



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, April 30, 2003
Thursday, May 1, 2003

Issue No. 13

Fourth and fifth meetings concerning:

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 30 avril 2003
Le jeudi 1^{er} mai 2003

Fascicule n° 13

Quatrième et cinquième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

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:

* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.) Cook Cordy Fairbairn, P.C. Keon Léger	* Lynch-Staunton (or Kinsella) Morin Pépin Robertson 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 Pépin substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*April 30, 2003*).

The name of the Honourable Senator Robertson substituted for that of the Honourable Senator Di Nino (*April 29, 2003*).

The name of the Honourable Senator Di Nino substituted for that of the Honourable Senator Murray (*April 28, 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:

* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) Cook Cordy Fairbairn, c.p Keon Léger	* Lynch-Staunton (ou Kinsella) Morin Pépin Robertson 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 Pépin substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 30 avril 2003*).

Le nom de l'honorable sénateur Robertson substitué à celui de l'honorable sénateur Di Nino (*le 29 avril 2003*).

Le nom de l'honorable sénateur Di Nino substitué à celui de l'honorable sénateur Murray (*le 28 avril 2003*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 30, 2003
(17)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:52 p.m. this day, in room 705 Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Pépin and Robertson (10).

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

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos

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.

WITNESSES:

From Health Canada:

Ms. Pam Massad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch.

From the University of Toronto:

Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children.

From the Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine:

Dr. Johanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist; Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research.

Pam Massad, Joe Beitchman and Johanne Renaud each made a presentation and answered questions.

At 5:55 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 30 avril 2003
(17)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 52, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Pépin et Robertson (10).

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

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Également 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.

TÉMOINS:

De Santé Canada:

Mme Pam Massad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

De l'Université de Toronto:

Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant, Département de psychiatrie; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children.

Du Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine:

Dre Johanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé du Canada.

Pam Massad, Joe Beitchman et Johanne Renaud font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 17 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Thursday, May 1, 2003
(18)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:05 a.m. this day, in room 257 East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin and Robertson (9).

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

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

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.

WITNESSES:

From the University of British Columbia (by videoconference):

Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

From McGill University:

Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital.

From the Children's Hospital of Eastern Ontario:

Dr. Simon Davidson, Chairman, Division of Child and Adolescence Psychiatry.

From the Canadian Paediatric Society:

Dr. Diane Sacks, President-Elect;

Ms. Marie Adèle Davis, Executive Director.

Charlotte Waddell, Howard Steiger, Simon Davidson and Diane Sacks each made a presentation and answered questions.

At 1:13 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 1^{er} mai 2003
(18)

[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 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin et Robertson (9).

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

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Également 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 concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De l'Université de la Colombie-Britannique (par vidéoconférence):

Dre Charlotte Waddell, professeure adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

De l'Université McGill:

Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas.

Du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario:

Dr Simon Davidson, chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

De la Société canadienne de pédiatrie:

Dre Diane Sacks, présidente élue;

Mme Marie-Adèle Davis, directrice exécutive.

Charlotte Waddell, Howard Steiger, Simon Davidson et Diane Sacks font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

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

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 30, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:52 p.m. to study 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 shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: We have with us today three presenters. The first is Pam Massad, who is Associate Director at Health Canada's Division of Childhood and Adolescence. We also have Dr. Joe Beitchman from the Department of Psychiatry at the University of Toronto, and Dr. Johanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist Young Investigator with the Canadian Institutes of Health Research.

I should also say for the record that we are absolutely delighted to have our colleague Senator Robertson back. Welcome back.

We will proceed with each of you doing your opening remarks and then we will have a discussion as a group. Thank you for coming.

Ms. Pam Massad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada: I am pleased to be here today to speak to you about a serious issue, which is fetal alcohol spectrum disorder, which is known as FASD.

At least one baby a day in Canada is born with fetal alcohol syndrome, FAS, a disability that will have repercussions for the child, his or her family and the community for the individual's entire life. FASD is the leading cause of preventable birth defects and developmental delays in Canada. It is more common than Down's Syndrome.

Today I will provide a brief overview of FASD and to describe its impact on children, youth, parents and caregivers who are living with the challenges of FASD on a daily basis. I would like to highlight the importance of a medical diagnosis and early intervention on the prognosis for people living with FASD.

I would also like to give the committee an overview of the work that Health Canada is currently doing in this area. We at Health Canada are taking a pan-Canadian approach including services provided by First Nations and Inuit Health Branch. We are working with provinces and territories as well as First Nation and Inuit communities to deliver a comprehensive and coordinated approach to the issue. I will address this further in my presentation.

Fetal alcohol spectrum disorder is an umbrella term that refers to the range of clinical conditions associated with prenatal alcohol exposure. FASD includes a range of alcohol related disabilities

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 30 avril 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 52, pour étudier les questions suscitées par le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 l'évolution de la situation depuis. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président: Nous accueillons aujourd'hui trois témoins. D'abord, Pam Massad, directrice déléguée de la Division de l'enfance et de l'adolescence de santé Canada. Puis, M. Joe Beitchman, du département de psychiatrie de l'Université de Toronto, et la Dre Johanne Renaud, pédopsychiatre et chercheure boursière des Instituts de recherche en santé du Canada.

J'aimerais aussi dire officiellement à quel point nous sommes ravis de voir que le sénateur Robertson est de retour. Bienvenue.

Chacun d'entre vous aura droit à une déclaration préliminaire, après quoi nous passerons à la discussion collective. Mais d'abord, merci de comparaître.

Mme Pam Massad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada: Je suis ravie d'être ici aujourd'hui pour vous parler d'un problème grave, les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale, autrement dit les TSAF.

Il naît tous les jours au Canada au moins un enfant souffrant du syndrome de l'alcoolisme foetal, le SAF, incapacité qui se répercute sur l'enfant, sa famille et tous ceux qui l'entourent, pendant toute sa vie. Les TSAF sont la première cause d'anomalie congénitale et de retard de développement complètement évitable au Canada. C'est une maladie plus courante que le syndrome de Down.

Je vous donnerai aujourd'hui un bref aperçu des TSAF, et je vous expliquerai leur incidence sur les enfants, les jeunes, les parents et les fournisseurs de soins qui doivent tous relever quotidiennement le défi que posent les TSAF. J'aimerais souligner l'importance du diagnostic médical et d'une intervention précoce sur le pronostic pour ceux qui en souffrent.

Je voudrais également faire un tour d'horizon des activités de Santé Canada dans ce secteur. Notre ministère a une vision pancanadienne et fournit des services aux Premières nations et aux Inuits par l'intermédiaire d'une de ses directions générales. Nous oeuvrons également avec les provinces et les territoires de même qu'avec les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites dans le but d'avoir une vision exhaustive et coordonnée du problème. J'en parlerai plus tard dans mon exposé.

Les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale s'appliquent à toute une gamme de conditions cliniques associées à l'exposition du fœtus à l'alcool. Les TSAF sont caractérisés par des anomalies

such as FAS, fetal alcohol effects, FAE, partial fetal alcohol syndrome, PFAS, alcohol related neurological disorder, ARND, and alcohol-related birth defects

FAS is a medical diagnosis and the most easily diagnosed alcohol-related disability. It takes into consideration known maternal alcohol consumption during pregnancy, a specific pattern of facial features, growth deficiencies, developmental delays and damage to the central nervous system.

However, the degree and level of FASD varies greatly in timing, dose, frequency, condition of exposure, individual mother and fetus. Children do not grow out of FASD. It is a lifelong disability. Most frustrating is that at the root it is 100 per cent preventable.

FASD is a fairly new field of study. As a result, we are still working on building our evidence base. We are currently not collecting data on a national basis, but have begun to work towards standardized diagnosis guidelines that will help to begin to collect reliable data that we can use.

A conservative estimate puts the incidence of FAS at 1 to 3 cases per 1,000 births per year.

The Chairman: That is a Canadian number?

Ms. Massad: That is an international estimate.

For FASD, which is the spectrum of which I spoke, that number would be higher. It is also higher in Aboriginal communities as a result of serious social problems and a teen birth rate four times higher than the national average.

However, it is not just an issue for Aboriginal women or marginalized women. Drinking alcohol during pregnancy crosses all socio-economic barriers. For example, anecdotal evidence from clinicians indicates an increase in FASD births to university educated women in their late 20s and early 30s. This could be because of their lifestyle. It may involve alcohol in social and professional settings. This is interesting to note when we develop our public awareness campaigns. They are not normally women we would classify as at risk.

FASD has numerous effects on the child. These include: primary disabilities, which are permanent life-long disabilities that are a direct result of prenatal exposure to alcohol causing changes in brain and central nervous system structure and functioning. The primary difficulties can include behavioural difficulties, learning disabilities, growth deficiencies, attention deficits, memory problems and poor social skills.

dues à l'alcool tels que le syndrome de l'alcoolisme foetal, les effets de l'alcool sur le foetus (EAF), le syndrome d'alcoolisme foetal partiel (SAFP), les troubles neurologiques liés à l'alcool (TNLA), et les anomalies congénitales dues à l'alcool.

Le SAF est l'incapacité médicale que peut diagnostiquer le plus facilement le médecin et qui est due à l'alcool. Il tient compte de la consommation connue d'alcool par la mère durant la grossesse, et se base sur une gamme précise de caractéristiques faciales, de déficiences dans la croissance, de retard dans le développement et de dommages au système nerveux central.

Toutefois, la gravité des anomalies varie énormément selon le moment où l'alcool a été absorbé, la dose d'alcool, la fréquence de consommation, de même que les conditions d'exposition, et dépend de chaque mère et de chaque enfant. Les enfants ne peuvent en guérir; ils en souffriront leur vie durant. Mais le plus décourageant, c'est que cette maladie est complètement évitable.

Les TSAF constituent un nouveau domaine d'étude. C'est pourquoi nous sommes encore à édifier notre banque de signes probants. Nous ne colligeons pas actuellement de données à l'échelle nationale, mais nous envisageons d'établir des lignes directrices normalisées pour le diagnostic, ce qui devrait nous aider à colliger des données fiables que nous pouvons utiliser.

Nos chiffres les plus prudents évaluent la prévalence du SAF à un à trois cas par mille naissances chaque année.

Le président: Pour le Canada?

Mme Massad: Non, à l'échelle mondiale.

Pour ce qui est des TSAF, la prévalence est encore plus élevée. De plus, le taux de prévalence dans les collectivités autochtones est plus élevé, en raison de graves problèmes sociaux et parce que le taux de grossesse chez les adolescentes est quatre fois celui du taux de grossesse national.

Toutefois, ce problème ne touche pas uniquement les femmes autochtones ou marginalisées. La consommation d'alcool pendant la grossesse se constate dans toutes les couches de la société. Ainsi, des renseignements non scientifiques de la part de cliniciens soulignent une augmentation dans les naissances TSAF chez les femmes de formation universitaire, dans la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine. C'est peut-être à cause de leur style de vie et du fait qu'elles consomment de l'alcool lors de rencontres sociales ou dans leur milieu professionnel. Cela vaudrait la peine d'en tenir compte lors de l'élaboration de nos campagnes de sensibilisation, car il ne s'agit pas de femmes que l'on considérerait traditionnellement comme étant à risque.

