is also important to address these issues, while honouring the provincial and territorial primary responsibility for health care delivery.

Senator Keon: It would seem to me that if we could ever get primary care organized the way we would like to see it in Canada, you would then have a structural framework or net for people to enter into the system.

[*Traduction*]

M. Lips: Il faut absolument que la démarche retenue respecte la répartition des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Santé Canada a déjà pris des mesures qui permettent une collaboration en fonction de cette répartition des responsabilités.

Dans le domaine de la recherche, il existe divers modèles, tels que le Fonds pour l'adaptation des services de santé et le nouveau Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a financé 20 ou 25 projets différents liés à la prestation des services dans le domaine de la santé mentale. Les provinces reconnaissent qu'il est urgent de prévoir des interventions appropriées dans ce domaine.

Il y a certains projets de recherche qui touchent la prestation des services et l'accès aux soins. Voilà un bon exemple d'un domaine où le gouvernement fédéral a apporté une contribution importante. Je m'attends à ce que le Primary Health Care Transition Fund donne des résultats semblables.

Le financement de la recherche a été sensiblement augmenté et une bonne partie de ces crédits supplémentaires ont été affectés à des projets qui touchent la santé mentale. Les IRSC ont affecté une trentaine de millions de dollars à des projets de recherche liés à la santé mentale en 2002-2003.

Une autre question intéressante est celle de la télémédecine. Cette technologie est de plus en plus utilisée pour assurer les services de santé, notamment dans les régions rurales et éloignées. Elle est fort prometteuse. Voilà un autre domaine où la contribution du gouvernement fédéral a été considérable.

Le Dr Lesage a parlé d'auto-assistance. À divers moment, le gouvernement fédéral a apporté une contribution aux initiatives d'auto-assistance en assurant de la formation et en créant des ressources qui permettent d'encourager le recours à des techniques et méthodes d'autothérapie chez des personnes qui ont divers problèmes, y compris des problèmes de santé mentale.

Il a été question du problème de désapprobation sociale. Encore une fois, des demandes de financement ont été adressées aux IRSC pour faire de la recherche sur ce problème particulier. Il y a eu un certain leadership dans ce domaine. De façon modeste, notre unité a également essayé d'avancer la cause des soins partagés.

Nous avons également eu des discussions avec les provinces sur bon nombre de ces éléments. Je pense que nous avons effectivement un rôle à jouer, mais il importe aussi de trouver des solutions qui reconnaissent que ce sont les provinces et territoires qui ont la principale responsabilité en matière de prestation de soins de santé.

Le sénateur Keon: Il me semble que si nous arrivions un jour à organiser notre système de soins primaires de la manière qui nous semble optimale au Canada, nous aurions alors une structure en bonne et due forme ou un point d'entrée dans le système qui serait plus clair.

Currently, there really is no system for entry of these patients. They have to find their own entry points. I believe many of them are embarrassed to look and ask. You are the expert on this subject.

Could you speculate on the usefulness of well-organized primary care programs across the country that would have this dimension of access for mental illness?

Mr. Lips: I agree that mental health is and should be an essential part of primary health care and that improving primary health care should include improving access to mental health care. I think some of the models that have been advanced for 24/7 access to primary health care and the efforts to promote multidisciplinary delivery of primary health care are things that will contribute to improved access to mental health care.

I think it is widely acknowledged in the provincial systems that there are big challenges, in terms of creating easy access to mental health care and connecting up the pieces of the system to better serve people with serious mental illness that have multiple needs. It is an ongoing struggle, and I would certainly hope that the federal, provincial and territorial contributions around primary health care would focus in a significant way on mental health care.

Dr. Links: Maybe I can respond to that by giving an example of people we work with and are trying to study.

On a clinical basis, we deal with men who are both suicidal and violent. They are people who are very difficult to deal with and tend to be extruded from our health care system. Many of these men have both mental health problems and substance abuse problems and often have a family doctor that they will self-identify. However, they do not go to the doctor for mental health problems instead they come to an emergency room. They tell us that they tend not to do anything about their mental health problems until they become so acute that the Toronto police pick them up. It becomes a negative experience, because they are bound to the stretcher and medicated, that they are determined after they leave that they will never say anything about their mental health problems again and so the cycle recreates itself.

I tell that story, because there are huge challenges in this issue; however, those challenges go back to some of the things we talked about, like education, stigma and better training. Even in a city

À l'heure actuelle, il n'y a pas vraiment de mécanisme qui assure l'entrée de ces patients dans le système de soins. Ces derniers sont obligés de trouver eux-mêmes le point d'entrée. À mon avis, bon nombre d'entre eux sont trop gênés pour essayer de se renseigner ou pour poser des questions. Mais c'est vous qui êtes l'expert en la matière.

Pourriez-vous me dire dans quelle mesure il serait utile d'avoir dans tout le Canada des programmes de soins primaires bien organisés qui prévoient également un mécanisme d'accès en bonne et due forme pour le traitement des maladies mentales?

M. Lips: Je suis d'accord avec vous pour dire que la santé mentale constitue et doit constituer un élément essentiel de tout système de soins primaires et que le projet d'amélioration des soins primaires doit inclure des mesures visant à faciliter l'accès aux soins relatifs aux maladies mentales. À mon avis, certains des modèles qui sont proposés en vue d'assurer l'accès aux soins primaires 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, de même que les efforts visant à promouvoir la prestation multidisciplinaire des soins primaires contribueront à améliorer l'accès aux soins de santé mentale.

Je pense qu'il est couramment connu que les systèmes de soins provinciaux ont d'importants défis à relever pour ce qui est de faciliter l'accès aux soins de santé mentale et d'assurer une meilleure intégration des différentes composantes du système afin de mieux répondre aux multiples besoins des personnes atteintes de maladie mentale grave. Cette bataille n'est pas encore gagnée, et j'espère évidemment que les mesures prises par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires en vue d'améliorer le système de soins primaires mettront vraiment l'accent sur les soins de santé mentale.

Dr Links: Peut-être pourrais-je vous répondre en vous donnant un exemple des personnes avec lesquelles nous travaillons et que nous essayons d'étudier.

En milieu clinique, nous traitons des hommes qui sont à la fois suicidaires et violents. Ces personnes sont très difficiles à soigner et ont tendance à être totalement exclues de notre système de soins. Bon nombre de ces hommes ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et ont un médecin de famille, qu'ils acceptent de nommer. Mais ils ne s'adressent pas au médecin pour se faire soigner; ils vont plutôt à l'urgence. Ils nous disent qu'ils ont tendance à ne rien faire pour se faire soigner, jusqu'au moment où leurs difficultés deviennent tellement graves que la police de Toronto les trouve dans la rue et les amène à l'hôpital. À ce moment-là, toute l'expérience devient négative, parce qu'ils sont attachés sur la civière où on leur donne des calmants, et en quittant l'hôpital après une telle expérience, ils décident de ne plus jamais rien dire à propos de leurs problèmes de santé mentale, si bien que le cycle recommence à chaque fois.

Si je vous raconte cette histoire, c'est parce que cette question présente d'énormes difficultés, des difficultés qui peuvent être résolues grâce à des initiatives comme celles dont on parlait tout à

like Toronto that is well-resourced there are silos where people do not get proper services.

[*Translation*]

Dr. Lesage: I just want to emphasize what you said about the fact that it is through primary care and basic health and social services that we will succeed in addressing the huge problems faced by people with common mental disorders.

Dr. Links referred to the fact that it is important for individuals with persistent serious mental problems or disorders to have access to specialized services. But for people with common mental disorders, that are very widespread, the World Health Organization and most industrialized countries would say that treatment has to be provided through front-line services, because otherwise, it simply will not happen.

If you figure that for every 100,000 people, using the figures just quoted, some 20,000 experience mental health problems, that is 20 per cent.

For that same population, we currently have an average of 100 family physicians, approximately 70 psychologists, and 10 psychiatrists. If we want to treat these 20,000 people suffering from mental health problems using only the specialized services of 10 psychiatrists, that simply won't work.

If we are talking about a psychiatrist at least taking the time to meet with a patient once every two weeks or once every month over a period of a year to help that patient resolve his particular problem, and if he is to spend half an hour to an hour with that patient each time, well, I do not believe any psychiatrist is able to handle more that 300 or 400 patients per year.

So, how can these 10 psychiatrists help these 20,000 people, in theory? As I see it, it simply cannot be done, unless we increase specialized services. However, there again, that would not be advisable, because as we discussed, appropriate treatment can be provided by family physicians, in the case of medication, or by psychologists, in the case of psychotherapy, or even through cooperation among these service providers for basic services.

I am giving you these figures simply to demonstrate that a real effort must be made to find models that will allow for cooperation on the front line between family physicians, that patients trust, psychologists, and specialized services.

For family physicians, that means having access, at the right time, to the necessary expertise when more complicated cases arise and when physicians have questions and need additional advice, in order that these patients can receive help as close as possible to their living environment from people they trust, like their family doctor.

l'heure — l'éducation, entre autres, pour éliminer la désapprobation sociale rattachée aux maladies mentales, et une meilleure formation. Même dans une ville comme Toronto, qui dispose d'excellentes ressources, il existe encore des cloisons qui font que les gens n'accèdent pas aux services qu'il leur faut.

[*Français*]

Dr Lesage: Je voudrais renforcer votre propos, à savoir que c'est à travers les services de première ligne, les services de base en santé et en services sociaux qu'on va pouvoir s'adresser aux problèmes gigantesques des personnes qui ont des troubles mentaux courants.

Docteur Links a fait appel au fait que, pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves persistants, il y a l'importance d'un accès à des services spécialisés en particulier. Mais pour les gens qui ont des troubles mentaux courants, qui sont très répandus, l'Organisation mondiale de la santé et la plupart des pays industrialisés diront qu'il faut que cela passe à travers les services de première ligne, sinon on n'y arrivera pas.

Figurez-vous 100 000 personnes de la population canadienne. Avec les chiffres cités jusqu'à maintenant, il y en a 20 000 qui ont un trouble mental; c'est 20 p. 100.

Dans cette même population, on dispose actuellement en moyenne de 100 médecins de famille, d'à peu près 70 psychologues et 10 psychiatres. Si vous voulez traiter ces 20 000 personnes souffrant de troubles mentaux seulement avec les services spécialisés des 10 psychiatres, jamais ce ne serait possible.

En effet, si vous voulez avoir un psychiatre qui prenne au moins le temps de vous rencontrer une fois par deux semaines ou par mois, pendant une période d'un an, pour vous aider avec un problème en particulier, et qu'il prenne le temps de parler avec vous pendant une demi-heure à une heure, je ne pense pas qu'il y ait un psychiatre capable de prendre une charge au-delà de 300 ou 400 personnes par année.

Comment ces 10 psychiatres pourraient-ils aider, théoriquement, 20 000 personnes? C'est vraiment impossible, à moins d'augmenter les services spécialisés. Mais encore là, ce ne serait pas souhaitable puisque que, comme on en a parlé, les traitements peuvent être très bien donnés, dans le cas de la médication par des médecins de famille et, dans le cas des psychothérapies, par des psychologues ou par une collaboration de ces gens pour des services de base.

Je vous cite ces chiffres pour vous démontrer qu'il faut vraiment faire des efforts pour essayer de trouver des modèles qui permettront une collaboration au niveau de la première ligne entre des médecins de famille, auxquels les gens font confiance, et des psychologues, et les services spécialisés.

Pour les médecins de famille, c'est la possibilité d'avoir accès, au bon moment, à l'expertise nécessaire quand les cas deviennent plus compliqués, quand ils se posent des questions et quand ils veulent avoir un avis supplémentaire pour aider les personnes le plus près possible de leur milieu de vie, avec les personnes auxquelles elles font confiance comme leur médecin de famille.

[*English*]

Senator Cook: Thank you, Dr. Keon, for pursuing my line of questioning.

I come from the province of Newfoundland, where mental health services are in very short supply. However, we cope. I would like to hear your thoughts on the role of nurse-practitioner in mental health care.

I also want to ask about people with mental illness who live in what I call the "sub-culture": the homeless, people in boarding houses, and others on the fringe of society. The only resources they have are the NGOs and the people who run social programs.

The promotion never gets to the frontline people who are trying to care for those people. They often suffer from poor nutrition and live in inadequate situations in boarding homes, or they are homeless. They are not capable of caring for any of their creature comforts. They are using food banks. What can we do to give those people a bit of meaning to their lives?

Mr. Lips: Not all homeless people have mental illness, but a significant proportion of homeless people do. Being homeless is not good for your mental health. There is a cycle that goes back and forth. Included in this problem are substance abuse issues.

This is a challenge that goes beyond the scope of one department to address. Clearly, an educational intervention will not solve the problems of people living on the street. There may be some role for education, but a multi-dimensional effort is needed from all levels of government to ensure that people meet a basic standard of living, safety and nutrition.

I do not have a simple answer. Housing, for example, is not a jurisdiction of my department, but I recognize housing as a basic need.

People who are homeless and mentally ill have medical needs for treatment, for access to services, for nutrition, for improved shelter and safety, and for fair and just treatment by the various authorities that they deal with. This is a large and complex problem. I hope that our department will be able to contribute within its jurisdiction to resolve that problem.

The federal government does have a homelessness initiative. That is an excellent step in addressing this problem, but I am sure there is more that needs to be done.

[*Traduction*]

Le sénateur Cook: Merci, docteur Keon, d'avoir posé certaines des questions que je voulais poser.

Je suis de la province de Terre-Neuve, où les services de santé mentale sont très difficiles à obtenir. Mais nous arrivons, tant bien que mal, à nous en sortir. J'aimerais que vous nous parliez un peu du rôle de l'infirmière praticienne dans le domaine des soins de santé mentale.

Je voudrais aussi que vous abordiez la question des personnes atteintes de maladie mentale qui font partie de ce que j'appelle la «sous-culture»: les sans-abri, les personnes qui vivent dans les pensions et tous les autres qui vivent en marge de la société. Comme ressources, ces personnes n'ont que les ONG et les gens qui dirigent les programmes sociaux.

Les efforts de promotion n'atteignent jamais les personnes de la première ligne qui essaient de soigner ces gens. Ils souffrent souvent de malnutrition et vivent dans de mauvaises conditions en pension, ou alors ce sont des sans-abri. Ils ne sont pas capables de s'occuper de leurs propres besoins. Ils ont recours aux banques alimentaires. Que peut-on donc faire pour enrichir un peu la vie de ces personnes?

M. Lips: Bien que tous les sans-abri ne soient pas atteints de maladie mentale, une bonne proportion le sont. Le fait d'être sans-abri ne favorise certainement pas la santé mentale. Il y a une sorte de cycle permanent. Il y a aussi le problème des toxicomanies dans ce contexte.

Il s'agit essentiellement d'un problème qui dépasse les moyens d'action d'un seul ministère. Il est clair qu'une intervention éducative ne permettra jamais de régler tous les problèmes des personnes qui vivent dans la rue. L'éducation peut peut-être améliorer les choses, mais il faut des efforts multidimensionnels à tous les paliers de gouvernement pour garantir que ces personnes vivent dans des conditions adéquates au niveau de leur logement, de leur sécurité et de leur nutrition.

Je n'ai pas de solution à vous proposer. Par exemple, l'habitation ne relève pas de la responsabilité de mon ministère, mais je considère qu'il s'agit d'un besoin fondamental.

Les sans-abri et les personnes atteintes de maladie mentale ont des besoins médicaux et autres, qu'il s'agisse de traitement, d'accès aux services, de nutrition, de meilleures habitations, de sécurité, ou de traitement juste par les autorités avec lesquelles ils ont des contacts. Il s'agit donc d'un problème de grande envergure qui est fort complexe. J'espère que notre ministère pourra, dans le cadre de ses responsabilités précises, apporter sa contribution à la recherche d'une solution.

Le gouvernement fédéral n'a pas d'initiative touchant les sans-abri. Ce serait une excellente idée pour aider à résoudre ce problème, et je suis convaincu que d'autres initiatives du même genre s'imposent.

Senator Cook: I intended to say that this is not education for the consumer, it is for the volunteer and front line workers who do not have the expertise that they need to take care of those people who flow through the department.

Mr. Lips: The department has been involved in helping various groups, developing resources for professionals and volunteers, and dealing with different populations. That is an area that would be worth pursuing in terms of giving some of the front line people the tools they need to deal with mental health problems and to support people who have mental health problems.

Senator Cook: In regard to the holistic approach to the area of mental health, would you advocate mental health as an integrated component of community health? Do you envision a multi-disciplinary team with all the different facets that would contribute to the holistic approach?

Mr. Lips: I do not want to advocate for any particular model of service delivery. That is not my area of expertise. However, I will echo the European commissions' comment that there is no health without mental health. Whatever health service delivery is happening must be cognizant of mental health issues and reflect mental health needs.

Dr. Links: From the clinical perspective homelessness is a complex issue and only partly related to mental illness. The assertive community treatment model can target severely mentally ill people who are also homeless. There have had successful outcomes in terms of maintaining them in the community, in housing, and even in certain situations, in work-related outcomes. There are promising models that are intensive and costly, but compared to hospitalization and institutional care they seem to be beneficial.

[*Translation*]

Dr. Lesage: I would just like to add that with this assertive community treatment model, a large portion of the staff is nursing staff. You referred to the role of nurses and nurse practitioners. I think you should invite them to discuss their role. As a physician, it is a little odd for me to be talking about the important role that nurses fulfill within our health care system, and specifically in relation to mental health. They could come and tell you themselves just how they see their role and the contribution they could make to primary health care in Canada. I suggest that you invite them to appear.

Most of the staff caring for individuals with mental health problems in Canada in the hospital setting are nursing staff. They are also increasingly deployed to community health service

Le sénateur Cook: J'avais l'intention de dire au moment de poser ma question qu'il s'agit d'initiatives éducatives destinées non pas au consommateur mais aux bénévoles et aux travailleurs de première ligne qui n'ont pas l'expertise voulue pour répondre aux besoins de ces personnes qui passent par le ministère.

M. Lips: Le ministère a pris diverses mesures pour aider certains groupes — par exemple, nous avons créé à l'intention des professionnels et des bénévoles des ressources qui peuvent être utilisées pour différentes populations. Ce sont des activités qui devraient être élargies afin de donner aux personnes qui sont sur la première ligne les outils qu'il leur faut pour faire face aux problèmes de santé mentale et aider les personnes qui en souffrent.

Le sénateur Cook: S'agissant de l'approche holistique qui convient dans le domaine de la santé mentale, êtes vous favorable à l'idée d'incorporer les soins de santé mentale dans la gamme de services et soins assurés par les centres de soins communautaires? Selon vous, conviendrait-il de créer des équipes multidisciplinaires qui puissent traiter toutes les différentes facettes de la santé de façon à prévoir une véritable démarche holistique?

M. Lips: Je préfère ne pas faire de recommandation sur le genre de modèle de prestation des services qui convient. Ce n'est pas du tout mon domaine d'expertise. Mais tout comme les commissions européennes, je suis convaincu qu'une bonne santé repose sur la santé mentale. Quel que soit le modèle de prestation des services de santé adopté dans tel ou tel contexte, il faut absolument que ce dernier reconnaisse l'importance des questions de santé mentale et permette de répondre aux besoins en matière de soins de santé mentale.

Dr Links: Du point de vue clinique, le problème des sans-abri est complexe et n'est que partiellement lié aux maladies mentales. Le modèle de traitement communautaire dynamique permet de cibler les personnes atteintes de grave maladie mentale qui sont également des sans-abri. Ce modèle a donné des résultats positifs pour ce qui est du maintien de ces personnes dans la collectivité, des logements, et même du travail, dans certains cas. Il existe donc des modèles prometteurs axés sur une activité intensive qui coûte peut-être assez cher, mais comparativement à l'hospitalisation et aux soins en établissement, les résultats qu'ils donnent semblent être bénéfiques.

[*Français*]

Dr Lesage: Permettez-moi d'ajouter que dans ce modèle de suivi intensif en équipe, une bonne partie du personnel est du personnel infirmier. Vous parliez du rôle des infirmières et des infirmières praticiennes. Je pense qu'il faudrait les inviter pour qu'elles puissent parler de leur rôle. En tant que médecin, il est étrange que je doive parler ici du rôle si important que les infirmières jouent dans notre système de santé et de santé mentale. Elles pourraient venir vous dire de quelle façon elles entrevoient leur rôle et tout ce qu'elles pourraient faire dans les soins de santé de première ligne au Canada. Je vous recommande de les inviter.

L'essentiel du personnel qui donne des soins hospitaliers actuellement pour les troubles mentaux au Canada est du personnel infirmier. Ils sont également déployés de plus en plus

centres. Earlier, we talked about the assertive community treatment program which involves providing care and treatment to individuals who are difficult to reach, such as the homeless; there nursing staff play a very prominent role. Nursing staff are active on the frontline. There is a lot to be said for enhancing their role so that we are able to create a model of care for depression and anxiety problems. In Quebec, we have started to establish groups of family physicians, and we are suggesting in Quebec that this model be used to improve general access to primary care and treatment. These groups of family physicians will have access to or be associated with at least one nurse practitioner. In my view, that's completely inadequate; we really need at least one, for every group of five to ten physicians, to deal exclusively with mental health issues. Also, the holistic vision which is a component of nurse training is certainly an asset in the practice of primary care and would be especially helpful in increasing access and awareness and ensuring more appropriate treatment of mental health problems in the primary care setting.

[*English*]

The Chairman: I wish to thank our witnesses for their excellent testimony. Thank you most sincerely on behalf of the committee.

The committee adjourned.

dans les services communautaires. On a parlé tout à l'heure du programme de suivi intensif en équipe qui porte les soins et le traitement à des personnes difficiles à rejoindre, dont des personnes sans-abri; le personnel infirmier y joue un rôle de premier plan. On retrouve le personnel infirmier en première ligne. Il y a beaucoup à dire d'accroître ce rôle pour être capable de créer un modèle de soins pour la dépression et les problèmes d'anxiété. Au Québec on a commencé à créer des groupes de médecins de famille que l'on suggère au Québec comme un des modèles pour améliorer l'accessibilité aux soins et aux traitements de première ligne en général. Ces groupes de médecins de famille seront dotés et associés à au moins une infirmière praticienne. À mon avis, c'est largement insuffisant; il en faudrait au moins une par groupe de cinq à dix médecins qui serait consacrée aux questions de la santé mentale. De plus, la vision plus holistique, qui est enseignée aux infirmières, est certainement un atout dans la pratique de soins de première ligne et aiderait particulièrement pour augmenter l'accessibilité, la sensibilité et un meilleur traitement des troubles mentaux en première ligne.

[*Traduction*]

Le président: J'aimerais remercier nos témoins pour leur excellente contribution. Merci infiniment au nom de tous les membres du comité.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, March 20, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002 and, in particular, to examine issues concerning mental health and mental illness; and to consider a draft budget.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: We are meeting today to examine issues concerning mental health and mental illness. We realized when we were doing our major study that it was the issue that was the most prevalent in people's minds and required immediate attention.

We have a large group of witnesses with us this morning.

Ms. Carolyn Pullen, Consultant, Canadian Institute for Health Information: Honourable senators, if you refer to your packages, I will be speaking to the handouts that are entitled "Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology: Mental Health Information in Canada." We have broken down

OTTAWA, le jeudi 20 mars 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents et, en particulier, pour examiner la santé mentale et la maladie mentale; et aussi pour étudier une ébauche de budget.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil

[*Traduction*]

La vice-présidente: Nous nous réunissons aujourd'hui pour examiner des questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale. Nous nous sommes rendu compte quand nous avons fait notre étude principale que c'était la question qui était la plus préoccupante dans l'esprit des gens et qui exigeait une attention immédiate.

Nous avons un important groupe de témoins avec nous ce matin.

Mme Carolyn Pullen, expert-conseil, Institut canadien d'information sur la santé: Honorables sénateurs, je vous invite à vous reporter aux documents qui vous ont été remis. Je vais m'inspirer pour mon exposé du document intitulé «Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la

our information into two short sections. I will speak first on the availability of national health information for mental health and addiction services in Canada. Dr. Millar will pick that up.

I will move down to slide No. 3, which is entitled: "Mental Health Information Currently Available." The Canadian Institute for Health Information has been the keeper of the national mental health database for the last five years. There are a few points that describe the contents of the database, but the important one is that it is 80-year-old data that was previously held by Statistics Canada. It contains exclusively information about in-patients in general hospitals and psychiatric hospitals in Canada. Compared to other databases, it is quite limited in the number of data elements or the type of information that it contains.

The database is primarily diagnostic and demographic information. It is quite limited. It does not capture any out-patient, group homes, community-based services or consumer group information. As is known in mental health services circles, those are where the bulk of mental health services are delivered. We capture the tip of the iceberg in terms of the services that are used in Canada, because in-patient hospital services are sort of the end point of that type of service.

CIHI also has some emergency information from hospitals, but it is quite limited and only from a couple of provinces.

Statistics Canada has two surveys that do provide some national information. There is the National Population Health Survey, which has been in existence since 1996. It is conducted every two years. It collects some information on topics such as depression, emotional disorders, and alcohol, tobacco and medication use.

There is also the Canadian Community Health Survey, which is more recent. Cycle 1.2 took place in 2002 and was focused on mental health. It collected information on topics such as stress, anxiety, depression, et cetera. My colleague, Ms. Bailie, will give you more detail about those surveys later.

There are also various kinds of information collected in other places in Canada, but the important thing to know is that it is not standardized and is collected in small pockets across the country. It is not the type of information that we can compare on a regional or provincial basis.

The next slide has a "bull's eye" diagram. This was created to guide our expert working groups as we did some indicator development for mental health services in Canada. There is a supplementary document in your package called "Mental Health and Addiction Services Framework." If you do read it, you will

technologie: Information sur la santé mentale au Canada». Nous avons divisé notre exposé en deux brèves parties. Je vais parler d'abord de la disponibilité de l'information à l'échelle nationale sur la santé mentale et les services de toxicomanie au Canada. Le Dr Millar prendra ensuite le relais.

Je passe directement à la diapo n° 3, qui est intitulée: «Information sur la santé mentale actuellement disponible». L'Institut canadien d'information sur la santé est depuis cinq ans le maître d'oeuvre de la base de données nationale sur la santé mentale. On énumère deux ou trois points qui décrivent le contenu de la base de données, mais le plus important est qu'il s'agit de données remontant à 80 ans qui étaient auparavant conservées par Statistique Canada. On y trouve exclusivement des renseignements sur les patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques au Canada. En comparaison d'autres bases de données, celle-ci est très limitée quant au nombre d'éléments de données ou du type d'information qu'elle contient.

La base de données renferme surtout des renseignements diagnostiques et démographiques. C'est très limité. On n'y trouve rien sur les patients soignés en clinique externe, les foyers de groupe, les services communautaires ni aucune information sur les groupes de consommateurs. Comme on le sait bien dans les milieux des services de santé mentale, ce sont pourtant dans ces endroits que sont dispensés la plupart des services de santé mentale. Nous saisissons donc seulement la pointe de l'iceberg en termes de services qui sont utilisés au Canada, parce que les services aux personnes hospitalisées sont en quelque sorte le bout de la route pour ce type de service.

L'Institut reçoit aussi des renseignements sur les salles d'urgence des hôpitaux, mais c'est très limité et seulement dans deux ou trois provinces.

Statistique Canada fait deux enquêtes qui fournissent certains renseignements à l'échelle nationale. Il y a d'abord l'Enquête nationale sur la santé de la population, qui existe depuis 1996. Elle est faite tous les deux ans et recueille de l'information sur des questions comme la dépression, les troubles psychologiques, ainsi que l'alcoolisme, le tabagisme et la consommation de médicaments.

Il y a aussi l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui est plus récente. Le cycle 1.2 a eu lieu en 2002 et mettait l'accent sur la santé mentale. On a recueilli des renseignements sur des questions comme le stress, l'angoisse, la dépression, et cetera. Ma collègue, Mme Bailie, vous donnera plus de détails sur ces enquêtes tout à l'heure.

Il y a aussi d'autres types de renseignements recueillis ailleurs au Canada, mais ce qu'il importe de savoir, c'est que ce n'est pas standardisé, et que les données sont recueillies ici et là, sans uniformité. Ce n'est pas de l'information qui permet d'établir des comparaisons sur une base régionale ou provinciale.

Sur la diapo suivante, on voit un graphique concentrique qui a été créé pour guider nos groupes de travail d'experts quand nous avons élaboré des indicateurs des services de santé mentale au Canada. Vous trouverez dans votre trousse un document supplémentaire intitulé «Services de santé mentale et de

get a description of the different components of the framework. However, it essentially describes the areas where we need to have information about mental health services, including characteristics of populations, the different types of services that are available and the governance and management of mental health services.

The big arrow at the bottom of that slide indicates that currently we only have information for in-patient hospital services. That shows that information is limited.

My final few slides highlight the areas that our expert working groups have identified as those in which we need to improve our health information.

These priority areas were identified by various groups, including consumers, service providers, different levels of government, researchers, et cetera. It is a fairly consultative process.

We need better information on outcomes of services. Are the services effective in achieving the desired short-term and long-term results? We need to know more about continuity of services, because mental health services expand far beyond institutional and even health services. We need to know more about housing, jobs, training, education, et cetera.

We need to know more about the use of services — how, when and where services are used.

What are the best practices of service delivery? What is working and what would be beneficial to adopt more broadly? Appropriateness of resource intensity speaks to the degree to which the level of services provided matches the need or the demand in the population. We need to know more about the characteristics of clients who are using the services, who needs services and whose needs are not being met. We need national benchmarks that will speak to best practices, goals and targets for service delivery across the country. We need to know more about the prevalence and incidence of illness, and to what extent the needs that exist are being met by the services available.

Having said that, I will pass things to Dr. Millar.

Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis, Canadian Institute for Health Information: Honourable senators, I wish to stress one particularly vulnerable area in terms of mental health, which is the Aboriginal population. I wish to point out some research that we are participating in, as part of the Canadian Population Health Initiative, which is showing some evidence that the preservation of culture, self-governance and self-determination can eliminate or prevent youth suicide in certain groups. I have included that information at the end of the presentation for your information.

toxicomanie — Cadre conceptuel». Si vous le lisez, vous y trouverez une description des différentes composantes de ce cadre. Cependant, on y décrit essentiellement les domaines dans lesquels nous avons besoin de renseignements sur les services de santé mentale, notamment les caractéristiques des populations visées, les différents types de services qui sont disponibles et la gouvernance et la gestion des services de santé mentale.

La flèche au bas de ce graphique indique qu'actuellement, nous avons seulement des renseignements sur les services dispensés aux personnes hospitalisées. Cela montre bien que l'information est limitée.

Mes autres diapos font ressortir les domaines que nos groupes de travail experts ont identifiés comme étant ceux où nous devons améliorer l'information dont nous disposons sur la santé.

Ces domaines prioritaires ont été identifiés selon divers groupes, notamment les consommateurs, les dispensateurs de services, les différents niveaux de gouvernement, les chercheurs, et cetera. C'est un processus passablement axé sur la consultation.

Nous avons besoin d'une meilleure information sur les résultats obtenus. Les services sont-ils efficaces pour ce qui est d'atteindre les objectifs souhaités à court et à long terme? Nous devons en savoir plus sur la continuité des services, parce que les services de santé mentale vont bien au-delà des établissements et même des services de santé. Nous devons en savoir plus sur le logement, l'emploi, la formation, l'éducation, et cetera.

Nous devons aussi en savoir plus sur l'utilisation des services: comment, quand et où les services sont-ils utilisés?

Quelles sont les meilleures pratiques pour la prestation de services? Qu'est-ce qui fonctionne bien et qu'est-ce que l'on gagnerait à généraliser? L'adéquation de l'intensité des ressources décrit le degré auquel le niveau de services offert correspond aux besoins ou à la demande au sein de la population. Nous devons en savoir plus sur les caractéristiques des clients qui utilisent les services: qui a besoin de services et qui sont ceux dont les besoins ne sont pas satisfaits. Il nous faut des analyses comparatives nationales pour établir quelles sont les meilleures pratiques, les objectifs et les cibles de prestation de services d'un bout à l'autre du pays. Nous devons en savoir plus sur la prévalence et l'incidence des maladies, et savoir dans quelle mesure les besoins existants sont satisfaits par les services disponibles.

Cela dit, je vais céder la parole au Dr Millar.

Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé: Honorables sénateurs, je veux faire ressortir un secteur particulièrement vulnérable en matière de santé mentale, nommément la population autochtone. J'attire votre attention sur des travaux de recherche auxquels nous participons, dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et qui indiquent que la sauvegarde de la culture, l'autonomie politique et l'autodétermination peuvent éliminer ou prévenir le suicide chez les jeunes dans certains groupes. J'ai joint des renseignements là-dessus à la fin de notre mémoire, à titre d'information.

Continuing from Ms. Pullen's remarks, we see several challenges in getting better information on mental health. First, we need better information systems, particularly electronic health records. This seems to be unfolding somewhat slowly in the country and could be accelerated. There are major challenges, particularly with mental health information, around privacy, confidentiality and consent to the use of data. We have Joan Roch, our privacy officer, here. If you have any questions about that, we can entertain those later.

There are major issues around expanding services in mental health and, as Ms. Pullen has outlined, getting a handle on the care being provided. Increased resources are needed. In this diagram, the significance of this "flat of the curve" is that there is growing evidence in Canada, the U.S. and other countries that despite increased dollars going into health care overall, we are not getting better outcomes. We do not know anything about that in mental health, but we do know about it in some of the clinical areas. The reasons for the flattening of that curve and the gradually worse outcomes as money is spent are outlined in the following three slides. There is a lot of waste in the system; there is underuse of effective services; and there is misuse. There is a significant amount of both adverse use and errors in the system. Those contribute to the flattening of that curve and the waste that is clearly there. This is important background information when thinking about how we address this mental health issue. With a limit to the amount of dollars we have, we must spend smarter rather than more.

Of course, the slide entitled, "Opportunity costs," captures the notion that every dollar that we pump into the health care system that is being used ineffectively is a dollar less available for education, social services and various other public goods that do have a powerful impact on mental and general health.

Investing in health information will be necessary. We will have to invest much more. Other countries are well ahead of us now in how much they are investing in health information. There is emerging evidence that this investment pays off by reducing waste and errors and increasing the effectiveness and value of dollars spent in health care. There will be a need for substantial increased investment in the country, well above what is currently contemplated or available. How will we do this without growing budgets? Obviously, it is not this simple and your committee has already considered this in a broader context, but essentially, by investing up front we can collect and use better information. We cannot manage the system, including the mental health component, and create effective services without better information. As Ms. Pullen has said, what are the outcomes and how are we delivering care? There must be some up-front

Pour donner suite aux observations de Mme Pullen, nous discernons plusieurs défis pour ce qui est d'obtenir une meilleure information sur la santé mentale. Premièrement, il nous faut de meilleurs systèmes d'information, en particulier des dossiers de santé électronique. Cela semble se mettre en place plutôt lentement au Canada et le processus pourrait être accéléré. Il y a des défis de taille, en particulier en ce qui a trait à la santé mentale, sur le plan de la vie privée, de la confidentialité et du consentement pour l'utilisation des données. Nous sommes accompagnés de notre agent chargé de la vie privée, Joan Roch. Si vous avez des questions là-dessus, nous pourrons y répondre tout à l'heure.

Il y a d'importants problèmes relativement à l'extension des services de santé mentale et, comme Mme Pullen l'a dit, il est difficile de savoir quels services exactement sont dispensés. Il faut plus de ressources. Dans ce diagramme, on voit que la courbe est en forme de plateau, ce qui veut dire qu'il apparaît de plus en plus évident au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays qu'en dépit de l'augmentation des sommes consacrées à la santé dans l'ensemble, nous n'obtenons pas de meilleurs résultats. Nous n'avons aucun renseignement là-dessus pour ce qui est de la santé mentale, mais nous le savons dans certains domaines cliniques. Les trois diapos suivantes exposent les raisons de cet aplatissement de la courbe et de l'atténuation graduelle de la qualité des résultats obtenus à mesure que l'on dépense plus d'argent. Il y a beaucoup de gaspillage dans le système; les services efficaces sont sous-utilisés; et puis il y a une mauvaise utilisation. Il y a une incidence considérable d'une utilisation à mauvais escient et d'erreurs commises dans le système. Cela contribue à aplatir cette courbe et au gaspillage qui existe indéniablement. C'est un contexte qu'il est important de poser en toile de fond de notre réflexion sur cette question de la santé mentale. Comme les sommes que nous pouvons dépenser sont limitées, nous devons dépenser plus intelligemment au lieu de dépenser plus d'argent.

Bien sûr, la diapo intitulée «Coûts d'opportunité» illustre la notion selon laquelle chaque dollar que nous consacrons au système de soins de santé et qui est utilisé d'une manière inefficiente est un dollar de moins à consacrer à l'éducation, aux services sociaux et à divers autres biens publics qui ont une puissante incidence sur la santé mentale et la santé de façon générale.

Il sera nécessaire d'investir dans l'information sur la santé. Nous devrons investir beaucoup plus. D'autres pays sont très en avance sur nous quant au montant qu'ils investissent dans l'information sur la santé. Il apparaît de plus en plus que cet investissement est rentable parce qu'il permet de réduire le gaspillage et les erreurs et de renforcer l'efficacité et d'optimaliser les dépenses consacrées à la santé. Il faudra donc augmenter considérablement l'investissement au Canada, bien au-delà de ce qui est actuellement disponible ou même envisagé. Comment pourrons-nous le faire alors que les budgets n'augmentent pas? Évidemment, ce n'est pas si simple et votre comité y a déjà réfléchi dans un contexte plus général, mais essentiellement, en investissant de prime abord, nous pouvons recueillir et utiliser une meilleure information. Nous ne pouvons pas gérer le système, y compris la composante de santé mentale, et

investment and information that then can be used to better manage chronic diseases generally, including mental health issues. That can then translate into better-coordinated primary health care, public health and mental health services, which I believe need to be integrated and served in that way.

Thank you for the opportunity to appear before you this morning. Some of the references that support this presentation are included at the end.

Ms. Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division, Statistics Canada: Honourable senators, until relatively recently, the population health surveys conducted at Statistics Canada contained very little content specific to mental health, and almost nothing on mental illness. In general, stress, depression and anxiety have been assessed since the first National Population Health Survey, which took place in 1994, and more recently, in the first cycle of the Canadian Community Health Survey in 2000.

This has been a cursory look. We have been collecting comprehensive data on chronic conditions and determinants of physical health for many years. In some ways, perhaps this is testimony to the lack of priority that has been given to mental health until now. Today, my presentation is broken down into two components. I will share some of the information that we have collected, some of the results of our surveys. In the second part, we will give you an idea of this new mental health survey for which we have just completed collection, to give you an idea of what is to come. In some respects, I wish I could be here in about four months' time, when I would have more to tell you. Right now, I just have a little information.

The Deputy Chairman: We can arrange to bring you back in four months' time.

Ms. Bailie: That would be great.

Before I begin, I just wish to set the stage for what a population health survey is or is not. Health is more than the absence or presence of disease. A population health survey can bring in many of the other dimensions around illness. We can look at the determinants, such as physical activity, nutrition, diet and different kinds of behaviour. We can also look at the population as a whole. Certainly, there is existing information and administrative data from clinical sources, but what the population health survey can give us is a picture of the whole population, both those who have gone through a health care system and had some treatment and those who have not.

créer des services efficaces sans posséder une meilleure information. Comme Mme Pullen l'a dit, quels sont les résultats et comment dispensons-nous les soins? Il faut investir au départ pour obtenir de l'information qui pourra alors être utilisée pour mieux gérer les maladies chroniques, de manière générale, y compris les dossiers de santé mentale. Cela se traduira ensuite par une meilleure coordination des soins primaires, de la santé publique et des services de santé mentale, qui doivent à mon avis être intégrés.

Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de témoigner devant vous ce matin. Vous trouverez à la fin du document des références à l'appui de notre exposé.

Mme Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada: Honorables sénateurs, jusqu'à très récemment, les enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada ne renfermaient que très peu de détails sur la santé mentale, et pratiquement rien sur la maladie mentale. En général, le stress, la dépression et l'anxiété ont été évalués à l'occasion de la première Enquête nationale sur la santé de la population, qui a eu lieu en 1994 et, plus récemment, au cours du premier cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2000.

Cela a été un examen superficiel. Nous recueillons des données exhaustives sur les conditions chroniques et les déterminants de la santé physique depuis de nombreuses années. À certains égards, cela témoigne sans doute de la faible priorité accordée à la santé mentale jusqu'à maintenant. Aujourd'hui, mon exposé est réparti en deux volets. Dans un premier temps, je partagerai avec vous certains renseignements que nous avons recueillis, certaines des conclusions de nos enquêtes. Dans un deuxième temps, j'esquisserai les grandes lignes de la nouvelle enquête sur la santé mentale que nous venons tout juste de terminer pour vous donner une idée de ce qui s'en vient. En un sens, j'aimerais bien comparaître dans quatre mois alors que j'aurais davantage d'informations à vous communiquer. À l'heure actuelle, je n'en ai que très peu.

La vice-présidente: Nous pouvons prendre des arrangements pour vous entendre de nouveau dans quatre mois.

Mme Bailie: Ce serait formidable.

Avant de commencer, permettez-moi de poser ce qu'est et ce que n'est pas une enquête sur la santé de la population. La santé est plus que l'absence ou la présence de maladie. Une enquête sur la santé de la population peut faire ressortir un grand nombre des autres dimensions entourant la maladie. Nous pouvons examiner les déterminants, comme l'activité physique, la nutrition, le régime alimentaire ainsi que de multiples comportements. Nous pouvons aussi examiner la population dans son ensemble. Chose certaine, nous pouvons obtenir de l'information et des données administratives auprès de sources cliniques, mais une enquête sur la santé de la population nous fournira un instantané de l'état de santé global de la population, y compris ceux qui ont fait appel au système de soins de santé pour obtenir un traitement et ceux qui n'y ont pas fait appel.

My first slide shows some data about depression. This provides some historical information on the evidence of depression since 1994-95. Depression is an illness that involves the body, mood and thoughts. It affects the way a person eats and sleeps, and the way one feels and thinks about one's self. People with depressive illness cannot merely pull themselves together and get better. Without treatment, the symptoms can last a long time. Treatment can help most people.

The data from the three cycles of the National Population Health Survey and the most recent data from the Canadian Community Health Survey indicate a number of things. This graph illustrates the differences in the rates between females and males, with females suffering almost twice the prevalence of males.

The information also shows us the trend over time. One particular note of interest is the increase in 2000-01.

The rate for males has gone from three per cent in 1998 to five per cent, and for females from six per cent to nine per cent.

I must admit the Canadian Community Health Survey was new. In 1998 and before, there was the National Population Health Survey. We have reviewed the methodology of these two surveys and we feel quite confident that that is an increase and not due to different statistical platforms.

We have been following a panel of individuals through the national population longitudinal survey, and we have been able to identify environmental factors contributing to depressive episodes. Daily smoking, lack of social support, diagnosis of chronic illness and being a woman increase the odds of having a depressive episode. The analysis also found that marital status, educational attainment and income inadequacy were not predictors of depression.

Page 4 is a graph showing the most recent data from the 2000-01 Canadian Community Health Survey. It does show in greater detail the differences between men and women, and also in age groups. Historically, we have seen a shift. In 1994-95, it seemed the greater prevalence was in the 15- to 19-year-old age group. You can see now that it seems to be more prevalent in the 20- to 44-year-olds.

I will change topics now. That is all I have on depression.