Les TSAF se manifestent de bien des façons chez les enfants. On peut retrouver chez eux des anomalies dites principales, des malformations permanentes résultant directement de l'exposition du foetus à l'alcool qui entraîne des changements dans le fonctionnement et la structure du cerveau et du système nerveux central. Ces anomalies principales incluent des troubles de comportement, des difficultés d'apprentissage, des retards de croissance, des déficiences de l'attention, des troubles de mémoire et des lacunes dans les aptitudes sociales.

People with FASD are more likely than the general population to develop problems called secondary disabilities. These include mental health problems, difficulty with the law, disruptive school experience such as suspension, alcohol, drug problems and inappropriate sexual behaviour. Secondary disabilities may be prevented or managed if they are understood. Appropriate intervention strategies can then be developed and implemented.

A study done by Anne Streissguth out of Seattle, Washington, in 1997 show the range of secondary disabilities resulting from prenatal exposure to alcohol and their persistence throughout the lifespan. As you can see in this table, mental health problems are quite high and do not vary with age. Ninety-five per cent of these individuals are affected with mental health disorders. Disrupted school experience increases as those affected grow older. Incidence of trouble with the law also increases considerably with age and remains quite high across the life span. Confinement is usually the outcome for people with FASD who get in trouble with the law.

I would like to note that secondary disabilities are not caused by the direct effects of alcohol on the developing fetus but by the individual's inability to function in society.

Parents and caregivers of FASD children and youth are often their sole advocates, friends and constant companions. At present, there are no coordinated comprehensive support system for parents and caregivers. Although direct services and supports to parents fall under the mandate of provinces and territories, Health Canada is committed to working in collaboration and partnership with all levels of government to ensure that families and communities are well supported.

Due to the limitations and disabilities of the FASD child, parents and caregivers are required to provide constant care. Many parents and caregivers experience social and emotional isolation from family, friends and their communities. In their attempts to access the required services and supports for their child, many families experience serious financial burdens. Many provinces and territories do not offer financial support for specialized health services, educational supports and legal supports.

A 1999 study shows clearly that intervention, which includes diagnosis, mitigates the onset of secondary disability in those affected with FASD. It is important to the well-being of the child that a medical diagnosis is made as early as possible. Currently, these diagnoses are made between the ages of 7 and 10. Studies are suggesting that the diagnoses be made earlier — between ages of 4 to 6.

De plus, les gens qui souffrent des TSAF sont plus susceptibles que le reste de la population de développer ce que nous appelons des incapacités secondaires, notamment des problèmes de santé mentale, des démêlés avec la loi, des perturbations dans la scolarité telles que des épisodes de suspension et des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, de même que des comportements sexuels inappropriés. Ces incapacités secondaires peuvent être évitées, voire gérées, si elles sont comprises et des stratégies d'intervention appropriées peuvent alors être mises au point et en application.

Une étude effectuée en 1997 par Anne Streissguth à partir de Seattle, dans l'État de Washington, montre toute la gamme des incapacités secondaires dues à l'exposition du fœtus à l'alcool et leur persistance la vie durant. Comme l'illustre le tableau, les troubles de santé mentale sont très élevés et ne varient pas avec l'âge. En effet, 95 p. 100 de ces personnes ont des problèmes de santé mentale. Les problèmes de scolarité augmentent plus l'enfant grandit, et les épisodes de démêlés avec la justice augmentent considérablement avec l'âge et restent élevés la vie durant. Par conséquent, la plupart des gens souffrant de TSAF ayant des démêlés avec la justice finissent par être placés dans des établissements.

Je signalerais que les incapacités secondaires ne sont pas causées par les effets directs de l'alcool sur le développement du fœtus, mais par l'incapacité de l'individu de fonctionner en société.

Les parents et les fournisseurs de soins aux enfants et aux jeunes souffrant de TSAF sont souvent leurs seuls défenseurs, amis et compagnons constants. À l'heure actuelle, il n'existe aucun système de soutien exhaustif et coordonné visant à aider les parents et les fournisseurs de soins. Bien que les services et les soutiens directs aux parents relèvent des provinces et des territoires, Santé Canada est déterminé à collaborer en partenariat avec tous les paliers du gouvernement pour assurer un bon soutien aux familles et aux collectivités touchées.

Étant donné les limitations et les incapacités des enfants TSAF, parents et fournisseurs de soins doivent leur prodiguer des soins constants. C'est pourquoi parents et fournisseurs de soins sont nombreux à connaître l'isolement social et affectif et à voir famille, amis et collectivités s'éloigner d'eux. Dans leurs tentatives d'avoir accès à des services de soutien nécessaires pour leurs enfants, les familles sont nombreuses à faire face à des charges financières très lourdes. En effet, beaucoup de provinces et de territoires n'offrent pas d'aide financière pour ceux qui veulent avoir des services de santé spécialisés, de l'encadrement pédagogique et du soutien juridique.

Une étude de 1999 démontre clairement que l'intervention, et notamment le diagnostic précoce, permet d'atténuer le développement des incapacités secondaires chez ceux qui souffrent de TSAF. Il est donc essentiel pour le bien-être de l'enfant qu'un diagnostic médical soit effectué le plus rapidement possible. À l'heure actuelle, ces diagnostics se font entre l'âge de 7 et de 10 ans, alors que des études laissent entendre qu'ils devraient être posés plus tôt, entre 4 et 6 ans.

An FAS diagnosis is not just attaching a medical term or label to the disability. It is often the key to accessing the support and services required by those affected.

Those who have been affected by FASD speak of positive things that have come from a clear diagnosis of their disability. It can provide a child, individual and family with the knowledge they require to function and successfully manage their lives within their individual abilities and limits. In some provinces, an FAS diagnosis will allow a child additional support within his or her classroom or special sessions with an occupational therapist.

Health Canada is currently working on the standardization of diagnostic guidelines with experts and clinicians across the country and to ensure consistency and cultural appropriateness, particularly as it relates to Aboriginal communities. We are also working very closely with our stakeholders, such as the Canadian Paediatric Society, to develop these guidelines.

There have been several federal initiatives that provide funding streams for FASD, and those are most notably the ones listed: the Canadian Prenatal Nutrition Program Expansion, the federal-provincial-territorial Early Childhood Development, ECD, strategy, and the federal ECD strategy for First Nations and other Aboriginal children.

It is important to note, however, that FASD, throughout the life stages, is best addressed through integrated and coordinated efforts of all players. We are much more effective when we work together in partnership. It is important that governments at all levels, including First Nation Community Councils, collaborate. The federal government must also come together with their federal colleagues such as Justice, Solicitor General, Human Resources Development Canada, the homelessness secretariat, to name a few, as well as provincial and territorial partners to address the gaps in services to those children, youth, families and communities affected by FASD.

An example of this collaboration is our work on our national framework for action, which Health Canada is currently in the process of developing. This framework will be a collaborative effort to bring together all levels and jurisdictions to address a common set of goals and objectives focused on FASD.

As part of its FASD initiative, Health Canada has funded several national projects aimed at building community capacity to address challenges and barriers of FASD. Projects are targeted at raising awareness and building the skill levels of community-based, front-line workers and service providers to provide appropriate levels of services and supports to those living with FASD.

To provide an integrated and comprehensive approach to FASD, Health Canada has developed a national advisory committee, an interdepartmental working group, a departmental

Un diagnostic du SAF ne signifie pas uniquement d'étiqueter l'incapacité ou de lui attacher une appellation médicale; il représente souvent la voie vers le soutien et les services nécessaires.

Ceux qui souffrent de TSAF parlent des résultats positifs qui auraient découlé d'un diagnostic clair de leur maladie. Ce diagnostic peut donner à l'enfant et à sa famille les connaissances nécessaires pour fonctionner et pour gérer avec succès sa vie dans la limite de ses capacités individuelles. Dans certaines provinces, un diagnostic du SAF permettra d'accorder à un enfant du soutien additionnel dans sa classe ou lui donnera accès à des séances spéciales d'ergothérapie.

Santé Canada s'emploie actuellement à élaborer avec des spécialistes et des cliniciens de partout au Canada des directives cliniques normalisées qui assureraient une approche uniforme et sensible aux particularités culturelles, ce qui est important dans le cas des collectivités autochtones. Nous oeuvrons en étroite collaboration avec nos partenaires, tels que la Société canadienne de pédiatrie, pour élaborer ces lignes directrices.

Le gouvernement fédéral a lancé plusieurs initiatives destinées à fournir des voies de financement pour traiter les TSAF, dont les plus importantes sont: l'expansion du Programme canadien de nutrition prénatale, la Stratégie sur le développement de la petite enfance (DPE) instaurée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et la Stratégie fédérale sur le DPE chez les Premières nations et les autres peuples autochtones.

Notons cependant, ce qui est important, que les TSAF sont mieux traités, à toutes les étapes de la vie, lorsque les efforts de tous les intervenants sont intégrés et coordonnés. En effet, nous sommes beaucoup plus efficaces en partenariat. Il est donc essentiel que tous les paliers de gouvernement, y compris les conseils des communautés des Premières nations, travaillent de concert. De plus, au niveau fédéral, Justice, Solliciteur général, Développement des ressources humaines Canada, le Secrétariat national pour les sans-abri, pour ne nommer que ceux-là, doivent collaborer avec des partenaires provinciaux et territoriaux pour combler les lacunes dans les services offerts à ces enfants, à ces jeunes, ainsi qu'aux familles et aux collectivités aux prises avec les TSAF.

Comme preuve de cette collaboration, je vous signale le travail que nous effectuons sur le cadre national d'action que Santé Canada est actuellement à élaborer. Ce cadre constituera un effort de collaboration destiné à regrouper tous les paliers de gouvernement et toutes les compétences pour traiter un ensemble commun d'objectifs axés sur les TSAF.

Dans le cadre de cette initiative sur les TSAF, Santé Canada a subventionné plusieurs projets nationaux destinés à renforcer les capacités des collectivités visées pour les aider à relever les défis que posent les TSAF et à en surmonter les obstacles. Ces projets visent à sensibiliser la population aux TSAF et à permettre aux travailleurs de première ligne et aux fournisseurs de soins d'acquérir les compétences voulues pour fournir les services et le soutien appropriés à ceux qui sont aux prises les TSAF.

Afin d'intégrer son approche des TSAF et de la rendre positive, Santé Canada a mis sur pied un comité consultatif national, un groupe de travail interministériel, un groupe de travail

working group, and the national framework of action, of which you have been provided a copy. We are currently in the process of completing our consultation work on the draft framework, which includes meetings with the provinces and territories, other federal departments, and stakeholders across the country to gain their input and feedback.

Since 1999, many of our efforts at Health Canada have included launching a national public awareness campaign, a focus on professional awareness and knowledge for health care providers, standardizing screening and diagnostic tools, facilitating and encouraging community capacity building through the training of front-line workers and professionals. Health Canada remains committed to continuing to address the issues of FASD as part of a collaborative and cooperative effort across all jurisdictions.

Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry, University of Toronto; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children: Thank you for this opportunity to meet with you and share some of my observations with regard to children's mental health.

I wish to convey four main points. First, children's mental health disorders are serious, common, and represent a large burden of suffering in human and financial terms. Second, most mental health disorders of adults begin or originate in childhood and adolescence. Third, much can be done to reduce the level of distress and suffering. Fourth, the single most important thing the government could do is establish a governmental agency or department or ministry responsible for children's mental health. This agency must then become the "champion with clout" for children's mental health.

In its final report, the Commission on the Future of Health Care in Canada stated that mental health is the "orphan child" of health care. I am here to tell you that children's mental health is the "all-the-forgotten-orphan" of health care; it is the orphan's orphan.

Historically, mental health policies and programs have largely focused on the treatment of the adult population. Consequently, services for young have developed slowly and as an adjunct to programs for adults. What sorts of mental health problems do children have, and how common are they?

The cumulative prevalence of mental health disorders in children and youth ranges from about 12 per cent to 20 per cent, depending on the locale and the definitions used. Whatever figure is used, a very substantial number of children and adolescents are suffering, and either they or their families are in distress. In Ontario, there are approximately 400,000 children with mental health problems who are impaired and in need of treatment and intervention. A report from the Ontario Child Health Survey found that only one-sixth of children needing help had seen a mental health professional in the previous six months.

intraministériel et élabore le cadre d'action national dont nous vous avons fait tenir copie. Nous sommes actuellement à terminer nos consultations sur l'ébauche du cadre, et cela implique notamment rencontrer les provinces et les territoires, les autres ministères fédéraux et nos partenaires au Canada pour connaître leurs points de vue et leurs réactions.

Depuis 1999, bon nombre des efforts déployés par Santé Canada ont inclus le lancement d'une campagne nationale de sensibilisation de la population, l'accent étant mis sur la sensibilisation et la formation professionnelles des fournisseurs de soins, la normalisation des outils de dépistage et de diagnostic, la facilitation et le renforcement des capacités des collectivités par la formation des travailleurs de première ligne et des professionnels. Santé Canada s'engage à continuer à s'intéresser aux problèmes liés aux TSAF dans le cadre d'un effort de collaboration et de coopération à tous les paliers.

Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant, Département de psychiatrie, Université de Toronto; psychiatre en chef, hôpital des enfants malades: Merci de m'avoir donné l'occasion de vous rencontrer et de vous faire part de mes observations sur la santé mentale chez les enfants.

Il y a quatre grandes choses dont j'aimerais vous faire part. Premièrement, les troubles de santé mentale chez les enfants sont graves, répandus, et représentent de grandes souffrances humaines et de grands fardeaux financiers. Deuxièmement, la plupart des troubles mentaux chez les adultes remontent à l'enfance et à l'adolescence. Troisièmement, on peut faire beaucoup pour diminuer le niveau de détresse et de souffrances. Quatrièmement, le plus important que puisse faire le gouvernement, c'est de créer une agence, un ministère ou un organisme gouvernemental qui soit chargé de la santé mentale chez les enfants et qui devienne le champion — muscles à l'appui — de la santé mentale chez les enfants.

Dans son rapport final, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada affirmait que la santé mentale était l'orpheline des soins de santé. Moi, je vous dis que la santé mentale chez les enfants est la dernière des orphelines des soins de santé; elle est doublement orpheline.

Traditionnellement, les politiques et programmes de santé mentale mettaient l'accent sur le traitement de la population adulte et, par conséquent, les services destinés aux jeunes se sont développés très lentement et de façon auxiliaire aux programmes pour adultes. Mais quels sont les problèmes de santé mentale que peuvent avoir les enfants et à quel point sont-ils répandus?

La prévalence cumulative des troubles de santé mentale chez les enfants et chez les jeunes atteint de 12 à 20 p. 100, selon les paramètres de lieu et les définitions utilisées. Mais peu importent les chiffres, un grand nombre d'enfants et d'adolescents souffrent. Eux-mêmes de même que leur famille sont en détresse. L'Ontario compte quelque 400 000 enfants souffrant de problèmes de santé mentale. Ces enfants sont en péril et ont besoin de traitements et d'interventions. L'étude sur la santé des enfants de l'Ontario révélait que seul un sixième des enfants devant être traités avaient vu un professionnel de la santé mentale dans les six mois précédents.

The list of mental health disorders encompasses most of the adult disorders, such as anxiety or mood disorders or schizophrenia, but there are some that almost always begin in childhood and continue throughout adulthood. Examples of these disorders include autism and attention deficit disorder, ADD, among others. In addition, however, it is important to cast the net broadly, because children's mental health disorders includes more than just the diagnoses found in diagnostic manuals.

Children with mood disorders, anxiety disorders and suicide tendencies often suffer in silence; they are an invisible minority. These are quite prevalent at approximately 9 per cent to 13 per cent of the population. Furthermore, children and adolescents with mood and anxiety disorders are at increased risk for suicide. For reasons not fully understood, these mood and anxiety disorders peak in adolescence and are more common among females than males.

More teenagers and young adults die of suicide than die from cancer, heart disease, AIDS, pneumonia, influenza, birth defects and stroke combined. More than 90 per cent of children and adolescents who commit suicide have a mental disorder. Suicide attempts peak during mid-adolescence and the mortality from suicide increases steadily through the teen years.

The disruptive behaviour disorders represent about 3 per cent to 10 per cent of the total. They include things like attention deficit and hyperactivity disorder. In the short term, they result in considerable disruption in the lives of the children and their families. In the longer term, children with these disorders are at increased risk for substance use, delinquency, and related antisocial behaviour disorders. Although there are good models of treatment intervention, implementing them in the community remains an important challenge.

Substance use disorders in adolescence result in a wide range of impairments in life skills. These impairments include interpersonal conflict, family conflict, academic failure and others. They typically involve other associated characteristics such as risk-taking behaviours and other psychiatric disorders involving conduct problems, attention-deficit, mood and anxiety disorders and others. Surveys of problem drinking reveal that approximately 30 per cent of adolescent males reported patterns of problem drinking. In community surveys, lifetime prevalence of alcohol abuse or dependence ranged from 5 per cent in 15-year-olds to 32 per cent in 17 to 19-year-olds.

Autism is a disorder that typically affects a person's ability to communicate, form relationships with others, and respond to the environment. Some people with autism are relatively high functioning, with speech and intelligence intact. Others are

La liste des troubles de santé mentale comprend l'essentiel des troubles présentés par les adultes, comme l'anxiété, le trouble de l'humeur ou la schizophrénie, mais il en existe qui commencent presque toujours pendant l'enfance et se poursuivent à l'âge adulte. C'est notamment le cas de l'autisme et de l'hyperactivité avec déficit de l'attention. En outre, il convient de ratisser large, car les troubles de santé mentale des enfants sont plus nombreux que ceux qui figurent dans les manuels de diagnostic.

Souvent, les enfants qui souffrent de troubles de l'humeur, d'anxiété et de tendances suicidaires souffrent en silence; ils forment une minorité invisible. Ces troubles sont prévalents dans une proportion d'environ 9 à 13 p. 100 de la population. En outre, les enfants et les adolescents présentant des troubles de l'humeur et de l'anxiété présentent un risque plus élevé de suicides. Pour des raisons qui ne sont pas complètement élucidées, ces troubles de l'humeur et de l'anxiété sont plus fréquents à l'adolescence et sont plus courants chez les jeunes filles que chez les garçons.

Le suicide fait plus de victimes chez les adolescents et les jeunes adultes que le cancer, les maladies cardiaques, le sida, la pneumonie, la grippe, les anomalies congénitales et les accidents cérébro-vasculaires combinés. Plus de 90 p. 100 des enfants et des adolescents qui se suicident présentent un trouble mental. Les tentatives de suicide culminent au milieu de l'adolescence et la mortalité par suicide augmente uniformément tout au long de l'adolescence.

Les troubles de comportement perturbateurs représentent de 3 à 10 p. 100 du total. Ils comprennent notamment le déficit d'attention et l'hyperactivité. À court terme, ils perturbent considérablement la vie des enfants et de leur famille. À plus long terme, les enfants présentant ces troubles sont plus susceptibles de s'adonner à la toxicomanie ou à la délinquance, ou de présenter des troubles de comportements antisociaux du même ordre. Bien qu'il existe de bons modèles de traitement, leur mise en oeuvre dans la collectivité reste un défi important.

Les troubles imputables à la toxicomanie pendant l'adolescence occasionnent toute une série de déficiences dans la dynamique de la vie. Ces déficiences comprennent les conflits interpersonnels, les conflits familiaux et les échecs, notamment scolaires. Elles présentent habituellement d'autres caractéristiques annexes comme les comportements à risque, et d'autres troubles psychiatriques notamment des problèmes de comportement, un déficit de l'attention et des troubles de l'humeur et de l'anxiété. Des enquêtes sur la consommation d'alcool indiquent qu'environ 30 p. 100 des garçons adolescents présentent des problèmes de boisson. D'après des enquêtes communautaires, la prévalence de la consommation abusive d'alcool ou de la dépendance à l'alcool varie de 5 p. 100 chez les jeunes de 15 ans à 32 p. 100 chez les jeunes de 17 à 19 ans.

L'autisme est un trouble qui affecte l'aptitude à communiquer, à établir des relations avec autrui et à réagir à l'environnement. Certains autistes fonctionnent relativement bien et ne présentent pas de problèmes d'élocution ou d'intelligence. D'autres sont

mentally retarded, mute or have serious language delays. Autism is a chronic condition. Although some autistic individuals improve, 60 to 75 per cent have a very poor outcome.

The median prevalence of autism ranges somewhere between five per 10,000 cases. However, recent studies suggest that the prevalence of autism may be on the order of one per 1,000. It remains unclear whether this represents a true increase or is simply a function of differences in method such as better case ascertainment.

It is necessary to cast a wide net in conceptualizing mental health and mental illness. Family violence is a serious societal concern that creates substantial burdens of suffering. We also know that aggressive behaviour is durable over the long term, so that aggressive children and adolescents become aggressive and violent adults.

In Canada in 1992, approximately 40,000 children were living in foster care or other settings away from their home of origin because of the intervention of child protection services. In Ontario, the number of Children's Aid Society investigations for child physical abuse increased by a yearly average of 27 per cent over a 10-year period from 1983 to 1993.

Street youth have usually left home voluntarily because the home was experienced as a terrible place. They were victims of physical or sexual abuse or neglect. Leaving home for the street unfortunately brings them full circle into new forms of abuse or neglect. This may be drugs, prostitution and despair.

There are many impacts on the families of mentally ill children. The most commonly reported problems by family members were the effects on the family's mental health, with symptoms such as insomnia, headaches, irritability and depression attributed to concerns about the patient's behaviour. Their constant problems with no periods of remission and hospitalization of the patient induced stress on the family. There are also indirect costs of lost wages and productivity for family members and the direct costs of treating the family's mental health problems associated with the child's disorders. These burdens are most commonly found among families with children with chronic mental health disorders such as autism, ADHD, anorexia nervosa and others.