Moving to the subject of suicides in Canada on page 5, according to vital statistics, 3,700 Canadians took their own lives in 1998. That was an average of 10 per day. Between 1993 and 1998, suicide claimed more lives than motor vehicle accidents. Again, according to 1998 information, suicide was the leading cause of death for men aged 25 to 29 and from age 40 to 44. It was the leading cause of death for women age 30 to 34. Based on 1998

Ma première diapositive montre certaines données au sujet de la dépression. Elle fait état de certains renseignements historiques sur la présence de cas de dépression depuis 1994-1995. La dépression est une maladie qui met en cause le corps, l'humeur et la pensée. Elle influence la façon dont une personne mange et dort, ainsi que sa perception d'elle-même. Les gens qui sont dans un état dépressif ne peuvent pas tout simplement se prendre en main et guérir. Sans traitement, les symptômes peuvent durer longtemps. Le traitement est bénéfique dans la plupart des cas.

Les données issues des trois cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population et les données plus récentes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes font ressortir un certain nombre de choses. Ce graphique illustre les différences entre les taux concernant les femmes et les hommes, le taux de prévalence étant presque deux fois plus élevé chez les femmes.

L'information nous permet aussi de discerner une tendance au fil des ans. À noter, particulièrement, la hausse en 2000-2001.

Le taux de prévalence chez les hommes est passé de 3 p. 100 en 1998 à 5 p. 100 et chez les femmes, de 6 à 9 p. 100.

Je concède que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes était nouvelle. En 1998 et avant, il y avait l'Enquête nationale sur la santé de la population. Nous avons passé en revue la méthodologie de ces deux enquêtes et nous sommes convaincus d'être en présence d'une authentique augmentation et non d'une différence attribuable à des plates-formes statistiques différentes.

Nous avons suivi un groupe d'individus tout au long de l'enquête nationale longitudinale sur la population, ce qui nous a permis d'identifier certains facteurs environnementaux causant des épisodes dépressifs. Fumer tous les jours, ne pas avoir de soutien social, souffrir de maladie chronique et être une femme sont autant de facteurs qui multiplient les chances de sombrer dans un état dépressif. D'après notre analyse, l'état civil, la scolarité et l'insuffisance du revenu ne sont pas des prédicteurs de dépression.

À la page 4, vous pouvez voir un graphique renfermant les données les plus récentes tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001. On peut y voir plus en détails les différences entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre les groupes d'âge. Au plan historique, nous constatons un changement. En 1994-1995, on semblait noter une plus grande prévalence dans le groupe des 15 à 19 ans. Comme vous pouvez le constater maintenant, il semble que le taux de prévalence soit plus élevé dans le groupe des 20 à 44 ans.

Je vais maintenant changer de sujet. C'est tout ce que j'ai sur la dépression.

Passons maintenant au phénomène du suicide au Canada, page 5. Selon les données de l'état civil de 1998, 3 700 Canadiens se sont enlevé la vie en 1998, soit une moyenne de dix par jour. Entre 1993 et 1998, le suicide a été plus meurtrier que les accidents d'automobile. Toujours selon les données de 1998, le suicide a été la principale cause de décès chez les hommes de 25 à 29 ans et de 40 à 44 ans. C'était la principale cause de décès chez les femmes

vital statistics, the crude suicide rate for men was 22.6 per 100,000, which is much higher than the rate for women, at 5.8.

The Deputy Chairman: As a point of clarification, even though the graph showed that women tended to have higher levels of depression, they have lower levels of suicide?

Ms. Bailie: That is correct.

The next slide on page 6 takes a different look at suicide. This is age-specific hospitalization rates by sex for suicide attempts. This graph shows that the female hospitalization rate for attempts, at 103.9 per 100,000, is much higher than the 69.2 per 100,000 for men. Females are at greater risk for attempts; males are more likely to succeed. The data we have collected on the methods of suicide would also support those statistics.

According to 1998 data, 1 in 10 persons hospitalized for attempts had been hospitalized for previous attempts, thus the burden on the health care system.

Again looking at age groups, we can see that the group 15 to 19 has the highest hospitalization rates for women, and for men it seems to be age 20 to 44.

Senator Morin: Older men do commit suicide. We do not see this in your information, unless there is a slide missing. We have suicide attempts, but we do not have age-specific data for suicide.

Ms. Bailie: I did not include that in the package.

Senator Morin: Perhaps you could. It is a surprising notion. They are less depressed, but there is a very high prevalence of suicide in elderly men. Am I right in saying that?

Ms. Bailie: It is certainly not as high as the middle-age groups, but it does exist. I can provide you with the suicide rates for all age groups.

Senator Morin: If you could do that, please.

Ms. Bailie: We will provide that.

The next thing I wish to speak about is some of the results from the Canadian health survey. For the first time, we asked specific questions about use of and access to health care for those who consulted health care providers about emotional or mental health. We have been asking about access concerning physical health for a while. This was the first time we attempted to ask about emotional and mental health needs.

We see that 8 per cent of all respondents age 12 and over reported consulting a health care provider about their emotional or mental health. This graph illustrates the type of health care professional whom respondents consulted. I must caution that

âgées de 30 à 34 ans. D'après les statistiques de l'état civil de 1998, le taux brut de suicides des hommes s'établissait à 22,6 par 100 000, dépassant de loin le taux des femmes à 5,8.

La vice-présidente: J'aimerais obtenir une précision. Même si le graphique montre que les femmes affichent généralement des taux de dépression plus élevés, leur taux de suicide est moins élevé?

Mme Bailie: C'est exact.

La prochaine diapositive, à la page 6, présente une perspective différente du suicide. On y montre les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon l'âge, par sexe. On constate que le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide est beaucoup plus élevé chez les femmes avec 103,9 par 100 000, que chez les hommes, avec 69,2 par 100 000. Les femmes courent davantage le risque de faire des tentatives de suicide, mais les hommes sont plus susceptibles de réussir. D'ailleurs, les données que nous avons recueillies sur les méthodes de suicide confirment aussi ces statistiques.

D'après les données de 1998, une personne sur dix hospitalisée pour une tentative de suicide avait déjà été hospitalisée pour des tentatives antérieures, causant ainsi un fardeau pour le système des soins de santé.

Si l'on considère les groupes d'âge, on peut voir que le groupe des 15 à 19 ans affiche le plus haut taux d'hospitalisation pour les femmes alors que pour les hommes, ça semble être le groupe des 20 à 44 ans.

Le sénateur Morin: Des hommes âgés se suicident. Nous ne voyons pas cela dans votre présentation, à moins qu'il manque une diapositive. Les tentatives de suicide y figurent, mais non des données spécifiques selon l'âge.

Mme Bailie: Je n'ai pas inclus cela dans ma trousse.

Le sénateur Morin: Vous devriez peut-être. C'est une réalité étonnante. Les hommes âgés sont peut-être moins déprimés, mais on retrouve dans ce groupe une prévalence très élevée de suicides. Est-ce juste?

Mme Bailie: Ce n'est certainement pas aussi élevé que dans les groupes d'âge moyen, mais cela existe. Je peux vous fournir les taux de suicides pour tous les groupes d'âge.

Le sénateur Morin: Cela serait apprécié.

Mme Bailie: Nous allons vous les fournir.

Je voudrais maintenant vous parler des résultats de l'enquête sur la santé de la population canadienne. Pour la première fois, nous avons posé des questions précises sur l'utilisation des soins de santé et l'accès aux soins de santé pour ceux qui ont consulté des dispensateurs de soins à propos de troubles de santé émotionnelle ou mentale. Nous posions déjà depuis un certain temps des questions sur la santé physique, mais c'était la première fois que nous tentions de poser des questions sur les besoins des gens en matière de santé émotionnelle et physique.

On voit que 8 p. 100 de tous les répondants de 12 ans et plus ont dit avoir consulté un dispensateur de soins à propos de leur santé émotionnelle ou mentale. Ce graphique illustre le type de professionnel de la santé que les répondants ont consulté. Je

respondents could have indicated they consulted more than one. It could have been a family doctor as well as a psychologist. Obviously, the health care provider most often consulted was the family doctor, with psychiatrists, psychologists and social workers being consulted much less often.

The Ontario Ministry of Health did a mental health survey in 1990-91 that uncovered many issues. One of the things they found was that most individuals would seek treatment first from a family doctor, often under the auspices of a physical condition. One of the outcomes of this study was to provide training to family doctors on diagnosing mental illness and treating and referring individuals.

The graph on page 8, with information from the Canadian Community Health Survey, shows respondents who were asked about care they felt they needed but did not receive, and 12 per cent reported not being able to obtain such care. The reasons for this run from too long a wait time, not being convenient, no transportation, to decided not to go. There are a number of reasons for this. This graph shows specifically that of the 12 per cent who reported not being able to get care, 72 per cent reported they were looking for care for a physical health problem — obviously the most in need — and then 9 per cent were wanting care for emotional or mental health problems. It is interesting to note that this percentage is very similar to those who were looking for care from a regular check-up point of view and from an injury point of view.

What is missing in this access-to-care data is a true indication of the denominator. What is the demand side of this equation? That segues into the next part of my presentation, where I want to bring you up to date on the information we have been collecting specifically on mental health and mental illness.

In 1999, there was an initiative called the health information road map, intended to enhance health information in Canada. It really was the first breakthrough in terms of recognition of the data gaps. It also provided financing to address some of these gaps. This initiative is a joint venture between Health Canada, Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. As a result, we have been able to launch this first ever, nationwide mental health survey.

There are no national-level estimates to indicate the prevalence of selected mental illness in Canada. We have clinical data that tells us a significant amount about who is in the health care system, but how many are undiagnosed and have not been able to obtain care?

Launching this survey was a challenge for me and for Statistics Canada. It also testified to the lack of understanding, of comfort level around talking about mental illness and the stigma

signale que les répondants peuvent avoir indiqué qu'ils en ont consulté plus d'un. Il peut s'agir d'un médecin de famille aussi bien que d'un psychologue. Évidemment, le dispensateur de soins de santé le plus souvent consulté était le médecin de famille, les psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux étant consultés beaucoup moins souvent.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a fait en 1990-1991 une enquête sur la santé mentale qui a permis de découvrir bien des choses. On a notamment constaté que la plupart des gens consultent d'abord et avant tout un médecin de famille, souvent à propos d'un trouble physique. L'un des résultats de cette étude a été de donner une formation aux médecins de famille pour les aider à diagnostiquer la santé mentale et à traiter et référer leurs patients.

Le graphique de la page 8, établi à partir de renseignements obtenus dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, illustre les répondants qu'on a interrogés au sujet de soins dont ils estimaient avoir besoin mais qu'ils n'ont pas reçus, et 12 p. 100 d'entre eux ont indiqué n'avoir pu obtenir de tels soins. Les raisons sont nombreuses: délai d'attente trop long, pas commode, pas de moyen de transport, ont décidé de ne pas y aller. De nombreuses raisons expliquent cet état de fait. Ce graphique-ci montre plus précisément que des 12 p. 100 qui ont signalé n'avoir pu se faire soigner, 72 p. 100 ont dit qu'ils cherchaient à se faire soigner pour un problème de santé physique — ce sont évidement ceux qui ont les plus grands besoins — et ensuite 9 p. 100 voulaient se faire soigner pour des problèmes de santé émotionnelle ou mentale. Il est intéressant de signaler que ce pourcentage se rapproche beaucoup de ceux qui cherchaient à consulter pour un bilan de santé ordinaire ou pour faire soigner une blessure.

Ce qui manque dans ces données sur l'accès aux soins de santé, c'est une véritable indication du dénominateur. Quel est l'élément demande dans cette équation? Ce qui m'amène à aborder la partie suivante de mon exposé, dans laquelle je veux faire le point à votre intention sur l'information que nous avons recueillie spécifiquement sur la santé mentale et les maladies mentales.

En 1999 a été lancée une initiative appelée carnet de route de l'information sur la santé, qui visait à enrichir l'information sur la santé au Canada. C'était vraiment la première fois que l'on faisait l'inventaire des lacunes dans nos données. On avait également débloqué des fonds pour remédier à certaines de ces lacunes. Cette initiative est une coentreprise de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada. C'est ce qui nous a permis de lancer cette toute première enquête sur la santé mentale à la grandeur du pays.

Il n'y a pas d'estimation au niveau national indiquant la prévalence de certaines maladies mentales au Canada. Nous avons des données cliniques qui nous en disent beaucoup sur les gens qui se trouvent dans le réseau de santé mentale, mais combien d'autres n'ont pas été diagnostiqués et n'ont pas été en mesure d'obtenir des soins?

Le lancement de cette enquête a été tout un défi pour moi et pour Statistique Canada. Cela a également montré à quel point les gens comprennent mal les maladies mentales et se sentent mal à

associated with it. We had major concerns about public reaction. We were concerned about negative repercussions from asking respondents very sensitive, intrusive questions. We had increased concerns around privacy and confidentiality. We were already addressing privacy and confidentiality in a very significant manner around most health issues.

The development leading up to the launch of the collection was extensive and we learned a great deal. We focus-tested the survey with the general population as well as with those with a known diagnosis. A common message emerged from the testing that it was about time. People had their own stories about how mental illness had affected them personally, their family or their friends, and they were willing to share them. Those who had been diagnosed thought that the survey was a positive sign — finally something was being done.

We were successful in collecting the data. The survey's response rate is 78.4 per cent for a 60-minute interview, which is burdensome. We had excellent cooperation. Our regular response rate is 80 per cent for a normal 45-minute survey, so it is right up there.

The objectives of this survey were to determine the prevalence rates of selected mental disorders in Canada and to juxtapose the access to and utilization of mental health services with perceived needs. We have collected a great deal of information on the kinds of care services that people utilized and the kinds of care for which they were looking.

We were also able to assess the disability associated with mental health problems by looking at the individuals and the social implications. Again, we put this together with the socio-economic and demographic information that comes from a population health survey.

I will move to the survey details on page 11. The computer-assisted personal interview was done face-to-face in the individual's home. The collection was completed in December 2002. A sample of 38,500 individuals aged 15 and older will give us national and provincial estimates.

The set of questions that were asked were based on a World Health Organization non-clinical approach called the "Composite International Diagnostic Interview." It has been developed and utilized around the world. Currently, more than 27 countries are conducting similar surveys. Thus, we will also have the benefit of international comparability. This approach includes questions about symptoms, duration and severity. With such data, we are able to derive the probability of having a diagnosis.

One part of the survey is not indicated on your overhead. We surveyed the general public, Armed Forces personnel and reservists. When we launched this survey the Department of National Defence came to us to ask if we could include that element of the population.

l'aise d'en parler, et que les personnes atteintes sont stigmatisées. Nous avions de vives préoccupations quant à la réaction du public. Nous craignions des répercussions négatives si nous posions aux répondants des questions très délicates et personnelles. Nous avions aussi des craintes relativement à la protection de la vie privée et à la confidentialité. Nous avions déjà de lourds dossiers en matière de vie privée et de confidentialité pour la plupart des questions relatives à la santé.

Le lancement de l'enquête a été précédé d'un travail très poussé qui nous a permis d'apprendre beaucoup. Nous avons testé le questionnaire auprès de groupes témoins représentant l'ensemble de la population et aussi ceux qui ont une maladie mentale diagnostiquée. Un message commun est ressorti de tous les tests: il était grand temps. Chacun avait ses propres anecdotes sur la façon dont la maladie mentale les avait touchés personnellement, leur famille ou leurs amis, et ils étaient prêts à les partager. Ceux qui avaient été diagnostiqués trouvaient que l'enquête était un élément positif: enfin, on faisait quelque chose.

Nous avons eu du succès dans la collecte des données. Le taux de réponse à l'enquête est de 78,4 p. 100 pour une entrevue de 60 minutes, ce qui est très long. Nous avons donc obtenu une excellente collaboration. Notre taux de réponse habituel est de 80 p. 100 pour une enquête normale de 45 minutes, et c'est donc tout à fait comparable.

Les objectifs de cette enquête étaient de déterminer les taux de prévalence de certains troubles mentaux choisis au Canada et de juxtaposer l'accès aux services de santé mentale et leur utilisation, d'une part, et les besoins perçus, d'autre part. Nous avons recueilli beaucoup d'informations sur le type de services et de soins que les gens ont utilisés et le type de soins qu'ils cherchaient à obtenir.

Nous avons aussi été en mesure d'évaluer l'invalidité associée aux problèmes de santé mentale en examinant des cas particuliers et les répercussions sociales. Là encore, nous avons comparé cela à l'information socio-économique et démographique tirée de l'enquête sur la santé de la population.

Je passe maintenant aux détails de l'enquête, à la page 11. L'entrevue personnelle assistée par ordinateur a été faite en personne, à la résidence du répondant. La cueillette de données a été terminée en décembre 2002. Un échantillon de 38 500 personnes âgées de 15 ans et plus nous donnera des estimations nationales et provinciales.

Les questions posées étaient fondées sur une approche non clinique de l'Organisation mondiale de la santé appelée «Entrevue de diagnostic composite internationale». Elle a été élaborée et utilisée dans le monde entier. À l'heure actuelle, plus de 27 pays effectuent des enquêtes semblables. Ainsi, nous aurons l'avantage de la comparabilité internationale. Cette approche comprend des questions sur les symptômes, la durée et la gravité. Avec de telles données, nous sommes capables de calculer la probabilité qu'un diagnostic soit posé.

Une partie de notre enquête n'est pas indiquée sur cette diapo. Nous avons en effet sondé le grand public, les effectifs des forces armées et les réservistes. Quand nous avons lancé cette enquête, le ministère de la Défense nationale est venu nous demander si nous pourrions inclure ce groupe de la population.

On page 12 you will see the kinds of mental disorders that we will cover in detail. We will look at first-time experience, most recent episode in the past 12 months, lifetime experience, the interference with life and activity and professional services and treatment. All those components will be looked at for depression; mania, which is associated with abnormal or persistent elevated mood or irritability; panic disorder — unexpected panic attacks and intense apprehension; social phobia — the fear of being in society and performance situations; and agoraphobia — the abnormal fear of the environment. For the Department of National Defence sample, we will also include post-traumatic stress disorder, dysthymia and generalized anxiety disorder.

The criteria for the included disorders were as follows: We needed a prevalence of at least one per cent; it needed to be measurable; it had to be common to Canada; and it had to be amendable to intervention.

On page 13, you will note that we also added what we called "problems," not necessarily mental illnesses per se. Those included eating and behaviour troubles, alcohol use and dependence and problem gambling. The idea was to look for the signs of approaching disorder with some opportunity for treatment and prevention.

Page 14 gives you a list of the other general information that is part of the survey and that can be correlated with the specific mental illness and problem information.

Page 15 indicates the sample design. Again, the idea is that both provincial and national estimates will be available.

Page 16 talks about the survey limitations. It excludes Aboriginal peoples on reserve, the homeless and the institutionalized population. That is unfortunate because these are probably the most vulnerable populations. It only includes those aged 15 or older, and it does not begin to cover all mental illnesses. However, we have a self-reported question that asks if one has ever been diagnosed with schizophrenia or Alzheimer's, for example.

We hope to have first results in July 2003.

Mr. Thomas Stephens, Consultant, As an Individual: I would like to make a few brief remarks about prevalence and costs and then speak to the notes that I provided, which is a three-page handout, distinguishable by its landscape layout.

I will speak to prevalence and, in particular, some of the factors associated with mental health problems and with good mental health. I will also speak to cost, based on some analyses that I have done that rely heavily on data from Statistics Canada, in the first instance from the National Population Health Survey to which Ms. Bailie referred. In this case it was the 1994-95 version,

À la page 12, vous voyez les troubles mentaux que nous allons étudier de façon détaillée. Nous examinerons la première expérience, l'épisode le plus récent des 12 derniers mois, l'expérience à vie, l'interférence avec la vie et les activités, et enfin les services professionnels et le traitement. Toutes ces composantes seront examinées pour la dépression; les manies, qui sont associées à une irritabilité anormalement élevée ou persistante; les troubles paniques, qui se manifestent par des crises inattendues de panique et une appréhension intense; la phobie sociale, c'est-à-dire la peur anormale de l'environnement. Pour l'échantillon du ministère de la Défense nationale, nous engloberons également le syndrome de stress post-traumatique, la dysthymie et le trouble d'anxiété généralisée.

Les critères pour inclure ces troubles dans notre enquête étaient les suivants: il nous fallait une prévalence d'au moins 1 p. 100; le trouble devait être mesurable; il devait être répandu au Canada; et il fallait qu'il puisse être atténué par une intervention.

À la page 13, vous remarquerez que nous avons également ajouté ce que nous avons appelé des «problèmes», pas nécessairement des maladies mentales comme telles. Cela comprend les troubles alimentaires et de comportement, l'alcoolisme et les toxicomanies et les problèmes de jeu. L'idée était de chercher les signes avant-coureurs d'un trouble, avec possibilité d'intervenir pour dispenser le traitement et faire de la prévention.

À la page 14, vous avez une liste des autres renseignements généraux qui font partie de l'enquête et qui peuvent être mis en corrélation avec des renseignements précis sur une maladie mentale.

À la page 15, on donne le plan d'échantillonnage. Là encore, l'idée est que des estimations provinciales et nationales pourront être établies.

La page 16 décrit les limites de l'enquête. Elle exclut les Autochtones vivant dans les réserves, les sans-abri et les personnes institutionnalisées. C'est regrettable, parce que ce sont probablement les populations les plus vulnérables. L'enquête vise seulement la population âgée de 15 ans et plus, et elle est loin de couvrir toutes les maladies mentales. Cependant, nous avons une question d'autoévaluation; on demande si la personne a déjà été diagnostiquée comme souffrant de schizophrénie ou de la maladie d'Alzheimer, par exemple.

Nous espérons avoir les premiers résultats en juillet 2003.

M. Thomas Stephens, expert-conseil, à titre personnel: Je voudrais faire quelques brèves observations sur la prévalence et les coûts, après quoi je prononcerai mon exposé dont je vous ai remis le texte; c'est un document de trois pages qui se distingue par sa mise en page paysagée.

Je vais vous parler de la prévalence et, en particulier, de certains facteurs associés aux problèmes de santé mentale et à une bonne santé mentale. Je vais également vous parler du coût, en me fondant sur certaines analyses que j'ai faites et qui reposent grandement sur des données de Statistique Canada, dans le premier cas de l'Enquête nationale sur la santé de la population à

which had a number of questions on not only mental health problems, but also on collected data from a number of indicators of positive mental health. In that sense, it is fairly unique.

You may immediately think that the data is very old because the survey was done nine years ago. Indeed, some of the prevalence levels, such as for depression, measured in that survey may well have changed since that time, as Ms. Bailie showed. However, I think that the associations between mental health status and various determinants are probably more enduring and stable.

I want to say a few words about those. They are shown on the first page of the text, which is an attempt to summarize the rather dense table on the second page. The table is a summary of a great deal of sophisticated statistical analysis that took account of a number of factors simultaneously to try to understand what is associated with good mental health and what is associated with poor mental health. This is important because it does come from a fairly large and representative sample of Canadians across the country living in households.

We consistently see in the analysis that education and social support are positively related to mental health. The more education and the more social support one has, the better it is for mental health. Those are positively related to positive measures such as self-esteem and sense of well-being and are negatively related to negative measures of mental health such as experiencing stress and depression. We can think of education and social support as protective factors, if you like.

I am, of course, focusing here on these so-called determinants because they are extraordinarily useful, not only for identifying populations at risk, but also for identifying strategies that may be effective in mental health promotion and prevention of problems.

I want to stress that this analysis benefited from the Statistics Canada survey because it had four measures of mental health that were positive and four measures of mental health problems. Most of the literature one reads is based on one or two measures only. Those are useful and important, but thanks to this data, we have a broader view and more robust understanding of the associations.

The protective factor of age came across consistently in these analyses. There are a number of different indicators of mental health. There is clear evidence that at least as of the mid-1990s in this country, older people tended to have better mental health. Problems such as depression and stress tended to be concentrated in young people.

Senator Morin: I have been saying this all along.

Mr. Stephens: You are right. This is in striking contrast to the situation 20 years ago.

laquelle Mme Bailie a fait allusion. En l'occurrence, c'était la version de 1994-1995, dans laquelle on posait un certain nombre de questions non seulement sur les problèmes de santé mentale, mais aussi sur un certain nombre d'indicateurs d'une bonne santé mentale. En ce sens, c'est une source assez unique.

Vous penserez peut-être immédiatement que les données sont très anciennes, puisque l'enquête a été faite il y a neuf ans. En fait, certains taux de prévalence, par exemple pour la dépression, mesurés dans cette enquête, peuvent très bien avoir changé depuis cette date, comme Mme Bailie l'a montré. Cependant, je pense que les associations entre la santé mentale et divers déterminants sont probablement plus stables et durables.

Je voudrais vous dire quelques mots sur ces déterminants. Ils sont énumérés à la première page du texte, qui est une tentative de résumer le tableau plutôt dense de la deuxième page. Ce tableau est un sommaire d'une analyse statistique très poussée qui a pris en compte un certain nombre de facteurs simultanément pour tenter de comprendre ce qui est associé à une bonne santé mentale et ce qui est associé à une mauvaise santé mentale. C'est important parce que c'est établi à partir d'un échantillon assez nombreux et représentatif de Canadiens vivant dans des ménages disséminés aux quatre coins du pays.

Nous voyons constamment dans l'analyse que l'éducation et le soutien social ont une corrélation positive avec la santé mentale. Plus une personne est instruite et plus elle peut compter sur un bon soutien social, plus elle a de chances d'être en bonne santé mentale. Ces facteurs sont en corrélation positive avec des mesures positives comme l'estime de soi et le sentiment de bien-être, mais en corrélation négative avec des mesures négatives de santé mentale comme le stress et la dépression. On peut dire que l'éducation et le soutien social sont des facteurs protecteurs, en quelque sorte.

Je mets bien sûr l'accent sur ces soi-disant déterminants parce qu'ils sont extraordinairement utiles, non seulement pour identifier les populations à risque, mais aussi pour identifier des stratégies qui peuvent être efficaces pour la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes.

J'insiste sur le fait que cette analyse a bénéficié de l'enquête de Statistique Canada parce que celle-ci comportait quatre mesures positives de santé mentale et quatre mesures de problèmes de santé mentale. La plus grande partie de la littérature publiée repose sur une ou deux mesures seulement. Ces publications sont utiles et importantes, mais grâce à ces données-ci, nous avons un point de vue plus vaste et une compréhension plus solide des associations.

Le facteur protecteur de l'âge est ressorti uniformément dans ces analyses. Il y a un certain nombre d'indicateurs différents de la santé mentale. Il apparaît clairement que, tout au moins au milieu des années 90 dans notre pays, les personnes âgées avaient généralement une meilleure santé mentale. Les problèmes comme la dépression et le stress étaient plutôt le lot des jeunes.

Le sénateur Morin: Je l'ai toujours dit.

M. Stephens: Vous avez raison. C'est un contraste frappant avec la situation d'il y a 20 ans.

We had a few measures of mental health in 1978 and 1979 in the Canada Health Survey. There one found a relationship between age and mental health that is so familiar from looking at age and physical health. That is, older people tended to be in frailer health.

That has changed in a generation. It might be interesting for the committee to ask why. What has changed in terms of social conditions between the late 1970s and the mid-1990s to affect the situation of seniors vis-à-vis that of young people, causing this association between age and mental health to completely reverse itself. It is quite astonishing.

Based on these analyses of a population sample, some risks to mental health came across strongly and consistently. They are the four bullets on that first page of text. Not surprisingly, one is the amount of current life stress. Other risks are the number of adverse, difficult life events in the past 12 months and the amount of childhood trauma, which refers to things that may have happened 20 or 30 years earlier, including divorced parents, extended periods of financial hardship or unemployment or alcohol abuse in the home. This continues to be a risk factor for mental health years after the event.

There is also some association between the number of physical health problems and mental health. The more physical health problems people have, the more likely they are to report problems with their mental health as well.

I did not find any particular associations between mental health status, whether positive or negative, and where one lives in Canada or level of income.

There was some difference between males and females — the study was of people age 12 and older, not all adults. On some measures, there was a difference in the incidence of depression. Women seem to fair slightly worse than men. However, that is certainly not true of all measures.

We do not see a part of the country where the population has consistently good mental health, nor is it consistently bad for people with low income. Other factors are taken into account, such as education.

Senator Morin: Any rural/urban differences?

Mr. Stephens: That was not checked because it is difficult to define in a survey. If it could be, it would be an interesting question. I live in Manotick. Is that rural?

The Deputy Chairman: It was, but is no longer.

Nous avions quelques éléments de mesure de la santé mentale en 1978 et 1979 dans l'Enquête Santé Canada. On constate dans ces données une relation entre l'âge et la santé mentale qui ressemble à la relation que l'on est habitué de voir quand on examine l'âge et la santé physique. C'est-à-dire que les personnes âgées ont généralement une santé plus fragile.

Cela a changé en une génération. Il pourrait être intéressant pour le comité de se demander pourquoi. Qu'est-ce qui a changé dans la situation sociale entre la fin des années 70 et le milieu des années 90 qui influe sur la situation des personnes âgées par rapport aux plus jeunes, entraînant l'inversion complète de cette association entre l'âge et la santé mentale? C'est absolument renversant.

En étudiant ces analyses d'un échantillon de la population, certains risques pour la santé mentale sont ressortis clairement et uniformément. Ce sont les quatre points vignettes que l'on trouve au centre de la première page de texte. Le premier est l'intensité du stress dans la vie courante, ce qui n'est pas étonnant. Les autres risques sont le nombre d'événements marquants négatifs de la vie au cours des 12 derniers mois, et l'importance des traumatismes subis dans l'enfance, c'est-à-dire des événements qui peuvent s'être produits il y a 20 ou 30 ans, y compris le divorce des parents, de longues périodes de difficultés financières ou de chômage, ou encore l'alcoolisme dans le ménage. Cela continue d'être un facteur de risque de santé mentale de nombreuses années après l'événement.

Il y a aussi une certaine association entre le nombre de problèmes de santé physique et la santé mentale. Plus les gens ont des problèmes de santé physique, plus ils ont des chances de signaler également des problèmes de santé mentale.

Je n'ai pas trouvé d'association particulièrement notable entre l'état de santé mentale, négatif ou positif, et le lieu de résidence au Canada ou le niveau de revenu.

Il y avait une certaine différence entre les hommes et les femmes; l'étude portait sur les personnes âgées de 12 ans et plus, pas seulement des adultes. D'autres mesures ont fait ressortir une différence dans l'incidence de la dépression. Les femmes semblent légèrement plus touchées que les hommes. Cependant, ce n'est assurément pas le cas de toutes les mesures.

Nous n'avons discerné aucune région du pays où la population jouit uniformément d'une bonne santé mentale, ni de région où la situation est uniformément mauvaise parmi les gens à faible revenu. D'autres facteurs sont pris en compte, comme l'éducation.

Le sénateur Morin: Avez-vous trouvé des écarts entre les milieux ruraux et urbains?

M. Stephens: Nous n'avons pas vérifié cela, parce que c'est difficile à définir dans une enquête. Si ça pouvait l'être, ce serait une question intéressante. J'habite à Manotick. Est-ce rural?

La vice-présidente: Ça l'était, mais ça ne l'est plus.

Mr. Stephens: There are some important associations. We can identify risk factors. We can identify protective factors of a demographic and psycho-social nature in these population surveys. That will be possible again with the new data to come from Statistics Canada.

I would like to say a few words about cost, which you will find on the final page. I want to mention this because you will probably come across different cost estimates as you pursue this topic, and it can get confusing.

You see here a modification of a table that is in your work plan for phase 1 for these hearings. That table came from a study that I published two years ago. In the past few months, Health Canada has updated some of its estimates for the costs of several different health problems and diagnostic categories, including so-called mental disorders.

Their numbers are different from mine. At some point, you will ask what it really costs. Either way, it is a lot of money. Health Canada's estimate currently of the cost of mental disorders is $7.9 billion. The estimate I made several years ago was $14.4 billion, almost double. On the basis of what Health Canada has just published, I would revise my estimate a little, as you can see in table 2, but we are still talking in the neighbourhood of $14 billion, in my view.

The difference is mainly due to the way in which we look at short-term disability, for reasons I can discuss later if you like. The Health Canada approach underestimates the cost of short-term disability. We would colloquially call that "mental health days," people taking time off work for no particular physical reason but for mainly a mental health reason.

That is not captured in the statistics because they do not seek health care. It was not captured in the Health Canada statistics because it did not go with the approach that they were taking, which was consistent across different disease processes. They wanted to compare different physical illnesses.

Any way you look at it, it is a great deal of money. We are looking at an important issue that affects a large proportion of the population. Sometimes the effect is felt in small ways, but in ways that have taken an enormous toll on productivity, in particular.

I would be happy to take your questions.

Dr. Julio Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry, Queen's University: I appreciate the opportunity to talk to you on these matters. My submission is divided into two major sections. The first section appears on page 3 and is entitled "Historical Overview."

M. Stephens: Il y a certaines associations importantes. Nous pouvons identifier les facteurs de risque. Nous pouvons identifier les facteurs protecteurs de nature démographique et psychosociale dans ces enquêtes sur la population. Ce sera de nouveau possible avec les nouvelles données provenant de Statistique Canada.

Je voudrais dire quelques mots sur le coût; cela se trouve à la dernière page. Je veux en parler parce que vous serez probablement confrontés à différentes estimations des coûts dans le cadre de votre étude sur cette question, et cela peut semer la confusion.

Vous voyez ici une modification d'un tableau qui se trouve dans votre plan de travail pour la phase 1 de vos audiences. Ce tableau est tiré d'une étude que j'ai publiée il y a deux ans. Ces derniers mois, Santé Canada a mis à jour ses estimations du coût de différents programmes de santé dans diverses catégories diagnostiques, y compris ce qu'on appelle les troubles mentaux.

Leurs chiffres sont différents des miens. À un moment donné, vous vous demanderez combien tout cela coûte vraiment. D'une manière ou d'une autre, c'est beaucoup d'argent. Actuellement, Santé Canada estime le coût des troubles mentaux à 7,9 milliards de dollars. L'estimation que j'avais faite il y a plusieurs années était de 14,4 milliards de dollars, près du double. À la lumière des données que Santé Canada vient de publier, je réviserais mon estimation à la baisse, comme vous pouvez le voir au tableau 2, mais le coût oscille quand même encore autour de 14 milliards de dollars, à mon avis.

La différence est principalement attribuable à la manière dont on envisage l'invalidité à court terme, pour des raisons que je pourrai expliquer plus tard, si vous le voulez. L'approche de Santé Canada sous-estime le coût de l'invalidité à court terme. On pourrait parler familièrement de «jours de congé de maladie mentale», c'est-à-dire des gens qui prennent congé sans souffrir d'un trouble physique particulier, mais principalement pour des raisons de santé mentale.

Ce phénomène n'est pas pris en compte dans les statistiques parce que ces gens-là ne cherchent pas à se faire soigner. Ce n'était pas pris en compte non plus dans les statistiques de Santé Canada parce que ce n'était pas conforme à l'approche qu'ils avaient adoptée, laquelle était uniforme pour toutes les maladies. Ils voulaient comparer différentes maladies physiques.

Mais quel que soit l'angle d'approche, c'est beaucoup d'argent. Nous sommes en présence d'une question importante qui touche une grande proportion de la population. Parfois, cela se traduit par des répercussions minimes, mais qui n'en ont pas moins un effet énorme sur la productivité, en particulier.

Je suis maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.

Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie, Université Queen's: Je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant vous sur ces questions. Mon mémoire se divise en deux grandes parties. La première partie se trouve à la page 3 et est intitulée «Aperçu historique».

The second section appears on page 9 and is entitled "Questions." I will give a historical overview of the mental health system in Canada because, from the epidemiological and health services research, we consider that it is impossible to practically differentiate the impacts of the system on the epidemiology of mental conditions.

Briefly then, on the historical overview, we started in Upper Canada in the mid-1800s with a model of institutionalization that had been invented in Europe in the 16th and 17th centuries. The first mental institution in the country was established in 1839 at the York jail in Toronto. Keep that in mind, because it is important with respect to where we are now, 136 years after Confederation.

Because the conditions at the asylum in Toronto were found to be so appalling in a review conducted in 1911, the Government of Ontario introduced in 1913 an Act Relating to Lunatic Asylums and the Custody of the Insane. By that time, there were already 6,900 mental health patients in institutions in the province of Ontario. It was a very similar situation in Quebec.

The solution was to have more mental hospitals. The country went into a frenzy of asylum construction, and by 1957, there were 77 mental hospitals across the country and the number of hospitalized persons was about 45,000. No matter how many hospitals beds were built, more were required, because by about 1956 or so, the utilization of beds in New Brunswick was 110 per cent, and in Saskatchewan it reached 156 per cent. For every 100 beds, there were 156 occupants.

Saskatchewan was the first to say it had had enough with mental hospitals and try a different tack. It closed quite a few, if not all, of the mental hospitals in the province and started what we call a "system of de-institutionalization," which was a last attempt at managing mental patients in their communities.

In 1959, the Canadian Mental Health Association published a major book entitled *More for the Mind* that was considered a "Bible." It advocated a system of hospitalization only for a few situations, usually in a few psychiatric units in general hospitals, and community care.

All along, mental illness and the care of the mentally ill could not be moved out from under the constitutional framework and the legalities within the system, mostly because, unlike any other physical condition, mental conditions affect rationality. Individuals affected by mental conditions tend to act in ways that sometimes are hurtful to them and harmful to those with whom they deal in their immediate environment.

La deuxième partie est à la page 9 et est intitulée «Questions». Je vais faire un bref survol historique du système de santé mentale au Canada parce que nous, chercheurs en épidémiologie et en services de santé, considérons qu'il est impossible, à toutes fins pratiques, de différencier l'impact du système sur l'épidémiologie des troubles mentaux.

Brièvement, donc, pour ce qui est de l'aperçu historique, nous avons commencé en mettant en place au Haut Canada, au milieu du XIXe siècle, un modèle d'institutionnalisation qui avait été inventé en Europe aux XVIe et XVIIe siècles. Le premier établissement pour malades mentaux au Canada a été fondé en 1839 à la prison de York, à Toronto. Ne perdez pas cela de vue, parce que c'est important pour comprendre où nous en sommes maintenant, 136 ans après la Confédération.

La situation à l'asile de Toronto était tellement épouvantable, comme l'a montré une étude effectuée en 1911, que le gouvernement de l'Ontario a adopté en 1913 une loi sur les asiles d'aliénés et la garde des malades mentaux. À ce moment-là, il y avait déjà 6 900 patients dans les établissements pour malades mentaux dans la province de l'Ontario. La situation était très semblable au Québec.

La solution était d'augmenter le nombre des hôpitaux pour malades mentaux. Le pays s'est lancé dans une frénésie de construction d'asiles et, en 1957, il y avait 77 hôpitaux psychiatriques d'un bout à l'autre du pays et le nombre de personnes hospitalisées était d'environ 45 000. On avait beau construire toujours plus d'hôpitaux et augmenter le nombre des lits, il en fallait toujours plus, parce que vers 1956, l'utilisation des lits au Nouveau-Brunswick était de 110 p. 100, tandis qu'en Saskatchewan la proportion atteignait 156 p. 100. Autrement dit, pour chaque 100 lits, il y avait 156 occupants.

La Saskatchewan a été la première à dire que cela suffisait, qu'on avait assez d'hôpitaux psychiatriques, et a tenté une nouvelle approche. La province a fermé une grande partie, sinon la totalité des hôpitaux psychiatriques de la province et a lancé ce que nous appelons un système de désinstitutionnalisation, dans une dernière tentative pour soigner les malades mentaux au sein de leur collectivité.

En 1959, l'Association canadienne pour la santé mentale a publié un important ouvrage intitulé *Au service de l'esprit* qui était considéré comme une véritable bible. On y préconisait le placement en établissement dans quelques rares cas seulement, habituellement dans quelques unités de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux, et les soins communautaires.

Durant tout ce temps-là, la maladie mentale et le soin des malades mentaux ne pouvaient pas être retirés du cadre constitutionnel et soustraits aux complexités juridiques du système, principalement parce que, contrairement aux autres maladies physiques, les troubles mentaux influent sur la raison des gens. Les personnes atteintes de maladie mentale ont tendance à agir de façon irrationnelle, ce qui les amène parfois à se causer du tort à elles-mêmes et aux personnes qui se trouvent dans leur entourage immédiat.

What was the constitutional framework? The Canadian Charter of Rights and Freedoms has three major clauses that impact on how we care for the mentally ill in our country: sections 9, 10 and 15. Section 9 stipulates that no one can be detained or imprisoned arbitrarily. Keep in mind that commitment or involuntary hospitalization is tantamount to incarceration, only called by a different name. Section 10 requires that at the moment of detention, any person must be advised about the reasons for detention, has a right to counsel and to *habeas corpus,* if so required. Section 15 is what we call the "anti-discrimination clause" because it outlaws discrimination in Canada on the grounds of race, ethnic origin, nationality, colour, religion, sex, age or, most importantly, physical or mental disability. Other issues came out of the Charter of Rights and Freedoms in terms of how and when we can commit people on the basis of their mental health status.

At the same time, there were problems with the application of the criminal law sections that deal with the mentally ill offender. That has been a problem in the mental health system in Canada because, as I said, the first mental hospital in our country was a prison, and many things have been done to try to reform the system.

For example, we had the McRuer commission in 1956. Again, the country was appalled by what was happening in the institutions for mentally ill or criminally insane persons. We had the Ouimet commission to review the situation in 1976. In 1992, we had Bill C-30, which is the regime under which we live.

Bill C-30 has been good in many ways, but there are problems with how it has been applied and the impacts on what is happening in the general mental health system. Around the time Bill C-30 was introduced, there was a change in the test or the onus. Namely, the test one has to meet before one is considered not criminally responsible was reduced to "on the balance of probabilities" from the previous "beyond reasonable doubt." With "beyond reasonable doubt," one has to be 95 per cent sure. "On the balance" requires only a 51 per cent probability that that person was mentally ill at the time of the commission of the offence. Ergo, it opened the doors to many mental patients to avail themselves of an insanity defence. You may think that was good, but it has actually resulted in a wholesale criminalization of the mentally ill. That situation has placed tremendous demands on the forensic systems because of the issues in the general mental health system. Judges, police, Crown attorneys, et cetera, find the forensic route the easier way to gain access to psychiatric treatments.

Quel était ce cadre constitutionnel? La Charte canadienne des droits et libertés comprend trois grands articles qui influent sur la manière dont nous traitons les malades mentaux dans notre pays: les articles 9, 10 et 15. L'article 9 stipule que nul ne peut être détenu ou emprisonné arbitrairement. N'oubliez pas que le placement ou l'hospitalisation de force revient à l'incarcération, il n'y a que le nom qui change. L'article 10 dispose qu'au moment de la détention, chacun doit être informé des motifs de sa détention, a le droit de retenir les services d'un avocat et de recourir à l'*habeas corpus*, au besoin. L'article 15 est ce que nous appelons la «disposition antidiscrimination», parce qu'il interdit toute discrimination au Canada fondée sur la race, l'origine ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou, le plus important pour nous, les déficiences mentales ou physiques. D'autres questions se sont posées relativement à la Charte des droits et libertés quant à la manière et aux conditions dans lesquelles nous pouvons placer des gens en établissement en raison de leur santé mentale.

En même temps, l'application des dispositions du droit pénal traitant des délinquants malades mentaux soulevait des problèmes. C'était un problème dans le système de santé mentale au Canada parce que, comme je l'ai dit, le tout premier hôpital pour malades mentaux de notre pays était une prison, et l'on a beaucoup fait depuis pour essayer de réformer le système.

Par exemple, il y a eu la commission McRuer en 1956. Encore une fois, le pays tout entier a été consterné de découvrir ce qui se passait dans les établissements pour malades mentaux ou criminels aliénés. Nous avons eu ensuite la commission Ouimet qui a examiné la situation en 1976. En 1992, nous avons eu le projet de loi C-30, qui a établi le régime dans lequel nous vivons actuellement.