Most mental health disorders of adults begin in childhood or adolescence. Approximately three-quarters of psychiatric cases diagnosed at age 21 had previously been identified as a psychiatric case at age 18 or earlier. The proportion of cases previously identified ranges from 90 per cent for antisocial behaviour disorders to 72 per cent for mood disorders. In other words, roughly only 25 per cent or fewer individuals diagnosed with a psychiatric disorder at age 21 represent new cases. Therefore,

déficients mentaux, muets ou présentent de graves retards du langage. L'autisme est un état chronique. Bien que la condition de certains autistes s'améliore, de 60 à 75 p. 100 d'entre eux présentent un très mauvais pronostic.

La prévalence médiane de l'autisme est de l'ordre de cinq cas pour 10 000. Néanmoins, d'après des études récentes, cette prévalence serait de l'ordre d'un pour 1 000. On ne sait pas s'il s'agit là d'une véritable augmentation ou si c'est simplement le fait de différences de méthode, par exemple, d'une meilleure détermination des cas.

Pour se faire une idée de la santé mentale et des maladies mentales, il convient d'adopter la perspective la plus large. La violence en milieu familial est un problème sociétal grave qui entraîne d'énormes souffrances. Nous savons également que le comportement agressif est un problème à long terme: les enfants et les adolescents agressifs deviennent des adultes agressifs et violents.

En 1992 au Canada, 40 000 enfants environ vivaient dans des foyers d'accueil ou en dehors de leur foyer d'origine à la suite d'une intervention des services de protection de l'enfance. En Ontario, le nombre des enquêtes de la Société d'aide à l'enfance sur des cas de sévices physiques a augmenté en moyenne de 27 p. 100 par année entre 1983 et 1993.

Les enfants des rues sont généralement partis de chez eux parce qu'ils ressentaient leur foyer comme un endroit abominable, où ils étaient victimes de sévices physiques ou sexuels, ou de négligences. Malheureusement, en quittant le foyer pour la rue, ils s'exposent inmanquablement à d'autres formes de sévices ou de négligences, qui peuvent comprendre la drogue, la prostitution et le désespoir.

La maladie mentale d'un enfant a de nombreuses conséquences pour sa famille. Les problèmes les plus couramment signalés par les membres de la famille concernent la santé mentale, avec des symptômes comme l'insomnie, les maux de tête et l'irritabilité et la dépression attribuable aux craintes suscitées par le comportement du patient. Quand il présente des problèmes constants, sans période de rémission, et qu'il est hospitalisé, la famille en ressent une grande tension. Il faut aussi mentionner les coûts indirects des pertes de salaire et de productivité pour les membres de la famille et les coûts directs du traitement des problèmes de santé mentale des membres de la famille imputables aux troubles mentaux de l'enfant. Ces fardeaux sont couramment observés chez les familles où des enfants présentent des troubles chroniques de santé mentale comme l'autisme, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et la névrose anorexique.

La plupart des troubles de santé mentale des adultes commencent pendant l'enfance ou l'adolescence. Les trois quarts environ des cas de maladies psychiatriques diagnostiquées à l'âge de 21 ans avaient déjà été qualifiées de maladies psychiatriques à l'âge de 18 ans ou avant. La portion de cas précédemment identifiés va de 90 p. 100 pour les troubles de comportement antisocial à 72 p. 100 pour les troubles de l'humeur. Autrement dit, un maximum de 25 p. 100 seulement

putting more effort into prevention and early intervention would provide opportunities for prevention and reduction in the emergence of new cases.

I have tried to make the case that children's mental health disorders are serious and common; that they represent a large burden of suffering; and that most adult mental health disorders begin in childhood and adolescence. Furthermore, despite calls to reform the system and to address children's mental health, it is evident that governments can and should do more. What else can governments be doing? What is the role of government in relation to the children's mental health?

The single most important thing that government can do is to establish a governmental agency responsible for children's mental health. This agency then must become the champion with clout for children's mental health. A series of action plans would then follow.

Governments could take more leadership in promoting improved access to appropriate care and treatment. A recurring theme in children's mental health is the need for coordination and collaboration across and between sectors. For example, moving from an acute hospital setting to community care.

Coordination also involves different ministries such as health, family, child and community services, and education. Each has its own view and mandate of its role. One ministry needs to take responsibility to ensure that the needed resources are provided. With cutbacks in services in many school jurisdictions, appropriate intervention has been difficult to arrange.

System change and cross-sectoral collaboration would not be enough. There is a resource shortfall. There is also a need to improve and increase access to training in children's mental health practice and research. There is a need to have greater dissemination of information on treatments that work and to train a new generation of practitioners in effective forms of intervention.

There also must be greater efforts and a national plan to develop an agenda for health promotion and early intervention. Plans for a more proactive approach to mental health promotion and prevention should be a pivotal part of the government's agenda.

This agency could take leadership in promoting a broad focus on mental health issues. For instance, preventive interventions have been shown to be effective in reducing the impact of risk factors in mental illness and in improving development. There is a range of efficacious treatments.

Part of the answer lies in greater public awareness and developing and disseminating programs for educators on a variety of mental health issues such as recognizing signs of

des personnes diagnostiquées avec une maladie psychiatrique à l'âge de 21 ans représentent des cas nouveaux. Par conséquent, un plus grand effort de prévention et d'intervention précoce permettrait d'empêcher et de réduire l'apparition de nouveaux cas.

J'ai essayé de montrer que les troubles de santé mentale chez les enfants sont graves et courants; qu'ils représentent un énorme fardeau de souffrance; et que la plupart des troubles de santé mentale chez l'adulte commencent pendant l'enfance et l'adolescence. En outre, malgré toutes les interventions en faveur d'une réforme du système afin de résoudre le problème des troubles de santé mentale des enfants, il est évident que les gouvernements pourraient et devraient agir davantage. Que peuvent-ils faire d'autre? Quel est le rôle du gouvernement en matière de santé mentale des enfants?

La mesure la plus décisive que pourrait prendre le gouvernement serait de créer un organisme responsable de la santé mentale des enfants. Cet organisme deviendrait le champion de la santé mentale des enfants. Il devrait ensuite élaborer une série de plans d'action.

Les autorités gouvernementales devraient promouvoir plus attentivement l'amélioration de l'accès aux soins et aux traitements appropriés. La nécessité de la coordination et de la collaboration entre les secteurs est devenue le leitmotiv en matière de santé mentale des enfants. Par exemple, les patients devraient pouvoir passer du milieu hospitalier à un service communautaire de soins.

La coordination concerne également différents ministères, notamment les services responsables de la santé, de la famille, de l'enfance, de l'action communautaire et de l'éducation. Chacun d'entre eux a son propre point de vue quant à son rôle et à son mandat. Il faudrait qu'un seul ministère assume la responsabilité de fournir les ressources nécessaires. Comme les districts scolaires réduisent leurs services, il est difficile d'organiser les interventions.

Un changement de système et une meilleure collaboration entre secteurs ne suffiront pas à eux seuls. Les ressources font défaut. Il faut aussi améliorer et accentuer l'accès à la formation dans la pratique et la recherche sur la santé mentale des enfants. Il faut diffuser davantage l'information sur les traitements efficaces et former une nouvelle génération de praticiens aux formes efficaces d'intervention.

Il faudrait aussi redoubler d'efforts pour élaborer un programme national de promotion de la santé et d'intervention précoce. Les plans de promotion et de prévention systématiques en santé mentale devraient être au centre des priorités du gouvernement.

L'organisme dont j'ai parlé pourrait prendre l'initiative de la promotion des questions de santé mentale. Par exemple, les interventions préventives ont prouvé leur efficacité à réduire les effets des facteurs de risque dans les maladies mentales et à améliorer l'épanouissement individuel. Il existe toute une gamme de traitements efficaces.

La solution aux problèmes tient notamment à la sensibilisation de la population et à la diffusion, en milieu éducatif, de programmes d'information sur différentes questions de santé

depression and other mental health concerns. Such programs do exist but much more could be done. One focus should include addressing stigma. Powerful and pervasive stigma prevents people from acknowledging their own mental health problems, much less disclosing them to others.

Health promotion should also include efforts to foster healthy attitudes and to reduce interpersonal violence. Greater efforts are needed to create a public debate and awareness that challenges the public and media displays of violence and aggression and that promote alternative pro-social approaches that mobilize communities to raise the consciousness of corporations and others on the use of violence as an advertising tool to children and youth.

The Chairman: That is an extremely depressing picture. It is important for us to have on the record just how bad things truly are and I thank you for that.

Our third speaker is Dr. Johanne Renaud from the Canadian Institutes of Health Research.

[*Translation*]

Dr. Johanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research, Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine: I would like to thank members of the committee for giving me this opportunity to express my views which were influenced by my practice as a child and adolescent psychiatrist at Sainte-Justine Hospital where we treat children and adolescents under 18 every day, which represents over 60,000 consultations in our pediatric emergency room every year, in addition to pregnant women receiving obstetric or gynecological care, since women can give birth at Sainte-Justine Hospital. I will also present the views of Young Investigators in the Canadian Institutes of Health Research. In this regard, my team and I have just finished an exploratory study of death by suicide in social services in Quebec. I would like to thank the social services network for having allowed us to conduct this study of the population as child and adolescent psychiatrists. In addition, very recently, we began a study of suicide among young people in the general population of the province of Quebec. I particularly want to thank Dr. Turecki of the Suicide Research Division of McGill University to which I am attached, and who referred me to this committee today.

In 1997, 312 young people died as a result of suicide in Canada, including 261 who were between 15 and 19 years of age and 51 who were 14 or younger. I am sure you will agree that taking one's own life at 14 or 15, while thousands or even millions of people fight against death every day, remains a paradox. Suicide among young Canadians is a serious problem that should be made a priority.

Although suicide affects young people at all levels of society, some groups of young people seem particularly at risk of suicide and suicidal behaviour, notably young people who receive services from youth centres under the Young Offenders Act or under any

mentale comme la reconnaissance des signes de dépression et des autres problèmes de santé mentale. De tels programmes existent, mais il faudrait les renforcer. L'un des thèmes abordés pourrait être la problématique des stigmates. De puissants stigmates empêchent les individus de reconnaître leurs propres problèmes de santé mentale, et à plus forte raison, de les révéler aux autres.

La promotion de la santé devrait aussi comprendre des efforts visant à favoriser les attitudes saines et à réduire la violence interpersonnelle. Il faut s'efforcer de susciter un débat public et une sensibilisation afin de dénoncer la représentation de la violence et des agressions dans les médias et de promouvoir d'autres formes de rapports sociaux afin de mobiliser les collectivités pour faire prendre conscience de l'utilisation de la violence comme outil publicitaire auprès des enfants et des jeunes.

Le président: Vous dressez un tableau très déprimant de la situation. Il est important de dire publiquement les choses telles qu'elles sont, et je vous en remercie.