Le projet de loi C-30 a été bon à bien des égards, mais la manière dont il a été appliqué soulève des problèmes, considérant la situation actuelle dans le réseau de soins des malades mentaux. À peu près au moment où le projet de loi C-30 a été adopté, il y a eu un changement au niveau des critères ou du fardeau de la preuve. En effet, le critère appliqué pour décider qu'une personne n'est pas criminellement responsable de ses actes a été rendu moins rigoureux; alors qu'il fallait auparavant prouver «au-delà de tout doute raisonnable», on se contente maintenant de le prouver «à la prépondérance des probabilités». Avec le critère «au-delà de tout doute raisonnable», il faut être certain à 95 p. 100. La «prépondérance des probabilités» exige seulement une probabilité de 51 p. 100 que la personne était malade mentale au moment de la perpétration de l'infraction. Par conséquent, de nombreux malades mentaux ont pu invoquer une défense fondée sur l'aliénation mentale. Vous pensez peut-être que c'était une bonne chose, mais le résultat net a été la criminalisation généralisée des malades mentaux. Cette situation a imposé une charge de travail extrêmement lourde au système médico-légal. Les juges, la police, les procureurs, et cetera, constatent que le moyen le plus facile d'avoir accès aux traitements psychiatriques est de passer par l'expertise médico-légale.

What is the present configuration of the system? Most mental patients avail themselves of the Mental Health Act in their particular provinces. They are all covered under the five principles of the Canada Health Act, so there should not be a problem.

However, as we closed the mental hospital beds, more and more patients found themselves in the community without adequate services. If you wish to put it differently, it is like diagnosing people with cancer, irradiating or operating on them, and sending them home without any further treatment whatsoever. That is what we actually do many times to mental patients in our country.

Those are the issues of the contemporary situation. How we are dealing with them is a tragedy, because our mental patients suffer from the ill effects of good policies badly implemented, that is, de-institutionalization. Most of our patients remain homeless. They are over-criminalized, remain in prison, victimized, suffer from poverty and unemployment and the stigma attached not only to the mental illness, but also to the effects of criminalization. That is where we are at this time.

The first question is: Where and why have we gone wrong? The second question is: What can we do to solve the problems?

On the first question, we must look at three levels: the epidemiological level, the cost, and availability of the service. With all respect to my colleagues from Statistics Canada, we have problems because the epidemiological studies that have been done in our country have dealt only with the prevalence of mental conditions. They are very recent, and not all of them deal with the incidence of the mental conditions. They are brand new cases.

If we do not deal with the incidence we cannot plan, because we do not know what the burden of mental conditions will be five or ten years from now.

Second, mental conditions are very common in our country. Any epidemiologist will tell you that between 20 and 25 per cent of the population suffers from some mental problem at some time in the year. About 10 per cent require specialized professional services. About two to three per cent require a psychiatric bed.

The Deputy Chairman: What was the first figure?

Dr. Arboleda-Florèz: That was 20 to 25 per cent.

That causes problems. If you then look at some of the actual epidemiological conditions, the standard anywhere in the world is about one per cent. We are then talking about 300,000 people who suffer from schizophrenia in our country. You would then look at the epidemiology of other conditions — about six to eight per cent of depression. We already know of the relationship between depression and suicide. We know that depression does not affect everyone according to socio-economic status or ethnic

Quelle est la configuration actuelle du système? La plupart des patients souffrant de troubles mentaux se placent sous la protection de la Loi sur la santé mentale dans leurs provinces respectives. Ils sont tous visés par les cinq principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé, de sorte qu'il ne devrait pas y avoir de problème.

Cependant, à mesure que l'on éliminait des lits d'hôpitaux psychiatriques, de plus en plus de patients se sont retrouvés au sein de la collectivité sans bénéficier de services satisfaisants. Pour faire une analogie, on pourrait dire que c'est comme diagnostiquer des gens souffrant du cancer, les opérer ou les irradier, et les renvoyer chez eux sans aucune autre forme de traitement. C'est effectivement ce que nous faisons bien souvent dans le cas des malades mentaux dans notre pays.

Voilà donc les problèmes de la situation contemporaine. C'est une véritable tragédie, parce que nos malades mentaux souffrent des conséquences néfastes d'une bonne politique qui a été mal appliquée, c'est-à-dire la désinstitutionnalisation. La plupart de nos patients deviennent des sans-abri. Ils sont surcriminalisés, croupissent en prison, deviennent des victimes, souffrent de pauvreté et de chômage et sont étiquetés malades mentaux et criminels. Voilà donc où nous en sommes actuellement.

La première question est celle-ci: à quel moment nous sommes-nous trompés de route, et pourquoi? La deuxième question est: que pouvons-nous faire maintenant pour résoudre les problèmes?

Pour répondre à la première question, il faut s'attarder à trois niveaux: le niveau épidémiologique, le coût et la disponibilité du service. Avec tout le respect que je dois à mes collègues de Statistique Canada, nous avons des problèmes parce que les études épidémiologiques qui ont été faites dans notre pays se sont attardées seulement à la prévalence des troubles mentaux. Elles sont très récentes et elles ne traitent pas toutes de l'incidence des troubles mentaux. Ce sont des cas tout neufs.

Si nous n'examinons pas l'incidence, nous ne pouvons rien planifier, parce que nous ne savons pas quel sera le fardeau de la maladie mentale dans cinq ans ou dans dix ans.

Deuxièmement, les troubles mentaux sont très répandus dans notre pays. N'importe quel épidémiologiste vous dira qu'entre 20 et 25 p. 100 de la population souffre d'un trouble mental quelconque à un moment donné de l'année. Environ 10 p. 100 ont besoin de services professionnels spécialisés. Environ 2 ou 3 p. 100 ont besoin d'un lit dans un hôpital psychiatrique.

La vice-présidente: Quel était le premier chiffre?

Dr Arboleda-Florèz: C'était de 20 à 25 p. 100.

Cela cause des problèmes. Si l'on examine maintenant la situation épidémiologique réelle, on constate que la norme, n'importe où dans le monde, est d'environ 1 p. 100. Il y aurait donc environ 300 000 personnes qui souffrent de schizophrénie dans notre pays. Si l'on examine l'épidémiologie d'autres maladies, on trouve de 6 à 8 p. 100 de dépressions. Nous connaissons déjà la relation entre la dépression et le suicide. Nous savons que la dépression ne touche pas également tous les

group. We know, for instance, there is much more depression and suicide among impoverished groups and in Aboriginal groups.

We look at the issue of, for example, dementia. With respect, my data will not be exactly the same as those of the previous witnesses because it indicates that getting old causes problems. It causes problems because dementia is growing faster than the number of people over 65 anywhere in the world where it has been measured.

In our country right now, about 8 per cent of Canadians over 65 suffer from dementia. That is a grand total of 252,600. By 2021 it is calculated that 592,000 Canadians over 65 will suffer from dementia.

The Deputy Chairman: Could that be related to the fact that people are living much longer?

Dr. Arboleda-Florèz: That is a possibility. The fact is, the number of dementia cases is growing faster than the number of people crossing the age barrier of 65.

Senator Morin: It is growing faster than the aging.

Dr. Arboleda-Florèz: Apart from that, there are other factors associated with the increase in these mental conditions. My own data analysing the NPHS version of 1996 indicates, for example, that victimization during childhood increases the risk of depression in adulthood. How much is the increase? If a person has been exposed to one event of victimization, it already increases by 2.17 their risk of being depressed over a person who has not been victimized. If there are two events, it increases the risk to 4.03. If there are three or more events, it increases the rate of depression in later adulthood to 4.69.

As we know, women suffer more from depression than men. For women who have been victimized by violence, et cetera, risk of depression over those not victimized is 3.54 per cent higher. The issue here is that from the data of the 1996 NPHS version, those who are younger than 50 have a much lower level of at least one measurement of mental conditions, that is, depression.

This is not only for adults. We are also seeing impacts of mental illness among children. The study measuring mental conditions in children was done in Ontario. This is a study of four major psychiatric disorders in childhood, including conduct disorder, hyperactivity disorder, emotional disorders of any kind and somatization. It indicates that of those 4 to 16 years of age, over a six-month period, 18 per cent suffer from any one of these disorders or a combination thereof.

That is not the end of the story. There are other mental conditions that are not included in the things that we have spoken about, and those are stress conditions associated with labour practices. We already know that they produce major disability. It is considered that these conditions impact on the economy of countries worldwide. Losses in productivity due to stressful

groupes socio-économiques ou ethniques. Nous savons par exemple qu'il y a beaucoup plus de dépressions et de suicides parmi les pauvres et les Autochtones.

Voyons ce qu'il en est par exemple de la démence. J'ose dire que mes données ne seront pas exactement les mêmes que celles des témoins précédents parce qu'elles révèlent que le vieillissement cause des problèmes. En effet, la démence augmente plus vite que le nombre de personnes de plus de 65 ans partout dans le monde où l'on a mesuré le phénomène.

Dans notre pays, il y a actuellement environ 8 p. 100 de Canadiens de plus de 65 ans qui souffrent de démence. Cela donne un grand total de 252 600. D'ici 2021, on calcule que 592 000 Canadiens de plus de 65 ans souffriront de démence.

La vice-présidente: Cela pourrait-il être lié au fait que les gens vivent beaucoup plus longtemps?

Dr Arboleda-Florèz: C'est une possibilité. Le fait est que le nombre de cas de démence augmente plus vite que le nombre de personnes qui franchissent le seuil des 65 ans.

Le sénateur Morin: La démence augmente plus vite que le vieillissement.

Dr Arboleda-Florèz: À part cela, il y a d'autres facteurs associés à l'augmentation des troubles mentaux. Mes propres données obtenues par une analyse de la version de 1996 de l'Enquête nationale sur la santé de la population indiquent par exemple que la victimisation durant l'enfance accroît le risque de dépression chez l'adulte. Quel est le degré de cette augmentation? Si une personne a été exposée à un événement de victimisation, cela accroît déjà de 2,17 le risque de dépression, par rapport à une personne qui n'a jamais été victime. S'il y a deux événements, l'augmentation du risque passe à 4,03. S'il y a trois événements ou plus, le taux de dépression plus tard chez l'adulte augmente à 4,69.

Comme on le sait, les femmes souffrent plus souvent de dépression que les hommes. Pour les femmes qui ont été victimes de violence, et cetera, le risque de dépression par rapport à celles qui n'ont jamais été victimes est plus élevé de 3,54 p. 100. Ce qu'il y a de notable, c'est que d'après les données de l'Enquête sur la santé de la population de 1996, les personnes qui ont moins de 50 ans ont un taux nettement inférieur pour au moins une mesure de l'état mental, à savoir la dépression.

Cela ne s'applique pas seulement aux adultes. Nous constatons aussi l'impact de la maladie mentale chez les enfants. L'étude mesurant la santé mentale des enfants a été faite en Ontario. C'est une étude de quatre grands troubles psychiatriques durant l'enfance, nommément le trouble des conduites, l'hyperactivité, les troubles affectifs en tous genres et la somatisation. On a constaté que parmi les enfants âgés de 4 à 16 ans, sur une période de six mois, 18 p. 100 souffraient de l'un ou plusieurs de ces troubles.

Et ce n'est pas le fin mot de l'histoire. Il y a d'autres troubles mentaux qui ne sont pas compris dans tout ce dont nous avons parlé, à savoir le stress associé aux pratiques de travail. Nous savons déjà que ce stress est à l'origine de déficiences majeures. On considère qu'il se répercute sur l'économie de tous les pays du monde. On a calculé les pertes de productivité causées par les

reactions have been calculated at a median of about 25 days in any given year in the United States. In that country, these losses in productivity due to mental conditions usually amount to about $200 billion a year. In Japan there is even a word for this, "karoshi," which means death due to excess work, stress at the work site.

How do we do in Canada? In Ontario between 1992 and 1998, while the percentage of all users of the medical system rose by 4 per cent, the percentage of users for mental health services rose by 13 per cent. You already see more persons falling into mental health problems. The cost of all billings to the Ontario Health Insurance Plan rose by 11 per cent in the same period because there was an increase in users of 4 per cent. However, the cost of mental health services increased by 28 per cent. The cost of mental health conditions is growing.

In Ontario between 1992 and 1998, most of the care was provided by general practitioners. There are not enough psychologists and psychiatrists to do the job. In fact, general practitioners imparted psychiatric care to between 76 and 84 per cent of users with mental conditions. They also participated with psychiatrists in about eight to nine per cent more. Most of the care for mental conditions falls on the backs of the general practitioners in Ontario.

This may all sound like gobbledegook. There are issues with epidemiology in our country. Those issues are, first, on page 10, the country does not have a national program for mental health and provinces do not have a system for mapping mental illness by geographic regions, monitoring presentations or carrying out epidemiological surveillance.

Second, mental illness responds differentially to demographic characteristics and socio-economic conditions. Therefore, regions are not the same. The mental illness considerations in Toronto are not the same as in other regions. Populations are completely different.

Last but not least, research funding for mental illness in Canada, let alone for epidemiological studies, prevalence and incidence, and health care research into these conditions is extremely inadequate relative to the burden of disease.

I say that we are users of the research funding of others when it comes to epidemiology of mental illness. Most of the research funding comes from the U.S.A.

I would also say that although we are now benefiting from the work done by Statistics Canada, we already heard that it does not study our Aboriginal or homeless population. Most of the mental health populations are homeless. That is a major drawback to the data that has been presented here.

réactions au stress aux États-Unis, et l'on a obtenu un chiffre médian d'environ 25 jours en une année donnée. Dans ce pays, ces pertes de productivité causées par la santé mentale se chiffrent habituellement à environ 200 milliards de dollars par année. Au Japon, il y a même un mot pour désigner ce phénomène, le mot «karoshi», qui veut dire la mort causée par l'excès de travail, par le stress au travail.

Quelle est la situation au Canada? En Ontario, entre 1992 et 1998, même si le pourcentage de tous les usagers du système médical a augmenté de 4 p. 100, le pourcentage des usagers des services de santé mentale a connu pour sa part une hausse de 13 p. 100. On constate que davantage de personnes connaissent des problèmes de santé mentale. Le coût de toutes les factures soumises au RAMO a grimpé de 11 p. 100 au cours de la même période en raison de cette augmentation de 4 p. 100 du nombre des usagers. Toutefois, le coût des services de santé mentale s'est accru de 28 p. 100. Le coût des maladies mentales est donc en hausse.

En Ontario, de 1992 à 1998, la plupart des soins étaient fournis par des omnipraticiens. Il n'y a pas assez de psychologues et de psychiatres pour suffire à la tâche. En fait, des omnipraticiens ont fourni des soins psychiatriques à des patients souffrant de maladie mentale dans une proportion de 76 à 84 p. 100. Ils ont également collaboré avec des psychiatres davantage, soit de 8 à 9 p. 100 plus souvent. Le fardeau du traitement des maladies mentales incombe donc surtout aux omnipraticiens en Ontario.

Tout cela peut sembler du jargon administratif. Notre pays est aux prises avec des problèmes dans le domaine de l'épidémiologie. Premièrement, comme il en est fait mention à la page 10, nous n'avons pas de programme national en matière de santé mentale et les provinces ne disposent pas d'un système qui leur permettrait de dresser une carte des maladies mentales par région géographique, de noter les occurrences ou d'effectuer de la surveillance épidémiologique.

Deuxièmement, la maladie mentale se présente différemment selon les caractéristiques démographiques et les conditions socio-économiques. Par conséquent, les régions n'ont pas le même profil. Les considérations liées à la maladie mentale à Toronto ne sont pas les mêmes que dans d'autres régions. Les populations sont complètement différentes.

Enfin et surtout, le financement de la recherche sur la santé mentale au Canada, sans compter la recherche pour les études épidémiologiques, la prévalence et l'incidence ainsi que les soins de santé liés à ce domaine est tout à fait inadéquat comparativement au fardeau que représente cette maladie.

Pour financer la recherche, nous utilisons les fonds des autres dans le domaine de l'épidémiologie de la maladie mentale. La plupart des fonds de recherche proviennent des États-Unis.

Qui plus est, même si nous tirons parti à l'heure actuelle du travail effectué par Statistique Canada, on nous a déjà dit que la population autochtone ou itinérante était exclue de son champ d'enquête. Or, on retrouve un très grand nombre de malades mentaux parmi les sans-abri. C'est une des lacunes majeures des données qui ont été présentées ici.

That is the first point, epidemiology. Let us look at costs.

The issue of costs pertains to the disability-adjusted life years. When we only are concerned about the mortality ratios of any kind, obviously most people die of heart attacks or cardiovascular conditions, et cetera. That is not the situation with mental illness. Although depressive, schizophrenic and alcoholic persons may comprise 15 to 20 per cent, still mortality is not as high as mortality for other reasons.

When we look at disability, that is where the cause of mental illness comes about. At present, out of the 10 leading conditions that cause disability, 5 of them have to do with mental conditions or behaviour and medication conditions. It is calculated that by the year 2020, the most important leading condition causing disability will be depression.

What is the cause? Goeree, one of the researchers in Canada, has estimated that the cost of schizophrenia to yearly productivity in our country is $105 million.

Goeree and collaborators calculate that in 1996, the cost of this condition in terms of disability was $2.35 billion, which is equivalent to 0.3 per cent of the gross domestic product. Further studies have calculated that the estimated economic burden of all mental illness in the country is $14.4 billion per year.

Former Finance Minister Michael Wilson calculated that the cost of mental conditions is 3 per cent of total national product, which is about 13 per cent of the net annual profits of all Canadian companies. This is not a cheap proposition.

There is more. The problem we are dealing with here is a measurement called the PYLL — potential years of life lost. To determine that, we look at the reasons people die — from mental conditions, suicide, homicide, motor vehicle accidents and behavioural medical conditions such as obesity, smoking, drug and alcohol abuse, et cetera. These reasons account for almost 60 per cent of the potential years of life lost in our country. Potential years of life lost simply means that, since a male in our country lives to an average of age 78, if one dies at age 20, the country has lost 58 years of potential productivity of that person to our economy and to the benefit of our nation.

The issue of services has already been described. We think that the immense needs of mental health patients, the staggering costs and the inadequate services all contribute to the poor fate of our mental patients and to the emotional and financial burden attributed to mental disease in our country.

As to what can be done, I will not belabour the issue. Many things can be done. At the bottom of page 12 you will find in summary form the things that we should consider.

Voilà donc le premier point, l'épidémiologie. Voyons ce qu'il en est des coûts.

Les coûts ont tout à voir avec l'espérance de vie sans invalidité. Si l'on s'intéresse uniquement aux taux de mortalité, évidemment, les gens meurent de crises cardiaques ou d'accidents cardio-vasculaires, et cetera. Tel n'est pas le cas avec la maladie mentale. Bien que les personnes dépressives, schizophrènes et alcooliques peuvent représenter jusqu'à 15 à 20 p. 100 de la population, leur taux de mortalité n'est pas aussi élevé que ceux d'autres groupes.

Lorsqu'on considère l'invalidité, on constate que c'est là que la maladie mentale entre en cause. À l'heure actuelle, des dix principales causes d'invalidité, cinq ont trait à des maladies mentales ou à des comportements et des médicaments qui y sont liés. On calcule que d'ici l'an 2020, la maladie qui sera la principale cause d'invalidité sera la dépression.

Comment cela s'explique-t-il? M. Goeree, l'un des principaux chercheurs au Canada, estime qu'à l'heure actuelle, le coût de la schizophrénie par rapport à la productivité annuelle du pays s'établit à 105 millions de dollars.

M. Goeree et ses collaborateurs ont calculé qu'en 1996, le coût de cette maladie dans l'optique de l'invalidité s'établissait à 2,35 milliards de dollars, ce qui équivaut à 0,3 p. 100 du produit intérieur brut. Dans d'autres études, on estime que le fardeau économique de toutes les maladies mentales au pays représente 14,4 milliards de dollars par année.

Pour sa part, l'ancien ministre des Finances Michael Wilson avait évalué le coût des maladies mentales à 3 p. 100 du produit national total, c'est-à-dire environ 13 p. 100 des profits annuels nets de toutes les entreprises canadiennes. La note est élevée.

Et ce n'est pas tout. En l'occurrence, le problème tient au fait que nous utilisons un indice de mesure appelé l'APVP — les années potentielles de vie perdues. Pour déterminer cela, nous examinons les raisons des décès — troubles mentaux, suicide, homicide, comportements médicaux à risque comme l'obésité, le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, et cetera. Ces raisons contribuent dans une proportion de près de 60 p. 100 aux années potentielles de vie perdues dans notre pays. Je vais vous expliquer ce qu'on entend par là. Étant donné qu'au Canada, les hommes ont une espérance de vie moyenne de 78 ans, si un homme meurt à l'âge de 20 ans, le pays aura perdu 58 ans de productivité potentielle de cette personne à notre économie et à la prospérité de notre nation.

Nous avons déjà évoqué le problème des services. À notre avis, les besoins criants des patients souffrant de troubles mentaux, les coûts galopants et les services insuffisants sont autant de facteurs qui expliquent le triste sort de nos malades mentaux ainsi que le fardeau émotif et financier attribué aux maladies mentales dans notre pays.

Quant à savoir ce que l'on peut faire, je ne m'étendrai pas là-dessus. De nombreuses interventions sont possibles. Au bas de la page 12, vous trouverez un résumé des initiatives qu'il convient d'envisager.