Notre troisième intervenante est la Dre Joanne Renaud, des Instituts de recherche en santé du Canada.

[*Français*]

Dre Johanne Renaud, pédopsychiatre, chercheuse boursière des Instituts de recherche en santé du Canada, Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine: Je voudrais remercier les membres du comité de me donner la chance de présenter mon point de vue, point de vue influencé par ma pratique de pédopsychiatre à l'Hôpital Sainte-Justine où on reçoit des enfants et des adolescents de moins de 18 ans tous les jours, soit plus de 60 000 consultations à l'urgence pédiatrique chaque année, en plus des mères enceintes suivies en obstétrique ou en gynécologie, puisque les femmes peuvent accoucher à l'Hôpital Sainte-Justine. Je présenterai également le point de vue des jeunes chercheurs des instituts de recherche en santé du Canada. À ce sujet, avec mon équipe de recherche, nous venons de terminer une étude exploratoire sur les décès par suicide dans les services sociaux au Québec. Je remercie le réseau des services sociaux de nous avoir permis en tant que pédopsychiatres de faire cette étude auprès de cette population. D'autre part, nous avons débuté une étude très récemment sur le suicide chez les jeunes de la population générale de la province de Québec. Je voudrais remercier particulièrement le docteur Turecki, du Centre d'étude sur le suicide McGill auquel je suis rattachée, qui m'a référée à votre comité aujourd'hui.

Pour l'année 1997, on comptait 312 jeunes décédés par suicide au Canada, dont 261 chez les 15 à 19 ans et 51 chez les 14 ans et moins. Vous serez d'accord avec moi que de se donner la mort à 14 ou 15 ans, alors que des milliers voire des millions de personnes se battent tous les jours contre la mort, demeure paradoxal. Le suicide chez les jeunes Canadiens est un problème grave qui doit faire l'objet d'une action prioritaire.

Bien que le suicide touche les jeunes de toutes les classes de notre société, certains groupes de jeunes semblent particulièrement à risque de suicide et de comportement suicidaire, notamment les jeunes qui reçoivent des services des

legislation dealing with child protective services in various provinces, young people who come from families with a history of suicide or suicidal behaviour, as well as young Aboriginals.

However, the lack of consensus among various service providers on the general intervention framework, the absence of concerted effort and ongoing intervention among the resources of medical, psychosocial and community services are all major obstacles to achieving success with interventions designed for young people who present a high risk of suicide.

Our understanding of suicide is based on biological, psychological and sociological theories. But each one of these theories taken individually does not explain the multiple facets of this problem. That is why caution leads us to consider a number of biological, genetic, psychological, social and political factors that may lead to suicide.

We know that among the risk factors, the presence of one or more mental illnesses can be found in 90 per cent of death by suicide. What is more complex is that we usually find past life events — stories of abuse, abandonment, parental suicide or parental death when the child is young. Added to that are one or more mental illnesses that lead to “comorbidity,” which means several diseases that occur simultaneously. Those we find most often among youths are major depression, alcohol or drug abuse and behavioural disorders that are serious violations of established rules, which we call disruptive disorders. These young people are often viewed as delinquent, manipulators and aggressors, but they are also at very high risk of suicide.

In addition to all that we find a series of trigger or precipitating factors for suicide such as the well-known break-up of a love affair, academic failure or appearing before a court, which are in fact only the end of that road toward suicide.

However, the links between these risk factors are not easy to pin down. The fact remains that suicide is and always has been a complex phenomenon. Complex problems require complex treatment and intervention, which means that many different people and levels of service and government are involved. First and foremost this requires team work at all levels and at all times, a concerted effort where information must circulate easily.

However, according to the World Health Organization, the primary suicide prevention strategy necessarily involves treatment of mental illness. I fully support that recommendation. But before we can apply effective treatment, we must ensure some stability in basic living conditions as early as possible in the life of a child. This stability must be provided by the family, the school, and by child protective service organizations when parents cannot do so for a variety of reasons.

centres jeunesse en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants ou des lois portant sur les services de protection de l'enfance selon les provinces, les jeunes provenant de famille présentant des antécédents suicidaires ou de décès par suicide dans leur famille, ainsi que les jeunes Autochtones.

Toutefois, l'absence de consensus entre les différents dispensateurs de services quant au cadre général d'intervention, l'absence de concertation et de continuité d'intervention entre les ressources des domaines médicaux, psychosociaux et communautaires sont autant d'obstacles majeurs qui peuvent empêcher la réussite des interventions auprès des jeunes présentant un risque suicidaire élevé.

La compréhension du suicide est basée sur des théories biologiques, psychologiques et sociologiques, mais chacune de ces théories prises individuellement ne permet pas d'expliquer les multiples facettes de cette problématique. C'est pourquoi la prudence nous amène à concevoir un ensemble de facteurs de nature biologique, génétique, psychologique, sociale et politique qui seraient responsables du suicide.

On sait que parmi les facteurs de risque, la présence d'une ou de plusieurs maladies mentales se retrouve dans 90 p. 100 des décès par suicide. De manière plus complexe, on retrouve habituellement des événements de vie passés — des histoires d'abus, d'abandon, de suicide d'un parent ou de décès d'un parent en bas âge. À cela s'ajoute une maladie ou à plusieurs maladies mentales en «comorbidité», ce qui veut dire plusieurs maladies en même temps. Le plus souvent chez les jeunes, on retrouve la dépression majeure, l'abus d'alcool ou de drogues et les troubles des conduites qui sont des violations graves des règles préétablies, donc ce qu'on appelle des troubles disruptifs. Ces jeunes sont souvent vus comme des délinquants, des manipulateurs et des jeunes agressifs, mais ils sont également très à risque de suicide.

À la suite de cela s'ajoutent des éléments déclencheurs ou précipitant le suicide comme la fameuse rupture amoureuse, l'échec scolaire ou la comparution au tribunal, qui ne sont en fait que la fin d'une trajectoire vers le suicide.

Toutefois, l'enchaînement de ces facteurs de risque n'est pas facile à cerner. Il en ressort que le suicide est et demeure un phénomène complexe à travers le temps. Qui dit problématique complexe dit traitement et intervention complexes, c'est-à-dire qui touchent plusieurs personnes, plusieurs paliers de services et de gouvernement. Cela demande avant tout un travail d'équipe à tous les niveaux et en tout temps, un travail de concertation où l'information doit circuler facilement.

Or selon l'Organisation mondiale de la santé, la première stratégie de prévention du suicide passe nécessairement par le traitement de la maladie mentale. J'appuie entièrement cette recommandation. Mais avant de pouvoir appliquer des traitements efficaces, il faut avant tout assurer une stabilité en termes de conditions de vie de base, et ce, le plus tôt possible dans la vie de l'enfant. Cette stabilité doit être apportée par la famille, par l'école, par les organisations de service de protection de l'enfance lorsque les parents n'y arrivent pas pour toutes sortes de raisons.

Next, we must make screening and early treatment of mental illness among children and adolescents a priority, especially those with a family history of suicide. To achieve this, we must raise awareness among various network stakeholders, and provide them with information and training in accordance with their roles and responsibilities, in order to help them recognize the signs of mental illness in children and adolescents. We must also train general practitioners in the evaluation and treatment of major depression among the young, in the front lines as part of the multidisciplinary team. We must establish a network of coordinated treatment and services. The approach we would advocate would be a pyramid model that represents a continuum from screening in schools to highly specialized care in child and adolescent psychiatric facilities, where a stakeholder who works at the lower levels can ask those above to provide an opinion and eventually go back down the pyramid later.

However, we must invest in the child's primary environment, that is the school. The reduction in services provided by nurses, psychologists and social workers have been significant in the past few years. Yet, the school remains the place where children spend most of their time. When stakeholders are present in the schools, they work in the community in close contact with general practitioners or family doctors. Early screening in the schools does seem possible in this context. We should therefore be organizing treatment and services in such a way that the first level provides mental health screening, the following level includes medical teams who are in contact with teams of social workers and psychologists in the community who can evaluate and treat mental disorders especially major depression, and another level that would be represented by child and adolescent psychiatrists who work specifically in the assessment and treatment of more complex mental disorders or comorbidity or who work with subjects who do not respond adequately to treatment. If child and adolescent psychiatrists directly receive referrals from schools or families without prior referral from a medical or psychosocial team, the services will quickly be saturated — and we can see this right now — which leads to a waiting list that can be two years long in certain facilities in Montreal. Having to wait two years to see a child psychiatrist is rather worrisome.

The majority of people will not agree to see a child and adolescent psychiatrist therefore such psychiatrists must be available to support and train medical and multidisciplinary teams and provide the latest treatments such as those offered in specialized clinics for youngsters and their families who do not respond or respond only partially to standard approaches, or who require more complex and less frequently used therapies.

In terms of prevention within our schools, we suggest replacing programs dealing specifically with suicide with activities that promote mental health. It should be noted that the effectiveness of suicide prevention telephone lines and advertising campaigns focussing directly on suicide has yet to be proven from a scientific standpoint. There may be certain dangers associated to this type of prevention. Instead, we should focus on mental health

Ensuite il faut favoriser de façon prioritaire le dépistage et le traitement précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, principalement ceux dont les antécédents familiaux comportent une histoire de suicide. Pour ce faire, il faut sensibiliser, informer et former les intervenants du réseau selon leur rôle propre et leurs responsabilités, afin de les aider à reconnaître les signes de maladie mentale chez les enfants et les adolescents. Il faut aussi former les médecins généralistes à évaluer et à traiter la dépression majeure chez les jeunes, en première ligne et en équipe multidisciplinaire. Il faut établir un réseau de soins et de services coordonnés. L'approche encouragée devrait tenir compte d'un modèle pyramidal allant sur un continuum du dépistage dans les milieux scolaires aux soins plus spécialisés de la pédopsychiatrie, où l'intervenant qui travaille à la base peut demander à l'intervenant au-dessus de lui son opinion et éventuellement revenir à la base par la suite.

Toutefois, il faut investir dans le milieu premier de l'enfant, soit celui de l'école. Les réductions de services d'infirmières, de psychologues et de travailleurs sociaux ont été majeures dans les dernières années. L'école est pourtant l'endroit où les enfants passent la majeure partie de leur temps. Quand ces écoles ont des intervenants, ceux-ci travaillent dans la communauté, en contact étroit avec les médecins généralistes ou de famille. Un dépistage précoce en milieu scolaire nous apparaît possible dans ce contexte. Il faut donc miser sur une organisation de soins et de services en vertu d'un premier niveau touchant le dépistage des troubles mentaux, un niveau suivant incluant des équipes médicales en contact avec des équipes de travailleurs sociaux et de psychologues dans la communauté pouvant évaluer et traiter les troubles mentaux, en particulier la dépression majeure, et un autre niveau représenté par les services de pédopsychiatrie travaillant plus spécifiquement dans l'évaluation et le traitement des troubles mentaux plus complexes ou en «comorbidité» ou qui ne répondent pas adéquatement. Si la pédopsychiatrie reçoit directement les demandes provenant des écoles ou des familles sans avoir au préalable passé par l'équipe médicale ou psychosociale, ces services seront rapidement saturés avec le risque — et on peut l'observer actuellement — d'une liste d'attente pouvant aller jusqu'à deux ans dans certains services à Montréal. Attendre deux ans pour avoir une consultation en pédopsychiatrie, c'est plutôt inquiétant.

Ce n'est pas la majorité des gens qui va accepter d'aller voir un pédopsychiatre, donc la pédopsychiatrie doit être disponible pour soutenir et former les équipes médicales et multidisciplinaires et offrir des traitements de pointe dans les cliniques spécialisées pour les jeunes et leurs familles qui ne répondent pas ou qui répondent partiellement aux approches dites standard, ou qui nécessitent des pratiques thérapeutiques plus complexes et moins utilisées.

En termes de prévention en milieu scolaire, il est suggéré de remplacer les exposés portant spécifiquement sur le suicide en offrant plutôt des activités de promotion de la santé mentale. Il faut noter que la prévention du suicide par des lignes téléphoniques et les campagnes publicitaires axées directement sur le suicide n'ont pas fait leurs preuves scientifiquement. Il pourrait y avoir certains dangers associés à ce type de mode de

promotion campaigns for families and young people, screening for major depression or the effects of drug and alcohol consumption.

The treatment of depression may not only reduce suicide rates but may also have a significant impact on public health by reducing depression-related problems. In addition, such treatment will have an effect on future generations that are at risk.

Finally, both clinical and scientific data support the concept whereby the diagnosis and medical treatment of depression should be viewed as essential components in any suicide prevention strategy, highlighting once again the role of medical teams in the community and the importance of their training.

As far as research is concerned, we should focus on biopsychosocial research and study suicide deaths in young people throughout Canada to improve our understanding of the way biological, genetic and psychosocial factors are interrelated. We have to ensure that there is a way to obtain feedback in terms of results and subsequent recommendations from the doctors treating youths who have committed suicide.

It would be interesting to study the symptomatology of mental illness in young people because often the clinical cases are atypical when compared to adult clinical cases. Furthermore, it would be interesting to study the impact of our treatment on mental illness in young people, particularly as it pertains to major depression, alcohol and drug abuse and behavioural problems.

Are our treatments delivered effectively? What do we know about the quality of services and treatment provided to young people? Should we be studying what happens to these young people who have tried to commit suicide, further to their trip to the emergency? Does the young person and his or her family follow the proposed treatment?

It would be interested to study the way that health and social services are organized across Canada in terms of continuity of care provided to children and teenagers with mental illness, including the transition period when the young person begins receiving services as an adult. This is often a time when the youth protection services provided to children up to the age of 18 come to an end.

I would also suggest that you take a look at the clinical position of child and adolescent psychiatrists that was prepared by a special committee looking into our conduct as such in Quebec. This position was supported, in writing, by 115 child and adolescent psychiatrists. I have appended this position paper to the document.

[English]

The Chairman: Thank you very much, all three of you. I should like to ask all three of you a fairly broad question.

prévention. Il faudrait plutôt miser sur des campagnes de promotion de la santé mentale pour les familles et pour les jeunes, le dépistage de la dépression majeure ou les effets de la consommation de drogue et de l'alcool.

Le traitement de la dépression pourrait non seulement réduire les taux de suicide mais aussi avoir des effets importants sur la santé publique en réduisant les incapacités liées à la dépression, en plus d'avoir un impact sur les futures générations à risque.

Enfin, les données cliniques et scientifiques appuient l'idée que le diagnostic et le traitement médical de la dépression devraient constituer des éléments prioritaires de toute stratégie de prévention du suicide. Cela souligne encore une fois la place des équipes médicales dans la communauté et de l'importance de leur formation.

En termes de recherche, il faudrait miser sur la recherche biopsychosociale, étudier les décès par suicide chez les jeunes à travers le Canada pour améliorer nos connaissances de l'intrication de l'enchaînement des facteurs biologiques, génétiques et psychosociaux. Il faudrait s'assurer que des mécanismes de rétroaction au médecin ayant traité les jeunes qui se sont suicidés soient disponibles en termes de résultats et de recommandations pour la suite.

Il serait intéressant d'étudier la présentation de la symptomatologie des maladies mentales chez les jeunes puisque, souvent, les présentations cliniques sont atypiques par rapport aux présentations chez l'adulte. Il serait aussi intéressant d'étudier l'effet de nos traitements sur les maladies mentales chez les jeunes, en particulier la dépression majeure, l'abus d'alcool et des drogues et les troubles de conduite.

Nos traitements sont-ils mis en place efficacement? Que savons-nous de la qualité des services et des traitements pour les jeunes? Faut-il étudier le devenir des jeunes qui ont fait une tentative de suicide, suite à leur visite à l'urgence? Quelle est l'adhésion du jeune et de sa famille au traitement proposé?

Il serait intéressant d'étudier l'organisation des soins de santé et des services sociaux à travers le Canada en termes de continuité de soins chez les enfants et les adolescents présentant des maladies mentales, incluant la période de transition des services de l'adolescence à l'âge adulte. C'est souvent une période qui amène également la fin des services de protection à l'enfance à l'âge de 18 ans.

J'aimerais vous proposer de regarder la position clinique des pédopsychiatres qui a été rédigée par un comité spécial pour voir quelle est notre conduite comme pédopsychiatres au Québec. Elle a été appuyée par écrit par 115 pédopsychiatres. Je l'ai mise en annexe du document.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie tous les trois. J'aimerais vous poser une question très générale.

I was surprised by the theme underlying each of your presentations. Ms. Massad said that there was little data and no uniform approach to diagnoses for a 100 per cent preventable situation. Dr. Beitchman focused on the need to develop a national action plan. Dr. Renaud talked about the great amount of research required.

I am trying to understand whether the real problem is that we do not know what to do or that we know what to do but we have not the foggiest notion how to get all the players coordinated. I am stunned that the country does not know the incidence of fetal alcohol syndrome.

Health Canada put out a national framework for an action work plan, which is more or less a year old. We almost seem to be back at the stage of talking and not doing. As I listen to you, this appears to be a problem that needs some action, not just talking.

Is it that we do not know what to do? Do we not know how to get all the players to do it? I would be happy to hear any views on that.

Ms. Massad: It is true. We do not collect data on FAS nationally for many reasons. It is a fairly new field of study. There has not been a consistent approach to screening and diagnosing this disability. Health Canada is currently working on standardizing the approach. We are working with clinicians and experts in that field. We are working with provinces and territories. There are multiple stakeholders involved, making it complex. We are currently working with them to standardize it.

Once we have standardized guidelines, we will be able to collect better data so that we have a better indication of what the picture is in Canada. That will then translate into programs and services. There is still a bit of work to do in that regard.

Dr. Beitchman: The issues are complex and involve multiple jurisdictions. There is not one easy thing that can be done. There are many things that can be done. I do not want to give the impression that nothing is being done, but it is not enough. More could be done in a more coordinated way.

I was talking earlier about the need for collaboration and coordination between and across sectors. An example is a child who is having behaviour problems in the school. The school wants to know what to do with this kid. To offer this child the best kind of help, you need to involve the Department of Education, the Ministry of Health and the Ministry of Family, Community and Social Services — at least in Ontario. The problem is each ministry has a different idea about its role.

At one time in Ontario, the schools had resources to work with these kids. Funding has been cut back. They do not have it any more. Part of the pitch is to work towards developing a more integrated system. We can say that across the board, not just locally in Ontario but at all levels.

Le thème principal de chacun de vos exposés m'a étonné. Mme Massad a dit qu'il y avait une insuffisance de données et une absence de méthode uniforme pour diagnostiquer une situation que l'on pourrait parfaitement prévenir. Le Dr Beitchman a insisté sur la nécessité d'élaborer un plan d'action national. La Dre Renaud a parlé de la quantité des recherches à effectuer.

J'essaie de déterminer si le véritable problème est de ne pas savoir ce qu'il faut faire ou si, au contraire, on sait ce qu'il faudrait faire mais on ne voit pas comment assurer la coordination entre tous les intervenants. Je suis sidéré d'apprendre que notre pays ne connaît pas l'incidence du syndrome d'alcoolisme foetal.

Santé Canada a publié un cadre national pour un plan d'action il y a maintenant un peu plus d'un an. On dirait qu'on en est encore à discuter au lieu d'agir. À vous écouter, il semble que le problème exige de l'action, et non pas des palabres.

Se pourrait-il que nous ne sachions pas ce qu'il faut faire? Ne sait-on pas comment rassembler tous les intervenants pour qu'ils puissent agir? J'aimerais que vous me disiez ce que vous en pensez.

Mme Massad: C'est vrai. Pour de nombreuses raisons, il n'y a pas de collecte de données sur le SAF au niveau national. C'est un domaine d'investigation relativement nouveau. Il n'y a pas de méthode uniforme de dépistage et de diagnostic de cette déficience. Santé Canada est actuellement en train de normaliser une méthode. Nous travaillons avec des cliniciens et des experts dans ce domaine. Nous collaborons avec les provinces et les territoires. Le problème est complexe, car les intervenants sont nombreux. Nous travaillons actuellement avec eux pour normaliser l'approche.

Une fois que nous aurons des lignes directrices normalisées, nous pourrions recueillir des données qui nous fourniront une meilleure indication de la situation actuelle au Canada. Ensuite, il faudra traduire cette information en programmes et en services. Il reste du travail à faire dans ce domaine.

Dr Beitchman: Les problèmes sont complexes et font intervenir de nombreuses autorités. Il ne s'agit pas de tout résoudre par une seule intervention. Il y a plusieurs choses que l'on pourrait faire. Je ne voudrais pas donner l'impression que rien ne se fait actuellement, mais ce qui existe est insuffisant. Il faudrait agir davantage et de façon plus coordonnée.

J'ai parlé tout à l'heure du besoin de collaboration et de coordination entre les différents secteurs et à l'intérieur même des secteurs. Prenons le cas d'un enfant qui présente des problèmes de comportement à l'école. L'école veut savoir ce qu'elle doit faire de cet enfant. Pour l'aider le plus efficacement possible, il faut faire intervenir le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et le ministère des Services à la famille, à la collectivité et à l'enfance — du moins en Ontario. Le problème, c'est que chaque ministère se fait sa propre idée du rôle qu'il doit jouer.

En Ontario, les écoles avaient autrefois des ressources pour travailler avec ces enfants. Elles ont disparu. Les écoles n'en ont plus. Il faudrait élaborer un système mieux intégré. C'est ce qu'on peut dire d'emblée, et non pas uniquement pour l'Ontario, mais à tous les niveaux.

When moving an individual from an acute care setting into the community, you are moving to different providers. The funding system is different and you have to start all over again. It is difficult to provide the continuity of care that is necessary. We need the political will, the resources and the vision about how this should happen.

I was talking also about health promotion. We know that that can work. There are all kinds of things that can be done.

The Chairman: Look at the success of anti-smoking. It has helped. It has not solved the problem.

Dr. Beitchman: We will never have enough clinical people to provide care in a timely manner for everyone who needs. There are too many in need.