First, there is a need for a national program or agenda for mental health at the federal level. Second, there is need for better intergovernmental cooperation and integration between the provincial systems, the federal system and the NGOs. Third, we need better-coordinated systems of community care. Fourth, we need industry programs for the early detection and management of mental conditions in the workplace. Rather than being thrown out of work upon becoming mentally ill, people should being given protections and help to get back into the workforce. Fifth, we need more research on the etiology and genetics of mental conditions. Sixth, we need more epidemiological research and research on determinants and risk factors for mental conditions. Seventh, we need more health care research to determine what are the best treatments, best practices and best interventions. Eighth, we need development of regional epidemiological research rather than only a centralized federal system, as is the case now with the work of Statistics Canada. I do not wish to minimize the good effects of their work in the country, but mental problems are local problems, not national problems as such. As was already said, we know the prevalence but we do not know the incidence. That must be measured at the local level. Ninth, we need better information technology. We have already heard that one of the major problems is that this is treated prevalence data — those who go to the hospitals and not those who come to outpatient centres or community services, or those who never come because they do not have access to the services required. Finally, we need increased accountability of governments and providers alike.

Premièrement, il faut instaurer un programme national pour la santé mentale au niveau fédéral. Deuxièmement, une meilleure coopération intergouvernementale et une intégration accrue entre les régimes provinciaux, le régime fédéral et les ONG s'imposent. Troisièmement, il faut mieux coordonner les soins communautaires. Quatrièmement, il faut implanter des programmes dans le monde du travail en vue de favoriser une détection et une gestion précoces des troubles mentaux en milieu de travail. Au lieu d'être mis à la porte parce qu'ils souffrent de troubles mentaux, les employés devraient bénéficier de protection et d'aide pour réintégrer la population active. Cinquièmement, il faut effectuer davantage de recherche sur l'étiologie et la génétique des troubles mentaux. Sixièmement, il faut multiplier les recherches épidémiologiques et les recherches sur les déterminants et les facteurs de risque des maladies mentales. Septièmement, il convient de faire des recherches plus poussées pour déterminer quels sont les meilleurs traitements, pratiques et interventions. Huitièmement, nous devons mettre sur pied des installations de recherche épidémiologique régionale au lieu d'avoir un système centralisé au niveau fédéral, comme c'est le cas à l'heure actuelle avec Statistique Canada. Sans vouloir aucunement minimiser les retombées positives de leurs travaux au pays, les problèmes mentaux sont des problèmes locaux et non des problèmes nationaux comme tels. Comme on l'a déjà dit, nous connaissons la prévalence de ces maladies, mais non leur incidence et cela ne peut être mesuré qu'au niveau local. Neuvièmement, il nous faut pouvoir compter sur une meilleure technologie de l'information. À cet égard, il a déjà été signalé que l'un des principaux problèmes tient au fait que les données portent surtout sur la prévalence — sur les malades qui se présentent dans les hôpitaux et non sur ceux qui fréquentent des cliniques externes ou des services communautaires, ou encore ceux qui n'y vont jamais car ils n'ont pas accès aux services requis. Enfin, il faut pouvoir compter sur une plus grande responsabilisation de la part des gouvernements et des dispensateurs de soins.

Senator Morin: The presentations have been extremely interesting. We have learned a lot this morning and this is very important information for us.

I would like to direct my first questions to Dr. Millar and Ms. Pullen. I am very much interested in indicators of quality of care. I realize that we need so many things, but would it not be preferable for CIHI to identify a number of specific indicators that we know could help in the quality of care? I looked quickly at the indicators that were agreed on at the last first ministers' accord and I did not see anything specific for mental health.

Would the first step not be to identify some indicators? That would at least give us some idea of how our provincial systems are managing health care. Of course, we need all sorts of information, but perhaps we could start with that.

Le sénateur Morin: Vos exposés ont été fort intéressants. Nous avons beaucoup appris ce matin. L'information que vous nous avez communiquée est très importante.

Je voudrais poser mes premières questions au Dr Millar et à Mme Pullen. Je m'intéresse beaucoup aux indicateurs de la qualité des soins. Je sais que le système comporte de nombreuses carences, mais ne serait-il pas préférable que l'Institut canadien d'information sur la santé identifie un certain nombre d'indicateurs spécifiques qui nous aideraient à évaluer la qualité des soins? J'ai parcouru rapidement la liste des indicateurs sur lesquels on s'était entendu à l'occasion de la dernière conférence des premiers ministres, et je n'ai rien vu de précis au sujet de la santé mentale.

La première étape ne consisterait-elle pas à identifier certains indicateurs? Cela nous donnerait au moins une idée du rendement des systèmes provinciaux en ce qui a trait à la gestion des soins de santé. Évidemment, nous avons besoin d'informations de toutes sortes, mais nous pourrions peut-être commencer par là.

My second question deals with the flat curve of which Dr. Millar spoke. It worries me that we should talk about that in the context of mental health care. I am sure intuitively that we have not reached that level in mental health. This is a very important issue and Dr. Millar knows that we have talked about that. The first thing that CIHI should do is apply this to Canada. These are all American figures and it would be interesting to see if this applies to Canada, because we know that there is regional variability in the country with regard to health care resources.

I am somewhat worried to see this brought up in the context of mental health, where I feel intuitively that it does not apply, because the resources are unique compared to other sectors.

My third point deals with confidentiality and the information system. One area where we will have problems in our health information system will be in the matters of health, illness and consent. Many of these patients are in no position to give informed consent. I hope that those who are involved in our information system will deal with these two issues, which are very important.

Finally, I am somewhat surprised at Dr. Millar's comments concerning the budget. I think the government has been extremely generous over the last two budgets. For example, Canada Health Infoway had a first budget of $500 million and in the last budget it was awarded another $300 million. We are approaching $1 billion for Canada Health Infoway. Of course we can always use more, but how can these organizations absorb additional resources? Here again, the flat curve applies to the organizations as well. There is a point of diminishing return. I have the impression that the recent budgets have been extremely generous to our health information system, but perhaps I am wrong.

Ms. Bailie, I was interested to hear that you concluded from your survey that stigma exists, and I am wondering how you arrived at that conclusion. I know it exists, but I am wondering how you gathered that from your questionnaire. Were the questionnaires identified as to the person or was it completely anonymous?

Mr. Stephens, unfortunately these are 1998 figures, but your last table deals with direct costs of mental health conditions, which are in the range of $5 billion. We need more recent figures. We know that the total health cost in the country is $100 billion.

We know that approximately 10 per cent of those consulting the health care system suffer from mental illness. In theory, approximately 10 per cent of resources should be allocated to

Ma deuxième question porte sur le plateau dont le Dr Millar a parlé. Cela m'inquiète qu'on en parle dans le contexte de la santé mentale. Intuitivement, je suis convaincu que nous n'avons pas atteint ce plateau dans le domaine de la santé mentale. C'est une question très importante et, comme le Dr Millar le sait bien, nous en avons déjà parlé. La première chose que l'Institut devrait faire serait d'appliquer cette grille d'analyse au Canada. Nous avons uniquement des chiffres américains, et il serait intéressant de voir si ces données sont également valables pour le Canada car nous savons qu'il y a des disparités régionales dans notre pays en ce qui a trait aux ressources pour les soins de santé.

Je m'inquiète donc qu'on évoque cela dans le contexte de la santé mentale car j'estime intuitivement que cette analyse ne s'applique pas ici puisque les ressources consacrées à ce secteur sont uniques comparativement à d'autres secteurs.

Mon troisième point porte sur la confidentialité et le système d'information. Dans le contexte de notre système d'information sur la santé, nous aurons des problèmes relativement aux questions de santé, de maladie et de consentement. Un grand nombre de malades mentaux ne sont pas en mesure de fournir un consentement éclairé. J'espère que les personnes qui travaillent à notre système d'information tiendront compte de ces deux problèmes très importants.

Enfin, je suis quelque peu surpris par les commentaires du Dr Millar au sujet du budget. À mon avis, le gouvernement a été extrêmement généreux dans ses deux derniers budgets. Par exemple, l'Inforoute santé au Canada a d'abord reçu un premier budget de 500 millions de dollars, auquel on a ajouté 300 millions de dollars supplémentaires dans le dernier budget. Autrement dit, nous consacrons presque un milliard de dollars à l'Inforoute santé au Canada. Évidemment, on peut toujours en utiliser plus, mais comment ces organisations absorbent-elles ces ressources additionnelles? Encore là, la courbe en plateau s'applique aux organisations également. À un moment donné, on arrive au seuil de rendement marginal décroissant. J'ai l'impression que les récents budgets ont été extrêmement généreux envers le système d'information de santé, mais je me trompe peut-être.

Madame Bailie, j'ai trouvé intéressante votre conclusion, selon laquelle d'après votre enquête, il existe un stigmate lié à la maladie mentale, et je voudrais savoir comment vous êtes arrivée à cette conclusion. Je sais que ce stigmate existe, mais je me demande comment vous avez pu le confirmer grâce à votre questionnaire. S'agissait-il de questionnaires où l'identité du répondeur était connue ou était-il complètement anonyme?

Monsieur Stephens, malheureusement, vos données remontent à 1998. Cependant, votre dernier tableau établit à cinq milliards de dollars environ les coûts directs des maladies mentales. Il nous faut des chiffres plus récents. Nous savons que la facture totale des soins de santé au pays s'établit à 100 milliards de dollars.

Nous savons aussi qu'environ 10 p. 100 des usagers du système de soins de santé souffrent de maladie mentale. En théorie, il faudrait allouer une proportion de 10 p. 100 environ des

mental health. I have the impression that if these figures are correct, then we are only allocating 5 per cent. In fact there is a shortfall of 50 per cent.

These total numbers are important because they give us an idea of the resources allocated to mental health in Canada. If there are not sufficient resources allocated to those conditions, then it is an important issue.

Dr. Millar: On the question of indicators, we totally agree that the first important step would be to agree on a set of indicators, which was done by the expert group that we brought together. That was the framework for the indicators. I think seven indicators were actually spun out of that. That work is underway. We generally find that you can take that first step, which is relatively easy, but going beyond that to obtain the data to support the indicators is difficult because it requires resources.

Speaking of resources and the flat-curve diagram, you are quite right: I did not mean for a minute to include mental health. My point is that for the outcomes that we can track — such things as cancer and heart disease, where we have reasonable, comparable data — we can speak to the Canadian situation. This data is not all American. The preliminary data that we have for Canada does indicate that we probably are getting to the flat of the curve for some of those diagnoses that have received sufficient attention in the past. Mental health, I quite agree, is not included. We have zero information about what the health care system actually routinely produces in the way of outcomes — for people to be able to stay with their families or return to work, et cetera.

The point of the flat-of-the-curve diagram is that there is Canadian-U.S. data, and in several countries, that indicate that we are over-treating for some of those common clinical diagnoses. We are in a situation such that we are providing more services and actually obtaining, according to the American data, worse outcomes.

If we could identify those, the resources could then be freed up and brought to bear on mental health. That was the point I was trying to make.

With respect to the budget — and I would ask Ms. Joan Roch to respond to the other issue because she is here to speak to confidentiality — there is one slide in the material that speaks to what some jurisdictions have spent. At the moment, though, you are quite right: The Canadian Health Infoway has almost $1 billion to put toward an electronic health record. Kaiser Permanente in California spent $3 billion on an electronic health record system for a client base of 9 million. For a population of 1 billion, $30 million does not even begin to come close. The estimates are that we should be spending in the order of 6 per cent to 8 per cent of our total expenditures, which would take us up

ressources à la santé mentale. Si ces chiffres sont exacts, nous y allouons uniquement 5 p. 100 de nos ressources. Il y aurait donc une carence de 50 p. 100.

Ces chiffres totaux sont importants car ils nous donnent une idée des ressources allouées à la santé mentale au Canada. S'il s'avère que les ressources sont insuffisantes, c'est un problème grave.

Dr Millar: En ce qui concerne les indicateurs, nous sommes tout à fait d'accord avec vous. La première étape consisterait à s'entendre sur une série d'indicateurs. D'ailleurs, un groupe d'experts que nous avons réunis s'est attelé à la tâche d'élaborer un cadre pour les indicateurs. Si je ne m'abuse, sept indicateurs ont été identifiés grâce à leurs efforts. Ce travail est en cours. Nous constatons généralement que cette première étape, qui est relativement facile, ne pose pas de problème. C'est lorsqu'on veut aller plus loin et obtenir les données pour étayer ces indicateurs que des difficultés se posent car cela exige des ressources.

À propos des ressources et du diagramme de la courbe en plateau, vous avez tout à fait raison. Je ne voulais absolument pas y inclure la santé mentale. Pour ce qui est des résultats que nous pouvons retracer — comme les cas de cancer et de maladie du coeur, où nous avons des données raisonnablement comparables — nous pouvons évaluer la situation canadienne. Les données ne sont pas entièrement américaines. Les données préliminaires dont nous disposons pour le Canada indiquent que nous nous dirigeons vers le plat de la courbe en ce qui a trait aux diagnostics qui ont reçu suffisamment d'attention dans le passé. La santé mentale, j'en conviens, n'est pas à inclure. Nous n'avons aucune information au sujet des résultats courants obtenus par le système de soins de santé à l'heure actuelle — notamment pour ce qui est des gens qui sont en mesure de rester dans leur famille ou de retourner au travail, et cetera.

Si ce diagramme a été inclus, c'est qu'il existe des données au Canada et aux États-Unis, ainsi que dans plusieurs autres pays, qui montrent que nous surtraitons certains de ces diagnostics cliniques courants. La situation est la suivante: nous offrons davantage de services et, s'il faut en croire les données américaines, nous obtenons des résultats moins satisfaisants.

Si nous pouvions identifier les secteurs où cela se produit, on pourrait libérer des ressources et les affecter à la santé mentale. Voilà ce que j'essayais d'expliquer.

En ce qui a trait au budget — et je demanderais à Mme Joan Roch de répondre à l'autre volet de votre question puisqu'elle est ici pour parler de la confidentialité —, il y a dans la trousse une diapositive qui montre les sommes dépensées dans certaines provinces. À l'heure actuelle, vous avez raison: l'Inforoute santé au Canada dispose de près d'un milliard de dollars pour mettre sur pied un système de dossiers électroniques en matière de santé. La société Kaiser Permanente, en Californie, a dépensé trois milliards de dollars pour implanter un tel système pour une clientèle de neuf millions de personnes. Pour une population d'un million, 30 millions sont loin d'être suffisants. D'après les

into the $9-billion range, instead of the current $1 billion to $2 billion.

Whether the system can absorb those costs is difficult to predict. I agree that it does not seem to have absorbed them so far. However, it is interesting that sectors such as Kaiser Permanente have been able to absorb 20 per cent of their operating budget into information systems. It may be a question of will rather than of capability. I cannot comment on that. I will ask Ms. Roch to speak to the confidentiality issues.

Ms. Joan Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat, Canadian Institute for Health Information: I am pleased that you mentioned the issue of confidentiality. One of the first things that we all look at, when CIHI is entertaining new data systems and new data holdings, is the implications for privacy and confidentiality. We are able to handle confidentiality quite well because we can apply some interesting techniques to ensure that data are properly protected and that the confidentiality is maintained. Here, we are talking about the fact that much more information is required and you are expanding the spectrum. Privacy is important, and the whole cornerstone of privacy is consent, which you mentioned. Much more debate and discussion is needed on what consent is required for this kind of data holding.

Presuming that it is the most sensitive kind of data, you would want to apply the highest standard, which is informed consent.

However, we are also cognizant of the fact that we are dealing with a population that may have difficulty giving that consent. With all respect to Ms. Bailie, I know that they addressed consent when they conducted the survey, but we do expect, particularly when we move into the homeless population, that it could be a tricky concept with which to work. Presuming that you are expecting to receive consent for this data holding implies that the participant can say, "No, I do not want to be included in that database." Then you have to wonder about the impact on epidemiological studies. What will that do to the quality of the database and to the robustness and reliability of the conclusions that you can draw from that data. That is a long answer, but much discussion would be required in respect of those elements, not only amongst the research and information-holding community, but also in the public. I do not think that has been addressed particularly well yet.

The Deputy Chairman: We had a witness at our first meeting who suffers from bipolar disorder. I know we are talking about two different things in respect of the database, but on the whole question of confidentiality, this particular person had to re-tell her story every time that she went for help. There seemed to be no link. I know that the confidentiality and privacy requirements

estimations, nous devrions y consacrer de 6 à 8 p. 100 de nos dépenses totales, ce qui veut dire autour de neuf milliards de dollars au lieu d'un ou deux milliards comme c'est le cas à l'heure actuelle.

Quant à savoir si le système peut absorber ces coûts, c'est difficile à prévoir. Je conviens qu'il n'a pas semblé l'avoir fait jusqu'ici. Cependant, il est intéressant de noter qu'une entreprise comme Kaiser Permanente a été en mesure de consacrer 20 p. 100 de son budget d'exploitation aux systèmes d'information. C'est peut-être plus une question de volonté que de capacité. Je ne saurais le dire. Je vais demander à Mme Roch de vous parler des questions de confidentialité.

Mme Joan Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée, Institut canadien d'information sur la santé: Je suis heureuse que vous ayez mentionné l'aspect confidentialité. L'une des premières choses que nous examinons lorsque l'ICIF envisage de nouveaux systèmes de données et de nouvelles archives, c'est leur incidence sur la vie privée et la confidentialité. Nous sommes en mesure d'assurer la confidentialité car nous appliquons des techniques fort intéressantes qui garantissent que les données sont dûment protégées et que la confidentialité est maintenue. En l'occurrence, on parle d'élargir le spectre et de recueillir beaucoup plus d'informations. La protection des renseignements personnels est importante et la pierre angulaire de cette protection est le consentement, ce que vous avez d'ailleurs mentionné. Il faudra avoir bien d'autres discussions pour décider quel type de consentement est nécessaire pour des données d'archives de ce genre.

En supposant qu'il s'agit de données des plus délicates, il faudrait appliquer la norme la plus élevée, soit le consentement éclairé.

Cela dit, nous sommes sensibles au fait que nous avons affaire à une population qui risque d'avoir du mal à fournir ce consentement. Je ne veux pas contredire Mme Bailie, et je sais qu'ils ont tenu compte du consentement quand ils ont effectué l'enquête, mais nous nous attendons, surtout quand il s'agira de la population des sans-abri, à ce que ce soit un concept un peu difficile avec lequel travailler. Escompter que vous recevrez le consentement pour recueillir cette donnée, cela laisse entendre que le participant peut dire «non, je ne veux pas être inclus dans cette base de données». Il faut ensuite s'interroger sur l'impact que cela aura sur les études épidémiologiques. Quelle sera l'incidence sur la qualité de la base de données et sur la fiabilité et la solidité des conclusions que l'on pourra tirer des données. Je vous fais une longue réponse, mais il faudrait une discussion approfondie au sujet de ces éléments, non seulement parmi la communauté des chercheurs et des spécialistes de l'information, mais aussi parmi le public. Je ne pense pas que cette question ait été particulièrement bien abordée jusqu'à maintenant.

La vice-présidente: À notre première réunion, nous avons entendu un témoin qui souffre du trouble bipolaire. Je sais que nous parlons de deux choses différentes relativement à la base de données, mais sur toute la question de la confidentialité, cette personne en particulier a été obligée de raconter de nouveau toute son histoire à chaque fois qu'elle est allée demander de l'aide. Il

enter into it, but accessing treatment was a major problem for her. How do you deal with that angle of the privacy and confidentiality issue? For her, it was a major deterrent to seeking proper treatment.

Ms. Roch: That is the treatment component and now we are talking about information. You are approaching this individual and asking if she wants her information shared in this way. Probably, she will not respond.

The Deputy Chairman: It would be difficult.

Ms. Roch: It is very challenging.

The Deputy Chairman: What is the solution? You need this information in your database. What methods are there to bridge that divide?

Ms. Roch: Is this a rhetorical question?

The Deputy Chairman: More or less.

Ms. Roch: We have debated, amongst ourselves, a number of approaches or strategies that need to be addressed to deal with this issue. We need more public debate and discussion on what "consent" means in the health setting. We understand it in terms of care and treatment; however, what does that mean in the information world? We need someone to come forward and take charge of that debate.

Dr. Millar: I would emphasize that. There really has not been a public dialogue in Canada on the issues of privacy and health information. It is a missing dialogue and there has been no leadership on this. Building on Ms. Roch's point, you may want to consider that.

Senator Morin: Everyone hopes that this subject will go away as time goes by, but you are right: We have never worked on this and it is extremely important.

The Deputy Chairman: It is certainly important for that particular witness. That was a major point of frustration.

Ms. Bailie: The questions were: How do we know the stigma exists? Was it a random selection? In testing the waters to see if we could ask the public some of these questions, we conducted qualitative testing. We did one-on-one interviews and focus groups. We asked people how they would generally feel about answering these kinds of questions and divulging that kind of information. They had some concerns about the information landing in the wrong hands. Obviously, people who have suffered from mental illness do not want their employers to know about it. People feel that it could be detrimental to their employment opportunities.

I am speaking about qualitative testing results. I have no science to back this up.

semblait n'y avoir aucun lien. Je sais qu'il y a des questions de confidentialité et de respect de la vie privée, mais l'accès au traitement était un grand problème pour elle. Comment remédier à cette dimension du problème de la confidentialité et du respect de la vie privée? Pour elle, c'était une puissante dissuasion de chercher à se faire soigner adéquatement.

Mme Roch: C'est la composante traitement, alors que nous discutons maintenant de l'information. Si vous demandez à cette personne si elle voudrait que les renseignements sur elle soient partagés de cette manière, elle ne répondrait probablement pas.

La vice-présidente: Ce serait difficile.

Mme Roch: C'est une grande difficulté.

La vice-présidente: Quelle est la solution? Vous avez besoin de cette information dans votre base de données. Quelle méthode permettrait de jeter un pont sur ce fossé?

Mme Roch: Est-ce une question de pure forme?

La vice-présidente: Plus ou moins.

Mme Roch: Nous avons discuté entre nous d'un certain nombre d'approches ou de stratégies qu'il faut examiner et envisager afin de régler ce problème. Ce qu'il faut, c'est un débat public plus approfondi sur ce que signifie le consentement dans le domaine de la santé. Nous savons comment le définir dans le domaine des soins et des traitements; cependant, qu'est-ce que cela veut dire dans le monde de l'information? Il faut que quelqu'un prenne l'initiative et prenne en main ce débat.

Dr Millar: J'insiste là-dessus. Il n'y a pas vraiment eu de débat public au Canada sur les questions relatives à la vie privée et à l'information dans le domaine de la santé. Le débat fait défaut et personne n'a fait preuve de leadership dans ce dossier. Pour faire suite à ce que disait Mme Roch, vous pourriez envisager de faire quelque chose dans ce domaine.

Le sénateur Morin: Chacun espère que la question disparaîtra avec le temps, mais vous avez raison: nous n'avons jamais travaillé à cela et c'est extrêmement important.

La vice-présidente: C'est assurément important pour ce témoin en particulier. C'était une importante source de frustration.

Mme Bailie: Les questions étaient: comment savons-nous que le stigmate existe? était-ce un choix aléatoire? Pour vérifier si nous pouvions poser au public certaines de ces questions, nous avons fait des essais qualitatifs. Nous avons fait des entrevues en tête-à-tête et des réunions de groupes témoins. Nous avons demandé aux gens ce qu'ils pensaient, de façon générale, d'avoir à répondre à des questions de ce genre et à divulguer de tels renseignements. Ils avaient certaines préoccupations, craignant que l'information tombe entre de mauvaises mains. Il est évident que les gens qui ont souffert de maladie mentale ne veulent pas que leurs employeurs le sachent. Les gens ont l'impression que cela pourrait nuire à leur carrière. Je vous parle de résultats d'essais qualitatifs.

Je n'ai aucune donnée scientifique pour appuyer mes dires.

We asked specifically, "Would you respond to these Statistics Canada questions?" For the most part, they were comfortable responding to Statistics Canada. This sort of non-partisan organization is fine. We have a good reputation for maintaining the confidentiality of the data, but they did not want to share information like this with friends or employers.

In the development of our strategies for data collection, it was an enormous challenge to make our interviewers comfortable in an interviewing situation. They had concerns about negative repercussions or sparking negative reactions by asking these questions. In the entire development of the survey, we kept coming across different barriers that we do not normally encounter in developing general health surveys.

We used a random sample of households. We go to the household, ask for a list of people in the household and select an identified respondent based on age or gender. It was totally random and absolutely anonymous. It was collected under the authority of the Statistics Act.

Mr. Stephens: The senator asked about some of the cost estimates in my table on the third page. In particular, all but one of the components of treatment costs come from Health Canada. As I understand their methods, they essentially started with the total of health care costs and then allocated proportions of that to a large number of diagnostic categories to add up to 100 per cent.

I was not involved in that calculation, but the practical problem is how to allocate a cost when the patient takes more than one problem to the health care system. They have apparently allocated the cost according to the primary diagnosis, which does seem to lead to an underestimate based on the total proportion that is due to mental health issues.

That leads to another question. If mental health and physical health problems are presented together, is there a stigma or an economic issue? There may be a fee for service consideration here that encourages physicians to attribute a consultation or prescription to the physical health problem and not the mental health problem. I do not know. However, the numbers came from the primary diagnosis.

Senator Fairbairn: I, too, would like to thank the witnesses for being part of this discussion. Each of you touched on a certain matter in some way, but Dr. Arboleda-Florèz got my attention on page 10 of his report.

You note that less-recognized conditions are more insidious in their impacts. You mention stress-associated problems and the labour market. You address demands for higher levels of knowledge to remain competitive and dependence on mental skills and knowledge. You also talk about the measurement of education.

Nous avons demandé précisément: «Répondriez-vous à ces questions de Statistique Canada?» La plupart des gens se sentaient à l'aise de répondre à Statistique Canada. Ils n'ont pas d'objection à ce genre d'organisation non partisane. Nous avons une bonne réputation pour ce qui est d'assurer la confidentialité des données, mais les gens ne voulaient pas que des renseignements de ce genre soient communiqués à leurs amis ou leurs employeurs.

En élaborant nos stratégies pour la cueillette des données, ce fut un énorme défi d'amener nos interrogateurs à se sentir à l'aise en situation d'interview. Ils craignaient des répercussions négatives ou de provoquer des réactions négatives en posant ces questions. Tout au long de l'élaboration de l'enquête, nous avons constamment buté sur différents obstacles que nous ne rencontrons pas normalement en élaborant des enquêtes générales sur la santé.

Nous avons utilisé un échantillon aléatoire de ménages. Nous frappons à une porte, nous demandons une liste des gens qui font partie du ménage, et nous choisissons un répondant en fonction de l'âge ou du sexe. C'était totalement aléatoire et absolument anonyme. Cela été fait sous les auspices de la *Loi sur la statistique*.

M. Stephens: Le sénateur a posé des questions au sujet des estimations de coût dans mon tableau à la troisième page. En particulier, toutes les composantes du coût des traitements, sauf une, viennent de Santé Canada. Si je comprends bien leur méthode, ils ont essentiellement commencé par faire le total des coûts des soins de santé, après quoi ils ont attribué certaines proportions de ce coût total à un grand nombre de catégories diagnostiques pour obtenir un total de 100 p. 100.

Je n'ai pas participé à ce calcul, mais le problème pratique est de savoir comment attribuer un coût quand le patient se présente dans le système de soins de santé avec plus d'un problème. Ils ont apparemment attribué les coûts selon le diagnostic primaire, ce qui ne semble pas déboucher sur une sous-estimation, selon la proportion totale qui est attribuable à la santé mentale.

Cela pose une autre question. Si l'on combine les problèmes de santé physique et de santé mentale, y a-t-il un stigmate ou une considération financière? Il est possible que certaines dispositions du régime de paiement à l'acte encouragent les médecins à attribuer une consultation ou une ordonnance à un problème de santé physique et non pas à un trouble mental. Je ne le sais pas. Cependant, les chiffres ont été établis à partir du diagnostic primaire.

Le sénateur Fairbairn: Je voudrais moi aussi remercier les témoins de participer à notre discussion. Chacun d'entre vous a abordé une certaine question sous un certain angle, mais le Dr Arboleda-Florèz a attiré mon attention grâce à la page 10 de son rapport.

Vous faites observer que les troubles les moins bien reconnus ont des effets plus insidieux. Vous mentionnez les problèmes associés au stress subi sur le marché du travail. Vous évoquez les exigences d'un niveau toujours plus élevé de connaissance pour demeurer compétitif, et la dépendance envers les habiletés mentales et les connaissances. Vous parlez aussi de la mesure de l'éducation.

We have some alarming statistics in this country, not just in terms of institutional learning. It is reasonably easy to create benchmarks to figure that out, but we have alarming statistics in Canada on the entire question of functional literacy. We see some 40 per cent of our adult population at risk every day, due to varying degrees of difficulty in reading, writing and numeracy, in routine tasks that we around this table simply take for granted. I am glad to see your comments, because many people do not understand the kinds of pressures that this puts on individuals. In your comments, doctor, are you talking about the people who are having difficulty responding to changes in our knowledge-based society? They have been able to function at a certain level, happily doing very good jobs. All of a sudden, they may face the pressure of having to move to a different level.

Do you also include people who come forward with functional literacy problems that are very difficult to identify as the particular issue? They may find the foundation of their problems on your chart more easily. Am I making myself clear?

Dr. Arboleda-Florèz: Yes, it is clear. I am including both. Quite often, we give as a rule of thumb that most Canadians read at only a grade 8 level of education, which, given the advances in technology, is practically illiterate. This is for reading only.

As for numeracy, most people can only add and subtract. Something is wrong with the educational system, but that is a different story.

The levels of literacy and numeracy are very low. Jobs demand much more than the basics because we have become a high-technology society.

Many more people now fall now by the wayside in the labour markets. Those who by virtue of their personality and resiliency usually keep pushing also get to a point where they fall off, usually due to stress when the demands of the job require more knowledge and capability than they possess.

Senator Fairbairn: Is there lack of esteem?

Dr. Arboleda-Florèz: That is the basic issue, and it is compounded. Often, these people cannot go to someone within the organization and say, "I am having problems." They would lose their jobs. Such persons end up seriously depressed.

Usually, it begins to cause problems in performance. The person then gets thrown out of the job. That is just a long road on an issue that could have been identified much earlier. We do not have that system to identify and support people. It is a very cutthroat market in many institutions.

Nous avons des statistiques plutôt inquiétantes dans notre pays, pas seulement pour ce qui est de l'apprentissage scolaire proprement dit. On peut raisonnablement facilement créer des points de repère pour mesurer cela, mais nous avons au Canada des statistiques inquiétantes sur toute la question de l'analphabétisme fonctionnel. On constate que quelque 40 p. 100 de notre population adulte est à risque à chaque jour, à cause de divers degrés de difficulté de lecture, d'écriture et de calcul, dans des tâches courantes que nous, autour de cette table, faisons sans même y penser. Je suis contente de vos observations, parce que bien des gens ne comprennent pas les pressions que cela exerce sur ces personnes. Dans vos observations, docteur, est-ce que vous évoquez les gens qui ont de la difficulté à s'adapter au changement dans notre société fondée sur le savoir? Ils ont réussi à fonctionner à un certain niveau, et ils sont contents de leur emploi dans lequel ils se débrouillent très bien. Tout à coup, ils peuvent être forcés de passer à un niveau supérieur.

Englobez-vous également les gens qui se présentent et qui sont affligés de problèmes d'analphabétisme fonctionnel qui sont très difficiles à identifier comme étant la cause précise? Peut-être peuvent-ils trouver plus facilement la cause de leurs problèmes en consultant votre tableau. Est-ce que je me fais comprendre clairement?

Dr Arboleda-Florèz: Oui, c'est clair. J'inclus les deux. Très souvent, nous disons de manière empirique que la plupart des Canadiens savent lire seulement au niveau de la 8^{e} année, ce qui est pratiquement illettré, compte tenu des progrès technologiques. C'est pour la lecture seulement.

Quant au calcul, la plupart des gens peuvent seulement additionner et soustraire. Il y a quelque chose qui cloche dans le système d'éducation, mais c'est une autre histoire.

Les niveaux de litéracie et de numéracie sont très faibles. Les emplois exigent beaucoup plus que les rudiments de base, parce que nous sommes devenus une société hautement technologique.

Les gens sont aujourd'hui beaucoup plus nombreux à se retrouver mis à l'écart par le marché du travail. Ceux qui, à force de ténacité et d'acharnement, continuent habituellement de se frayer un chemin aboutissent à un point où ils sont éjectés du système, habituellement à cause du stress, quand les exigences de l'emploi nécessitent plus de connaissances et de capacités qu'ils n'en possèdent.

Le sénateur Fairbairn: Est-ce un manque d'estime de soi?

Dr Arboleda-Florèz: C'est le problème de base, et il est exacerbé par d'autres éléments. Souvent, ces gens-là ne peuvent pas s'adresser à quelqu'un au sein de l'organisation et lui dire qu'ils éprouvent des problèmes. Ils perdraient leur emploi. Ces personnes tombent dans une dépression profonde.

Habituellement, cela commence par poser des problèmes au niveau du rendement. La personne se fait alors renvoyer de son emploi. C'est seulement l'aboutissement ultime d'un problème de longue date qui aurait pu être identifié beaucoup plus tôt. Nous n'avons pas de système permettant d'identifier les cas problèmes et de leur venir en aide. Dans beaucoup de secteurs, c'est un marché où la concurrence est très féroce.

Senator Fairbairn: The literacy movement in Canada has difficulties because of the hidden nature of the problem. People struggle, try to do their best, and in many cases survive, until technological issues arise. They do a remarkable and very clever job of working around it.

However, because of the nature of the problem, they are greatly reluctant to come forward and say what is troubling them so that the literacy movement can help them to deal with it. Not on the scale that you are talking about, but on the practical scale of learning to read. The stigma is not as bad as it used to be; however, in addition to their stress, it prevents them from accessing facilities to help them correct the situation.

Dr. Arboleda-Florèz: That is correct. We consider that the outcomes for mental conditions is much better in, let us say, Third World countries, where the pressures are not as many and where most livelihoods are rural-based. There is a better outcome for mental conditions in Third World countries than in advanced countries. One of the reasons given is that there are too many demands on populations that are not prepared for them. There is a tie-in between the issues of confidentiality and stigma. Dr. Millar has said that we as Canadians have to talk openly about these issues, because the stigma comes from our wish to hide from each other. In response to the senator's question about how a person can access services and protect privacy and confidentiality, the Ontario Mental Health Act, section 14, simply states that clinicians in mental hospitals cannot send information to the family doctor if a patient does not agree. Many times, patients do not agree because they are afraid that if the family doctor knows there will be problems. This is bad and risky medicine, because many psychiatric medications have interactions with other medications, and quite a lot of psychiatric conditions are related to physical conditions. It is about 33 per cent comparable.

If the family doctor does not know this person has been in a psychiatric unit and what medication has been prescribed, mistakes can happen. That is because we are afraid to say to each other that mental illness affects all of us. We have to enter into a major national dialogue on that.

Senator Fairbairn: Do any of the other witnesses want to comment? What you are saying today and having it on the record is enormously important in trying to deal with what is a huge and largely hidden issue in our country.

Dr. Millar: I will emphasize my point that if we continue to inappropriately spend money on health care services and do not address the problems of literacy and education, we will fail to make progress in mental health. We cannot just treat people after

Le sénateur Fairbairn: Le mouvement de promotion de l'alphabétisme au Canada éprouve des difficultés à cause de la nature cachée du problème. Les gens se débattent, font de leur mieux et, dans bien des cas, réussissent à survivre, jusqu'à ce qu'ils soient confrontés à des problèmes technologiques. Ils se débrouillent remarquablement bien, avec beaucoup d'habileté, pour se frayer un chemin en dépit des problèmes.

Cependant, à cause de la nature du problème, ils hésitent beaucoup à s'ouvrir de leurs problèmes, ce qui permettrait au mouvement d'alphabétisme de leur venir en aide. Pas à l'échelle que vous évoquez, mais sur un plan plus pratique, en leur apprenant à lire. Le stigmate n'est pas aussi prononcé qu'il l'était autrefois; cependant, en plus du stress qu'ils subissent, cela les empêche d'avoir accès aux outils qui les aideraient à remédier à la situation.

Dr Arboleda-Florèz: C'est exact. Nous considérons que les résultats obtenus dans le cas des troubles mentaux sont bien meilleurs dans, disons, les pays du tiers monde, où les pressions ne sont pas aussi fortes et où la plupart des gens tirent leur gagne-pain de la société rurale. Les résultats des troubles mentaux sont bien meilleurs dans les pays du tiers monde que dans les pays industrialisés. L'une des raisons avancées est qu'il y a trop d'exigences imposées à des populations qui ne sont pas prêtes à les assumer. Il y a un lien entre les questions de la confidentialité et de la stigmatisation. Le Dr Millar a dit que nous, Canadiens, devons parler ouvertement de ces questions, parce que le stigmate provient de notre volonté de dissimuler nos problèmes. En réponse à la question du sénateur qui a demandé comment une personne peut avoir accès aux services tout en protégeant sa vie privée et le caractère confidentiel des renseignements, la *Loi sur la santé mentale de l'Ontario*, à l'article 14, dit simplement que les cliniciens dans les hôpitaux psychiatriques ne peuvent pas communiquer de renseignements aux médecins de famille si le patient ne donne pas son consentement. Bien souvent, les patients refusent de le donner parce qu'ils craignent d'avoir des problèmes si le médecin de famille est au courant. C'est de la mauvaise médecine, et pleine de risques, parce que beaucoup de médicaments psychiatriques ont des interactions avec d'autres médicaments, et beaucoup de troubles psychiatriques sont associés à des troubles physiques. C'est comparable à environ 33 p. 100.

Si le médecin de famille ignore que son patient a consulté une unité psychiatrique et ne sait pas quels médicaments lui ont été prescrits, des erreurs peuvent survenir. C'est parce que nous avons peur de nous avouer l'un à l'autre que la maladie mentale nous atteint tous. Nous devons amorcer un grand dialogue national là-dessus.

Le sénateur Fairbairn: D'autres témoins veulent-ils intervenir? Vos propos aujourd'hui, qui seront consignés au compte rendu, sont extrêmement importants pour nous aider à régler ce problème énorme qui est en grande partie caché dans notre pays.

Dr Millar: Je tiens à réitérer que si nous continuons à mal cibler l'argent dépensé pour les services de soins de santé et à faire peu de cas des problèmes d'analphabétisme et d'éducation, nous ne ferons aucun progrès dans le dossier de la santé mentale. On ne peut se borner à traiter les gens une fois qu'ils sont malades; nous

they become ill; we must also think about prevention. That is one of the things outside the health care system that we have to think about.

Senator Cordy: Dr. Arboleda-Florèz, I enjoyed your historical overview. While some of us have some of the information, it is nice to have it compiled. One can realize how things have changed, from situations where people suffering from mental problems were put in jails, to indefinite or lifelong hospitalization, to what we have now, where patients go in for short periods of time. De-hospitalization is certainly becoming the trend.

I liked your statement about good policies badly implemented. That is certainly what I see happening in this area. How do we, within the community, help mental patients who are de-hospitalized to recover and reintegrate into society? We seem to be depending very much on family members to do that, which is fine if the individuals have a very supportive family. However, if they do not, it seems to me they are falling between the cracks and are often hospitalized again. It becomes the swinging-door policy.

Dr. Arboleda-Florèz: That is the sad story of the poor implementation of a good decision. We could not have continued building more mental hospitals and providing more beds, so the way to go was community treatment, integrating psychiatric services with general medicine. The acute psychiatric units in general hospitals, by virtue of their very high cost per diem, could not hold the mental patient for long. In fact, the benchmark of the federal government is 10.6 days for average length of a stay. The average length of stay in my unit in Kingston is 12.6 days. We get people's symptoms under control quickly. They are discharged into the community and to outpatient systems. Sometimes the systems are not there, or if they are, they not integrated in a cohesive manner, and a person who suffers from mental illness does not even know how to navigate the system. We have to provide help to the person to go from A to B. The government funds these agencies, but they do not do the job, unfortunately. There is tremendous accountability in hospitals because they have a tradition of counting everything to receive the funds.

However, you say you would like to have the mental agencies here, but often there is no accountability. Government provides the funds because the agency is supposed to look after certain types of patients. Just wait for two or three years; they will be doing something completely different from what they were funded for and there is no accountability to government. That is the problem. These mental patients fall between the cracks very easily. Ergo, the eventual revolving-door phenomenon. Because it is difficult to access another bed after readmission, the person ends up committing some minor crime and lands in prison. That is my major concern about the epidemiological studies. Our

devons aussi penser à la prévention. C'est l'un des éléments extérieurs au système des soins de santé auquel nous devons réfléchir.

Le sénateur Cordy: Docteur Arboleda-Florèz, j'ai apprécié votre survol historique. Si certains d'entre nous ont des éléments d'information, il est très utile d'avoir une compilation à long terme. On peut ainsi constater à quel point les choses ont changé; on est passé d'une époque où les gens souffrant de troubles mentaux étaient emprisonnés, à des périodes d'hospitalisation indéterminée ou permanente, pour ensuite en arriver au système actuel où les patients sont gardés à l'hôpital pendant de courtes périodes de temps. Chose certaine, la déshospitalisation est assurément la nouvelle tendance.

J'ai bien aimé votre déclaration au sujet des bonnes politiques qui sont mal appliquées. C'est certainement ce que l'on voit dans ce domaine. En tant que citoyens, comment pouvons-nous aider les malades mentaux traités en dehors des hôpitaux à guérir et à réintégrer la société? Il me semble que nous comptons beaucoup sur les membres de la famille pour jouer ce rôle de soutien, ce qui ne pose pas problème si les malades en question ont une famille très présente. Cependant, si ce n'est pas le cas, ils risquent d'être laissés pour compte et bien souvent de se retrouver de nouveau à l'hôpital. Cela devient une politique de la porte tournante.

Dr Arboleda-Florèz: C'est le triste résultat de la mauvaise application d'une bonne décision. Nous n'aurions pas pu continuer à bâtir d'autres hôpitaux psychiatriques et à ouvrir davantage de lits. Par conséquent, nous avons opté pour un traitement dans la communauté, qui intègre les services psychiatriques à la médecine générale. Étant donné leur coût quotidien très élevé, les unités de soins psychiatriques aigus dans les grands hôpitaux ne pourraient accueillir les malades mentaux pendant longtemps. En fait, le gouvernement fédéral établit à 10,6 jours la durée moyenne d'un séjour en milieu hospitalier. La durée moyenne d'un séjour dans mon unité, à Kingston, est de 12,6 jours. Nous accueillons des gens dont nous pouvons contrôler rapidement les symptômes. On leur donne ensuite leur congé et ils fréquentent des cliniques externes. Parfois, les ressources ne sont pas là ou, si elles existent, elles ne sont pas intégrées de façon cohérente et une personne souffrant de troubles mentaux ne sait même pas comment s'y retrouver dans le système. Nous devons leur fournir de l'aide pour aller de A à B. Le gouvernement finance ces organisations, malheureusement, elles ne s'acquittent pas de leurs tâches. Les hôpitaux affichent une reddition de comptes impeccable car traditionnellement, ils ont toujours tout compté pour recevoir des fonds.

Vous dites que vous aimeriez que les organisations responsables des services aux malades mentaux soient représentées ici, mais souvent, il n'y a aucune reddition de comptes de leur part. Le gouvernement finance une organisation qui est censée s'occuper de certains types de patients. Deux ou trois ans plus tard, elle s'occupera de choses complètement différentes de ce qui lui a valu son financement, et il n'y a aucune reddition de comptes envers le gouvernement. C'est là le problème. Ces malades mentaux passent très souvent entre les mailles du filet de sécurité. D'où ce phénomène de la porte tournante. Étant donné qu'il est difficile d'avoir accès à un autre

mental patients are on the streets or in the prisons. We started there before Confederation and we are still there, and we do not count them. The problem is that without engaging the family, creating a community system that is wholly integrated and seamless, we will not succeed. Mental patients do have problems navigating those thousands of agencies.