Therefore, we must do everything that we can to reduce the development of the illness in the first place. We should engage in a national plan around health promotion and illness prevention. Some of it is already being done.

We need to increase the number of health care providers. There is a shortage in every area. We need to increase not only the numbers but also the quality and interdisciplinary training.

We know what to do, but who has the resources and the political will. What is the focal point?

That is why I was talking about a national agency with clout that could pull the relevant players together and establish policies, guidelines and standards that people will work towards so we will have models that will work. There is much that can be done. Much is being done, but it is not enough.

[*Translation*]

Dr. Renaud: I fully agree with my colleague because this is a complex problem. This requires that health care and services be coordinated among the various departments to which you referred. This is why we try to turn to the first line, namely that general practitioners. This is also because there are not enough pediatric psychiatrists right now; I think that there are about 130 pediatric psychiatrists in Quebec. Clearly, we cannot meet the need and, in the past few years, few people have elected to become pediatric psychiatrists given the difficult situations we see daily in the clinic.

Consequently, we have to turn to the community, to the general practitioners. To do that, we have to support these general practitioners because they are often caught off guard. They also have to learn to work as a team because mental health in children is something that is done as a family. Another aspect that we try to deal with is the use of common language amongst the various stakeholders. People working in social services, education and child psychiatry do not always see things the same way. We try to

Quand un patient quitte un établissement de soins actifs pour retourner dans la collectivité, il doit s'adresser à des fournisseurs différents. Le régime de financement est différent et il faut tout recommencer à zéro. Il est donc difficile d'assurer la continuité nécessaire dans les soins. Il faudrait une volonté politique, des ressources et une vision précise de la façon dont les choses doivent se passer.

J'ai aussi parlé de promotion de la santé. Nous savons que c'est une formule efficace. Il y a toutes sortes de choses que l'on pourrait faire.

Le président: Il suffit de voir le succès des campagnes antitabac. Elles ont été très utiles, même si le problème n'est toujours pas résolu.

Dr Beitchman: Il n'y aura jamais assez de personnel soignant pour s'occuper immédiatement de tous ceux qu'il faut soigner. Ils sont trop nombreux.

Il faut donc faire tout ce qu'on peut pour empêcher au départ l'apparition de la maladie. Il faut amorcer un plan national de promotion de la santé et de prévention des maladies. L'opération est déjà en partie réalisée.

Il faudrait aussi augmenter les effectifs soignants. Tous les services connaissent une pénurie de personnel. Il faudrait augmenter non seulement les effectifs, mais également la qualité et la formation interdisciplinaire.

On sait ce qu'il faut faire, mais qui aura les ressources et la volonté politique nécessaires? Quelle est l'autorité compétente?

C'est précisément pour cela que j'ai parlé d'un organisme national doté de pouvoirs étendus qui pourrait rassembler les intervenants concernés, arrêter des politiques, fixer des lignes directrices et des normes que chacun devra observer, de façon à obtenir des modèles efficaces. Il y a place pour agir. On en fait déjà beaucoup, mais ce n'est pas assez.

[*Français*]

Dre Renaud: Je suis assez d'accord avec mon collègue parce que c'est un problème complexe. Cela demande une organisation de soins et de services entre les différents ministères dont vous avez parlé. C'est pour cela qu'on essaie de miser sur la première ligne, c'est-à-dire les médecins omnipraticiens. C'est surtout aussi parce que nous n'avons pas un nombre suffisant de pédopsychiatres actuellement; je pense que nous sommes environ 130 pédopsychiatres au Québec. Il est certain que nous ne pouvons pas subvenir à la demande et aussi, dans les dernières années, peu de personnes ont choisi de devenir pédopsychiatres étant donné la lourdeur des situations que l'on voit quotidiennement en clinique.

Il faut donc miser sur le côté de la communauté, avec les médecins généralistes. Pour cela, il faut supporter ces médecins généralistes car ils sont souvent pris au dépourvu. Il faut aussi qu'ils apprennent à travailler en équipe puisque la santé mentale chez les enfants est quelque chose qui se fait en famille. Une autre chose que l'on a essayé d'aborder est un langage commun entre les différents intervenants. Les services sociaux ont parfois des visions différentes de celles de l'éducation et de la pédopsychiatrie. Nous

come up with a more coordinated approach and this is often achieved through training where we come together to share clinical examples in our daily practice.

[English]

The Chairman: I hope that you will think about this. It follows through on what Dr. Renaud said. This is committee is trying to solve practical problems; we are not seeking perfection.

If you have the situation that Dr. Renaud just described where various groups have different views as to what should be done, surely the thing to do is to adopt one of those points of views even though some people will not like it. By adopting one point of view and taking action is better than trying to get everyone to agree. This is not dissimilar from federal-provincial debates where nothing happens while you await unanimity.

I would like you to think about what this committee could do to move from everyone trying to get agreement to action, even if in your opinion the action is only about 60 per cent right. It would be better than where we are today.

Please think about that and let us know. That would be helpful.

Senator LeBreton: You have given us valuable information. Dr. Beitchman, my first question is for you. You mentioned in your response to Senator Kirby that the single most important thing the government could do is establish a government agency. Could you give us an example of an agency that exists presently that would give us a framework? Is there an agency either federally or provincially after which you could model such an agency?

Dr. Beitchman: I am not sure I can. I am thinking about a group that has the sanction of the government and the authority and resources to advocate about all these kinds of issues we are talking about today. Such a group would bring experts together who can establish demonstration models, policy frameworks or advertising campaigns — any one of a number of issues.

Earlier we talked about the prevalence of fetal alcohol syndrome. Such an agency could advocate collecting this kind of information. That is the type of think that I am suggesting. Additionally, it should be done with a national scope and involve as many of the Canadian jurisdictions that can or want to participate.

You are in a much better position than I to identify models within government that have succeeded in doing that.

Senator LeBreton: Or perhaps in other countries as well.

Dr. Beitchman: Yes.

essayons d'obtenir des approches plus concertées et cela passe souvent par les formations que l'on peut donner pour partager des exemples cliniques ensemble se rapprochant de la pratique quotidienne.

[Traduction]

Le président: J'espère que vous allez y réfléchir. C'est le prolongement de ce qu'a dit Mme Renaud. Notre comité essaie de résoudre des problèmes pratiques. Nous ne visons pas la perfection.

Mme Renaud vient de décrire une situation dans laquelle divers groupes ont des points de vue différents sur ce qu'il faudrait faire. Il faudrait adopter l'un de ces points de vue, quitte à en mécontenter certains. Il est préférable d'adopter un point de vue et d'agir que d'essayer de mettre tout le monde d'accord. C'est comme dans le débat fédéral-provincial, où rien ne se passe avant qu'il y ait unanimité.

J'aimerais que vous réfléchissiez à ce que ce comité pourrait faire pour que l'on cesse d'essayer de mettre tout le monde d'accord et que l'on agisse, même si l'action n'est jugée positive qu'à 60 p. 100. Ce serait tout de même préférable à la situation actuelle.

Je vous demande d'y réfléchir et de nous en reparler. Ce serait très utile.

Le sénateur LeBreton: Vous nous avez présenté une information très précieuse. Je voudrais poser ma première question au Dr Beitchman. Dans votre réponse au sénateur Kirby, vous avez dit que la mesure la plus utile que pourrait prendre le gouvernement serait de créer un organisme gouvernemental. Existe-t-il actuellement un organisme semblable dont on pourrait reprendre la structure? Votre organisme pourrait-il être créé sur le modèle d'un organisme déjà existant, soit au niveau fédéral, soit au niveau provincial?

Dr Beitchman: Je n'en suis pas sûr. Je pense à un groupe qui aurait l'aval du gouvernement et qui serait doté des pouvoirs et des ressources nécessaires pour faire la promotion de toutes les questions dont nous parlons aujourd'hui. Ce groupe réunirait des experts capables de créer des modèles expérimentaux, de proposer des structures d'intervention ou d'organiser des campagnes publicitaires.

Nous avons parlé tout à l'heure de la prévalence du syndrome de l'alcoolisme foetal. Cet organisme pourrait promouvoir la collecte des données pertinentes. Voilà le sens de ma proposition. Par ailleurs, il devrait s'agir d'un organisme de portée nationale s'adressant très largement aux autorités des provinces et territoires susceptibles de participer à son action.

Vous êtes mieux placés que moi pour trouver dans le secteur public des modèles rassembleurs.

Le sénateur LeBreton: Ou même à l'étranger.

Dr Beitchman: Oui.

Senator LeBreton: Ms. Massad, I was surprised by the data. I realize it is relatively new data because I don't believe any of us heard the term "fetal alcohol syndrome" 15 or 20 years ago.

When you are compiling data, are you tracking children born in the 1960s or 1970s — that is, in decades? I think that when most of us had children, it never occurred to us. I hope none of us drank too much, but if anybody had a beer or two that they somehow or other were going to end up having, years later, this guilt trip because of some problem their child had because they went to a wedding and had a couple of drinks. I suppose in society there has been more alcohol use, but are you able to track the incidents by decades? How will you get this data?

Ms. Massad: That is a good question. I think it has been difficult to track by decade. It would be very difficult to go back more than 30 years unless they were diagnosed as adults.

The syndrome was first diagnosed in 1973. There is no standardized way of collecting this. Pockets of communities have started collecting it and there is no consistency. That has been done since 1973. There are no studies prior to that year.

They have interviewed people in the age range of 20 to 51. That would fall into the previous decades. However, no conclusive data arose from those interviews. The recent data is not conclusive.

The problem we are facing is trying to get consensus on the definitions under the spectrum of fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects as well as consensus on how to diagnose.

Senator LeBreton: You have to work with when you can identify and start from there.

Ms. Massad: The numbers may be higher than what I am giving you. They probably are.

Senator LeBreton: I was surprised. I thought they were low when you mentioned them.

Ms. Massad: That is for fetal alcohol syndrome, but if you were to look at the whole spectrum of disabilities under the umbrella term FASD, it would be greater than that.

Senator LeBreton: You talked about the national framework for action. What stage is it at?

Ms. Massad: We have completed the consultation. They will be putting the information together to work towards prevention and improving the quality of life for these individuals. That is the goal of developing this action plan.

Senator LeBreton: What is the next step? Will you complete it and try to implement?

Le sénateur LeBreton: Madame Massad, j'ai trouvé vos données étonnantes. Je vois qu'elles sont relativement nouvelles car je ne pense pas qu'il ait été question de syndrome d'alcoolisme foetal il y a 15 ou 20 ans.

Lorsque vous compilez des données, est-ce que vous tenez compte des enfants nés dans les années 60 ou 70? Je pense que lorsque nous avons eu des enfants, cela ne nous est jamais arrivé. J'ose espérer qu'aucune d'entre nous ne s'adonnait à la boisson, mais celle qui aurait bu une bière ou deux ne devrait pas avoir à se sentir coupable des années plus tard d'être à l'origine des problèmes de ses enfants parce qu'elle a bu un verre ou deux à un mariage. La consommation d'alcool a augmenté dans notre société, mais est-ce que vous pouvez trouver l'incidence correspondant à chaque décennie? Comment obtenez-vous ces données?

Mme Massad: C'est une bonne question. Je crois qu'il est difficile de le faire par décennie. Il serait très difficile de remonter plus de 30 ans en arrière, à moins que les personnes n'aient été diagnostiquées à l'âge adulte.

Le syndrome a été diagnostiqué pour la première fois en 1973. Il n'y a pas de méthode normalisée de collecte des données. Des groupes isolés ont commencé à les recueillir, mais la collecte n'est pas uniforme. Des données sont recueillies depuis 1973. Aucune étude n'avait été faite auparavant.

On a interviewé des personnes âgées de 20 à 51 ans. Leurs problèmes auraient débuté au cours des décennies précédentes. Cependant, ces entrevues n'ont débouché sur aucune donnée décisive. Les données récentes ne sont pas concluantes.

Notre problème consiste à dégager un consensus sur les définitions correspondant aux différentes notions de syndrome d'alcoolisme foetal ou des effets de l'alcool sur le fœtus ainsi qu'un consensus sur la méthode de diagnostic.

Le sénateur LeBreton: Vous ne pouvez travailler qu'avec les cas qui peuvent être identifiés.

Mme Massad: Les chiffres réels sont peut-être supérieurs à ceux que je vous ai donnés.

Le sénateur LeBreton: C'est curieux. Ils ne m'ont pas paru très élevés.

Mme Massad: Je parlais du syndrome d'alcoolisme foetal, mais si l'on considère toute la gamme des troubles que regroupent les TSAF, les cas sont beaucoup plus nombreux.

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé d'un cadre national d'action. Où est-ce qu'on en est dans ce domaine?

Mme Massad: Nous avons terminé les consultations. On va colliger l'information afin de favoriser la prévention et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. C'est le but de l'élaboration de ce plan d'action.

Le sénateur LeBreton: Quelle est l'étape suivante? Allez-vous terminer le plan d'action et le mettre en oeuvre?

Ms. Massad: Yes, we will try to implement. There are several goals within the framework that we will be addressing. Screening and diagnosis is one of them, and we will be working to implement those.

Senator LeBreton: Will you bring all the groups together? Will you be planning a national launch? How will you take it off the paper?

Ms. Massad: I do not think we have actually determined that yet.

The Chairman: What is your time frame?

Ms. Massad: I believe one year. It started last June. As the others were saying, it is difficult to get everyone at the table, and it is a complex issue with many stakeholders involved. It is not just the provinces and territories. It is NGOs and clinicians.

Senator LeBreton: I have one question for Dr. Renaud because her comments struck me. Sometimes, to use the old phrase, we “throw the baby out with the bath water.” When we were to school there were guidance counsellors and school nurses. Have the cutbacks on the provincial education systems severely limited the ability for intervention? Is that part of the problem — not being able to recognize the problem early on in a young person’s school life?

[Translation]

Dr. Renaud: Yes. People tell us that the teachers who see the children after the school day can tell us whether or not a child is okay or not. However, they will say that the social worker spends only two days a week in their school because the other two days are spent in another school, or else, they say that the social worker is absent this week due to illness. This is the situation that these people experience.

We tried to set up a coordinated intervention project through a network of resource persons to contact. Knowing who the players are makes exchanges much easier. Sometimes a simple telephone call enables us to verify a few things. That, in turn, allows us to quickly reassure people or advise them that it is important to take other action. School officials do not always know when it is time to get the parents involved. Sometimes they worry about violating confidentiality. We tell them that, on the contrary, they have the right to violate this confidentiality particularly when it is a matter of life or death. This is even essential to help a child who does not know how to express his pain.

Budget cutbacks in education are adding, however, to the difficulties as well as the lack of time. Even children in the fifth grade of elementary schools, who are out of the regular system because they are disruptive in class, who always find themselves outside the classroom, in the hallway, are suddenly being referred to psychiatry because they can no longer attend the

Mme Massad: Oui, nous allons essayer de le mettre en oeuvre. Nous allons nous occuper de plusieurs objectifs du cadre. Le dépistage et le diagnostic en font partie, et nous allons nous efforcer de mettre ces éléments en oeuvre.

Le sénateur LeBreton: Allez-vous rassembler tous les groupes? Avez-vous prévu un lancement national? Comment cela va-t-il se concrétiser?

Mme Massad: Nous ne l’avons pas encore déterminé.

Le président: Quel délai vous êtes-vous fixé?

Mme Massad: Un an, je crois. La démarche a commencé en juin dernier. Comme l’ont dit les autres, il est difficile de réunir tout le monde autour d’une même table; le domaine est complexe et fait appel à de nombreux intervenants. Il n’y a pas que les provinces et les territoires. Il y a aussi les ONG et le personnel soignant.

Le sénateur LeBreton: J’aurais une question à poser à la Dre Renaud, car ses commentaires m’ont frappée. Parfois, on a tendance à jeter le bébé avec l’eau du bain, pour reprendre une vieille expression. Lorsque nous étions à l’école, il y avait des conseillers d’orientation et des infirmières. Les compressions budgétaires en éducation ont-elles limité les perspectives d’intervention? Le problème tient-il à l’impossibilité de constater précocement les effets du syndrome pendant la scolarité?

[Français]

Dre Renaud: Oui. Des gens nous disent que les professeurs qui voient les enfants après la journée de classe peuvent dire si tel enfant va bien ou non. Par contre, ils vont dire que la travailleuse sociale ne vient que deux jours par semaine dans leur école car elle passe les trois autres jours dans une autre école, ou bien qu’elle est absente cette semaine pour cause de maladie. C’est la situation que vivent les gens.

On a essayé de mettre en place un projet d’interventions concertées par la mise en place d’un réseau de personnes-ressources à contacter. Se connaître facilite beaucoup les échanges. Parfois un simple coup de téléphone nous permet de vérifier quelques points. Cela nous permet de rassurer rapidement les gens ou de les aviser qu’il est important de procéder à d’autres mesures. Les responsables scolaires ne savent pas toujours quand il est temps d’impliquer les parents. Ils craignent parfois d’enfreindre le principe de confidentialité. Nous leur disons qu’ils ont, au contraire, le droit de briser cette confidentialité surtout quand il est question de vie ou de mort. C’est même essentiel pour aider un enfant qui ne sait pas comment exprimer son mal.

Les coupures budgétaires en milieu scolaire ajoutent cependant aux difficultés ainsi que le manque de temps. Même les enfants de cinquième année du primaire, hors du système régulier parce qu’ils sont turbulents en classe, qui se retrouvent toujours à l’extérieur, dans le corridor, sont tout à coup référés en psychiatrie parce qu’ils ne peuvent plus suivre les cours. Cela fait parfois trois

classes. Sometimes the child has been experiencing problems for three or four years. They finally wind up with all kinds of difficulties, language disorders or other types of problems.

[English]

Senator Cook: Thank you for this presentation. If our dream or goal is to look at national standards, I recall the national program of heart health that came to my province of Newfoundland eight or nine years ago with its standards and package. The province delivered it through the medium of community health. Health Canada had some good outcomes with that program.

Given that the provinces deliver health care and education, could we not use the same type of mechanism if we wanted to get a national standard? Would that not possibly be a stream that Health Canada could look at?

Ms. Massad: Absolutely. We are working with our partners in the community as well to develop community capacity building.

Senator Cook: That could be a practical application, even if we just had a pilot project, Mr. Chairman.

With respect to cutbacks in schools, you have a larger classroom; you lose the counsellor; you lose the physical education teacher; you lose the arts. The creative spirit of the child is gone and he or she ends up in a remedial program. If we had the storefront I dream of, with a multidisciplinary team headed by a nurse practitioner — the most human of all people — to take care of it, and to move that child back to the community health setting, we would have achieved something. We must have some linkages. Maybe the way to go is with a program like our health that had great outcomes in my province.

Senator Keon: If we were to advocate a national program or entity of some kind to deal with the enormous problems you describe, where would you draw the line in the age group? I know that is a difficult question; I do not want you to have to give three different answers.

Dr. Beitchman: I am not sure I know the answer to that. I think the people involved should debate the issue and try to determine an appropriate age range. Traditionally, the age group used goes up to the end of adolescence — age 18 or 19. I do not know whether that is the right age. I would guess the age range would be somewhere between 18 and the early 20s.

That would be one of the issues that would be part of a spirited debate, partly depending on what the objectives were and what else was available, and how one went about implementing it. In some cases, it may be best that it be up to age 18. In others, it may better to extend beyond 18. I would not want to suggest that we set an arbitrary age, but that is the kind of range.

ou quatre ans que l'enfant a des problèmes. On retrouve finalement toutes sortes de difficultés, des troubles du langage ou autres.

[Traduction]

Le sénateur Cook: Je vous remercie de cet exposé. Si notre objectif est d'obtenir des normes nationales, je me souviens du programme national de santé cardiaque qui est arrivé chez nous, à Terre-Neuve, il y a huit ou neuf ans avec un ensemble de normes et de formules. La province a appliqué ce programme par l'intermédiaire des services de santé communautaire. Santé Canada a obtenu de bons résultats grâce à lui.

Comme ce sont les provinces qui s'occupent de la santé et de l'éducation, ne pourrait-on pas utiliser le même genre de mécanisme si l'on veut fixer une norme nationale? Ne serait-ce pas une filière à envisager pour Santé Canada?

Mme Massad: Si, absolument. Nous travaillons avec nos partenaires du milieu communautaire pour assurer la mise en valeur de son potentiel.

Le sénateur Cook: Même si nous ne lançons qu'un projet pilote, monsieur le président, nous obtiendrions du moins une application pratique.

En ce qui concerne les compressions budgétaires en éducation, on a maintenant des classes plus chargées; on a perdu les conseillers, on perd les professeurs d'éducation physique et les professeurs d'arts plastiques. L'enfant perd sa créativité et se retrouve dans un cours de rattrapage. Si on avait les équipes d'intervention dont je rêve, c'est-à-dire des équipes multidisciplinaires dirigées par une infirmière — le personnel infirmier a des qualités humaines extraordinaires — les enfants à problèmes seraient confiés aux services de santé communautaire et on obtiendrait un résultat positif. Il faut faire le lien entre les différents services. Peut-être faudrait-il envisager un programme semblable à celui de la santé cardiaque qui a donné d'excellents résultats dans ma province.

Le sénateur Keon: Si nous proposons un programme national ou une organisation quelconque pour s'attaquer aux problèmes énormes que vous décrivez, quelle serait la limite d'âge? Je sais que c'est une question difficile; je ne veux pas que vous soyez obligés de donner trois réponses différentes.

Dr Beitchman: Je ne sais pas si je connais la réponse. Je pense que les intéressés devraient débattre de la question et tenter de déterminer quel serait l'âge approprié. Traditionnellement, le groupe d'âge utilisé s'arrête à la fin de l'adolescence — 18 ou 19 ans. Je ne sais pas si c'est l'âge approprié. Je dirais que la fourchette se situe entre 18 ans