Senator Cordy: My second question deals with the information you provided on page 11, about the costs to businesses and to productivity of stress-related illnesses. You mentioned Michael Wilson, who is doing a great job, and I know there is a doctor from Nova Scotia who is doing a tremendous job in bringing those types of things to our attention, as you did today.

Where do we start? We can certainly educate business in one way, by providing the statistics that you provided in your document and that Michael Wilson has provided. When you are talking business dollars, the statistics speak loudly.

It is also a matter of looking at the individuals. We spoke earlier about the stigma attached to mental illness. People also fear that if they tell their employer that they are suffering from a stress-related disorder, they may not receive promotions within the firm. They tend to keep it to themselves. Rather than take a week or two weeks, which may be all they need to deal with an immediate crisis, they end up being off for a year or two years, and some may not return to the workplace for a substantial period of time. Where do we start? There is both the business aspect and the individual aspect.

Dr. Arboleda-Florèz: The issue is that there are systematic barriers in this regard.

Take, for example, a mental patient on welfare. He has some social security money for an apartment and for this and that. That patient has a relapse and spends 15 days in an acute psychiatric unit. He then loses not only the social security funds for that period of time, but also the apartment provided by the housing system. We have a major problem because he ends up staying longer than the 15 days that the government pays the system to keep that person waiting for a bed somewhere in the community. Social security systems must be more proactive and made more capable of dealing with the situation.

Social services are government operations. What about private labour?

There is tremendous discrimination, not only from the boss who may not think of this person for promotion because he has depression, but also from the insurance industry. The insurance

lit après des admissions répétées, le malade finit par commettre une infraction mineure quelconque et se retrouve en prison. Voilà ce qui m'inquiète le plus au sujet des études épidémiologiques. Nos malades mentaux sont dans la rue ou en prison. Nous avons commencé là avant la Confédération et nous en sommes toujours là, et de plus, nous ne les comptons pas. Le problème c'est que sans la contribution de la famille, sans un système communautaire parfaitement intégré et continu, nous courons à l'échec. Les malades mentaux ont du mal à se retrouver parmi ces milliers d'organismes.

Le sénateur Cordy: Ma deuxième question porte sur l'information que vous avez fournie à la page 11, au sujet des coûts pour les entreprises et de la baisse de productivité attribuable aux maladies liées au stress. Vous avez mentionné Michael Wilson, qui fait de l'excellent travail, et je sais qu'il y a un médecin de la Nouvelle-Écosse qui se fait un point d'honneur de nous informer de ce genre de chose, comme vous l'avez fait aujourd'hui.

Par où commencer? Nous pouvons certainement faire l'éducation des chefs d'entreprise en leur fournissant les statistiques que vous citez dans votre document et que Michael Wilson nous a communiquées. Lorsque vous parlez des pertes monétaires essuyées par les entreprises, les statistiques sont éloquentes.

Il faut aussi considérer le sort fait aux individus. Nous avons parlé tout à l'heure de la stigmatisation rattachée à la maladie mentale. Les employés craignent que s'ils confient à leur employeur qu'ils souffrent d'un trouble lié au stress, c'en sera fini de leurs espoirs de promotion au sein de l'entreprise. Par conséquent, généralement ils n'en parlent pas. Au lieu de prendre une semaine ou deux semaines de repos ce qui aurait peut-être suffi à régler une crise immédiate, ils sont forcés de prendre un an ou deux de congé. Certains ne retournent pas au travail pendant une longue période de temps. Par où commencer? Il y a l'aspect entreprise et l'aspect individuel.

Dr Arboleda-Florèz: Le hic, c'est qu'il existe des obstacles systémiques dans ce domaine.

Prenez l'exemple d'un malade mental qui touche la sécurité sociale. Il reçoit des prestations pour son appartement et pour d'autres choses aussi. Supposons que ce patient a une rechute et passe 15 jours dans une unité de soins intensifs psychiatriques. Il perd non seulement les prestations d'aide sociale pour cette période, mais aussi l'appartement qui lui est fourni. Nous nous retrouvons avec un grave problème car il finit par rester en milieu hospitalier plus longtemps que les 15 jours pour lesquels le gouvernement paye le système en attendant qu'on lui trouve un lit ailleurs dans la collectivité. Le système de sécurité sociale doit être plus proactif et habilité à régler la situation.

Les services sociaux sont des services gouvernementaux. Qu'en est-il du secteur privé?

Il y existe une discrimination très répandue, non seulement de la part du patron qui néglige pour une promotion un employé ayant souffert de dépression, mais aussi dans le secteur des

industry is excellent at getting our money. However, when we need them, they are not there. They have hundreds of reasons why the small type provides that your case does not apply.

What is intermediate disability, long-term disability or total disability? Only a lawyer can understand that, but individuals sign a health policy with an insurance company.

Therefore, discrimination exists, but it is different from a stigma. A stigma concerns our attitude toward particular groups. Discrimination is a denial of legal entitlements that we all ought to be able access.

Many insurance companies, and even the government, discriminate against the mentally ill. Those are systemic issues that we must look at. They are easier to look into than how we feel as a society about the stigma. Let's deal with discrimination first, and then we can start chipping away at the stigma.

Senator Léger: Ms. Pullen, you said that the statistics are only the tip of the iceberg. That is frightening. How big is that iceberg?

Ms. Pullen: We do not know. We have some sense from epidemiological studies, practices and history. We have a good sense of what the need for mental health services is in the general population.

We do know that where we can measure those services at a national level, we are only touching on hospital services. We cannot capture information from all those other services that people are currently accessing, such as consumer groups, Alcoholics Anonymous, Weight Watchers, depression or eating disorder groups or the family doctor, which is where most services are probably delivered.

Senator Léger: What is the value of knowing only about the tip?

Ms. Pullen: That is a very good question. There is no value. We are striving to look at ways in which we can capture the information in all the other areas, but it is quite an onerous task. We must develop national standards and implement electronic systems that would be used in a standard way at the front line by an entire range of service providers. There are huge costs and training issues. Consensus building must take place to achieve that.

We work away at it. As the framework shows, we have identified the areas where we know that we need to do the work. However, it is not an overnight process to achieve that.

assurances. Les sociétés d'assurance sont très douées pour nous soutirer de l'argent. Cependant, lorsqu'on en a besoin, elles ne répondent pas à l'appel. Elles invoquent des centaines de raisons, la plupart du temps énoncées en petits caractères, qui font que la protection ne s'applique pas dans votre cas.

Qu'est-ce qu'une invalidité partielle, une invalidité de longue durée ou une invalidité totale? Seul un avocat peut comprendre cela, mais les gens ordinaires contractent une assurance-soins médicaux auprès d'une société d'assurance privée.

Par conséquent, la discrimination existe, mais c'est bien différent de la stigmatisation. La stigmatisation se définit comme notre attitude par rapport à des groupes particuliers. La discrimination est un déni de droits juridiques auquel nous devrions tous avoir accès.

De nombreuses sociétés d'assurance, et même le gouvernement, font de la discrimination à l'endroit des malades mentaux. Ce sont là des problèmes systémiques qu'il nous faut examiner. D'ailleurs, ils sont plus faciles à aborder que la question de savoir comment nous réagissons, en tant que société, face à cette stigmatisation. Attaquons-nous d'abord à la discrimination et ensuite, nous pourrons commencer à éliminer la stigmatisation.

Le sénateur Léger: Madame Pullen, vous dites que les statistiques ne représentent que la pointe de l'iceberg, ce qui est proprement alarmant. Quelle est la taille de cet iceberg?

Mme Pullen: Nous l'ignorons. Notre interprétation se fonde sur des études épidémiologiques, des pratiques et l'histoire. Nous avons une bonne idée des besoins en services de santé mentale pour l'ensemble de la population.

Nous sommes conscients que lorsque nous mesurons ces services à l'échelle nationale, nous ne prenons en compte que les services hospitaliers. Nous ne pouvons obtenir d'informations auprès de tous les autres services auxquels les gens ont accès à l'heure actuelle, comme les groupes de consommation, les alcooliques anonymes, Weight Watchers, les groupes d'aide aux personnes dépressives ou atteintes de troubles de l'alimentation ou encore le médecin de famille car ce sont ces instances qui fournissent vraisemblablement la plupart de ces services.

Le sénateur Léger: Quel intérêt y a-t-il à connaître seulement la pointe de l'iceberg?

Mme Pullen: C'est une très bonne question. Absolument aucun. Nous nous efforçons de trouver des moyens d'aller chercher cette information dans tous les autres domaines, mais c'est une tâche très lourde. Nous devons élaborer des normes nationales et mettre en oeuvre des systèmes électroniques qui seraient utilisés de façon standard en première ligne par toute la gamme des dispensateurs de services. Cela suppose des coûts et des efforts de formation énormes. Pour y arriver, un consensus s'impose.

Nous y consacrons déjà beaucoup d'efforts. Comme le cadre le montre, nous avons recensé les domaines où nous savons que ce travail s'impose. Cependant, il ne faut pas s'attendre à ce que cela se fasse du jour au lendemain.

Senator Léger: I am not at all a specialist in statistics, but I feel it is a lot of energy and money to put into describing the tip of a problem. One can ask, is it absolutely necessary? It certainly is necessary, or you would not be there.

Dr. Millar, did I understand correctly that you said that increased dollars do not necessarily mean better outcomes?

Dr. Millar: You did.

Senator Léger: We need smarter dollars rather than more dollars?

Dr. Millar: In some areas that is true.

Senator Léger: This question is a difficult one for me. Ms. Bailie, why are the Aboriginals and the homeless not included? Is it because the way in which the questions are written would never be understood? Is it a question of culture?

That is quite serious. Do we understand the questions that you ask us? Do the questions conform to your way of thinking rather than our way? Is that a problem?

Ms. Bailie: There are a number of reasons why we are not addressing those populations. The demand and the gap have been clearly identified. If we could cover them, we would.

I will talk about the Aboriginal peoples on reserve first. Historically, we have had difficulty getting cooperation even with our census of population to go on reserve to conduct the surveys. That is issue number one. The budget allocations and so forth are another component.

We do not have a frame for the homeless population. It is difficult to count people if you do not have some kind of frame or context in which to put them. I did find, though, when we were developing this survey, that there seems to be some quite interesting and valuable information being collected at the community level through observation. People are going into soup kitchens and asking the staff to evaluate the homeless population and make some assessment of the situation. Did it look as if they had an alcohol problem? They are asked to make an assessment through observation.

You can assess average age, sex and a little about their situation. Therefore, I did find, even in the Ottawa-Hull area, some interesting information that was gleaned from that.

You are correct. This onerous set of questions in a 60-minute interview would not work for this population. They could not respond to that.

Le sénateur Léger: Je ne suis pas du tout spécialiste en matière de statistiques, mais j'ai l'impression qu'on dépense beaucoup d'argent et d'énergie à décrire la partie visible d'un problème. Il y a lieu de se demander si c'est absolument nécessaire. Ce l'est certainement, sinon vous ne seriez pas ici.

Docteur Millar, ai-je bien compris que vous avez dit qu'une augmentation de fonds ne se traduit pas nécessairement par de meilleurs résultats?

Dr Millar: C'est juste.

Le sénateur Léger: Il nous faut dépenser plus intelligemment au lieu de dépenser plus?

Dr Millar: Dans certains domaines, c'est vrai.

Le sénateur Léger: Cette question-ci est délicate pour moi. Madame Bailie, pourquoi n'a-t-on pas inclus les Autochtones et les sans-abri? Est-ce parce qu'en raison de la façon dont elles sont formulées, ils ne comprendraient pas les questions? Est-ce affaire de culture?

C'est très sérieux. Comprenons-nous les questions que vous nous posez? Ces questions cadrent-elles avec votre mentalité plutôt qu'avec la nôtre? Est-ce là un problème?

Mme Bailie: Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles nous ne visons pas ces populations. La demande et la carence à cet égard ont été clairement identifiées. Si nous pouvions les inclure, nous le ferions.

Je parlerai d'abord des Autochtones vivant sur les réserves. Depuis toujours, nous avons eu du mal à obtenir la collaboration des résidents lorsque nous nous rendons sur les réserves pour effectuer des sondages, même pour le recensement de la population. C'est une partie du problème. Les allocations budgétaires et autres en sont une autre partie.

Nous n'avons pas de cadre pour la population itinérante. Il est difficile de dénombrer ces personnes s'il n'y a pas de cadre ou de contexte quelconque dans lesquels on peut les intégrer. Cela dit, j'ai constaté au moment où nous élaborions notre enquête qu'il semble y avoir des informations valables fort intéressantes qui ont été recueillies au niveau communautaire grâce à l'observation. Les gens se rendent dans les soupes populaires et demandent aux employés d'évaluer la population des sans-abri et de jauger la situation. À leur avis, certains semblent-ils avoir un problème de consommation abusive d'alcool? On leur demande de faire une évaluation en se fondant sur leurs observations.

On peut ainsi obtenir l'âge moyen, le sexe et quelques renseignements au sujet de la situation personnelle de chacun. J'ai effectivement obtenu, même dans la région d'Ottawa-Hull, des renseignements intéressants glanés de cette façon.

Vous avez raison. La série de questions fastidieuses que l'on pose dans le cadre d'une entrevue de 60 minutes ne convient pas à cette population. Ces gens-là ne pourraient pas répondre à ce genre de questionnaire.

Senator Léger: Are you beginning to have the Aboriginals or the homeless work for you and gather information in their respective communities? Perhaps 30 years ago that was impossible, but it must come from them, not from us.

Ms. Bailie: That is the approach we have taken with the census this time, with some success. Perhaps we can move forward on that.

Senator Léger: The other items for discussion, such as education, social support and all the positive aspects, are not in your line of work. The mental issues all start with the social conditions?

Dr. Millar: It is not directly part of our measurement and statistical system. However, certainly within CIHI we have the Canadian Population Health Initiative. I specifically mentioned some of the results regarding Aboriginal youth suicide. We do have information showing that the social aspects of the way in which their cultures are organized are having a huge impact on mental health and the likelihood of suicide.

We certainly are thinking about those broader determinants of health, particularly the importance of education and early childhood development. They have emerged as having a huge impact on subsequent mental health. We are concerned about these things.

We do have good measures for some of these things. They can be brought down to a local level to assist in thinking through how to prevent mental illness and support mental well-being.

Senator Léger: I also wanted to mention that there have been no studies to provide statistics, rural and urban, on Newfoundland.

It is strange, given that your job is to be precise, that there are no statistics on Newfoundland.

Ms. Bailie: I think that with this new survey, we should be able to say something about urban/rural, and certainly about the provincial differences. It will happen.

The Deputy Chairman: We will make sure that we have you back in August when you are finished.

Dr. Millar, when you spoke about health information and other countries, is there a country that we could look to as an example of health information data gathering?

Dr. Millar: I do not think there is any one country that is ahead of us. The international comparisons that we have been making show that, for outcome measures in health care, if that is what we are talking about, Canada does as well as any other country. However, there are better examples within other countries. One I talked about was Kaiser Permanente in the U.S., which has invested a great deal in the system. The Veterans Administration

Le sénateur Léger: Avez-vous commencé à demander à des Autochtones ou à des sans-abri de travailler pour vous afin d'obtenir des renseignements sur leurs milieux respectifs? Il y a une trentaine d'années, cela aurait été impossible, mais maintenant, c'est à eux, plutôt qu'à nous de s'en occuper.

Mme Bailie: C'est la démarche que nous avons adoptée pour le recensement cette fois-ci, avec un certain succès. Nous pourrions sans doute poursuivre sur cette voie.

Le sénateur Léger: Les autres sujets de discussion, comme l'éducation, le soutien social ne sont pas du ressort de votre profession. Les problèmes mentaux prennent-ils tous naissance dans les conditions sociales?

Dr Millar: Cela ne fait pas directement partie de notre système statistique et de mesure. Cependant, l'Institut canadien d'information sur la santé a lancé l'Initiative sur la santé de la population canadienne. D'ailleurs, j'ai mentionné spécifiquement certains de ces résultats concernant le suicide chez les jeunes Autochtones. Nous détenons des renseignements qui montrent que les aspects sociaux qui composent leur culture ont une incidence importante sur la santé mentale et la probabilité du suicide.

Chose certaine, nous prenons en compte ces grands déterminants de la santé, particulièrement l'importance de l'éducation et du développement au cours de la petite enfance. Il ressort que ces deux éléments influent énormément sur l'état de santé mental subséquent. Nous sommes sensibles à ces facteurs.

D'ailleurs, nous avons de bons instruments de mesure pour certains d'entre eux. On peut s'en servir au niveau local pour réfléchir à des moyens de prévenir la maladie mentale et de favoriser le bien-être mental.

Le sénateur Léger: Je voulais aussi mentionner qu'aucune étude ne comporte de statistiques, rurales et urbaines, sur Terre-Neuve.

Il est plutôt étrange, étant donné que votre tâche consiste à être précis, qu'il n'y ait pas de statistiques sur Terre-Neuve.

Mme Bailie: Dans le cadre de cette nouvelle enquête, nous devrions être en mesure de vous fournir des précisions sur la population urbaine/rurale et certainement sur les disparités entre les provinces. Cela ne saurait tarder.

La vice-présidente: Nous allons nous assurer de vous réinviter en août, une fois que vous aurez terminé.

Docteur Millar, lorsque vous avez parlé de ce qui se fait dans d'autres pays en matière de collecte d'informations sur la santé, y a-t-il un pays qui pourrait nous servir d'exemple à cet égard?

Dr Millar: Je ne pense pas qu'il y ait un pays qui nous devance. Les comparaisons internationales que nous avons faites montrent que pour ce qui est de mesurer les résultats dans le domaine des soins de santé, si c'est ce dont nous parlons, le Canada fait aussi bonne figure que n'importe quel autre pays. Cela dit, il y a des exemples fort intéressants ailleurs. J'ai parlé de la société américaine Kaiser Permanente qui a investi beaucoup d'argent

in the U.S. has done a much better job. There are other examples like that, but no nation as a whole has exceeded Canada. As bad as it is, it is as good as it gets.

The Deputy Chairman: I thank our witnesses, who have been most informative.

Honourable senators, we have two budgets for consideration. The first is the budget allocation ending March 31, 2004, for legislation, which totals $3,000. I would entertain a motion to approve this budget.

Senator Fairbairn: I so move.

The Deputy Chairman: Is there any discussion? All those in favour?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Motion agreed to.

The next budget item is for the special study that we are doing now on mental health. This budget is in the amount of $142,000. We were planning to be in Toronto this week or next, and therefore add that amount to this fiscal year. We are now unable to go, so we will move it to the next fiscal year. That then puts our budget amount at $142,000.

May I have a motion to approve this budget?

Senator Cordy: I so move.

The Deputy Chairman: Is there any discussion? All in favour?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Motion agreed to and the budget is approved.

On March 26, we will meet for preliminary discussions on Bill C-13, the human reproductive technology bill. We wanted to have Senator Morin arrange some special briefings for us.

On Bill S-13, Mr. Radwanski is not available until early April. That is a much better date than the original date in late May.

The committee adjourned.

dans un système de cueillette de données. Aux États-Unis également, le ministère des Anciens combattants fait du bien meilleur travail qu'ici. Il y a d'autres exemples comme ceux-là, mais aucun pays comme tel n'a dépassé le Canada. Même si ce n'est pas brillant, il n'y a pas mieux.

La vice-présidente: Je remercie nos témoins qui ont été de véritables mines d'informations.

Honorables sénateurs, nous devons étudier deux budgets. Premièrement, l'allocation budgétaire prenant fin le 31 mars 2004 pour le volet législatif, qui totalise 3 000 $. Il faudrait que quelqu'un présente une motion d'approbation de ce budget.

Le sénateur Fairbairn: J'en fais la proposition.

La vice-présidente: Y a-t-il des interventions? Tous ceux qui sont en faveur?

Des voix: D'accord.

La vice-présidente: La motion est adoptée.

Le deuxième budget concerne l'étude spéciale sur la santé mentale que nous effectuons à l'heure actuelle. Il s'établit à 142 000 $. Nous avions prévu d'être à Toronto cette semaine ou la semaine prochaine et par conséquent, cette somme a été ajoutée à l'exercice financier. Comme nous ne sommes pas en mesure de nous y rendre, nous allons la reporter au prochain exercice. Notre budget s'élève dont à 142 000 $.

Quelqu'un peut-il présenter une motion d'approbation de ce budget?

Le sénateur Cordy: J'en fais la proposition.

La vice-présidente: Y a-t-il des intervenants? Tous ceux qui sont en faveur?

Des voix: D'accord.

La vice-présidente: La motion est adoptée. Le budget est approuvé.

Le 26 mars prochain, nous allons amorcer les discussions préliminaires sur le projet de loi C-13, Loi concernant la procréation assistée. Nous voulions que le sénateur Morin organise certaines séances d'information spéciales pour nous.

À propos du projet de loi S-13, M. Radwanski n'est pas disponible avant le début d'avril, ce qui est bien mieux que la date originale de la fin mai.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid
Lettermail
Poste-payé
Poste-lettre
1782711
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Wednesday, March 19, 2003

From St. Michael's Hospital:

Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies.

From The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology:

Dr. Alain Lesage, Past President.

From Health Canada:

Tom Lips, Senior Adviser, Mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch.

Thursday, March 20, 2003

As an individual:

Thomas Stephens, Consultant.

From Statistics Canada:

Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division.

From the Canadian Institute for Health Information:

Dr. Johns S. Millar, Vice-President, Research and Analysis;

Carolyn Pullen, Consultant;

Joan Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat.

From Queen's University:

Dr. Julio Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry.

Le mercredi 19 mars 2003

De l'Hôpital St. Michael's:

Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide.

De l'Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique:

Dr Alain Lesage, président sortant.

De Santé Canada:

Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collecitivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Le jeudi 20 mars 2003

À titre personnel:

Thomas Stephens, expert-conseil.

De Statistique Canada:

Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé.

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse;

Carolyn Pullen, expert-conseil;

Joan Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée.

De l'Université Queen's:

Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie.

Available from:
Communication Canada – Canadian Government Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9
Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca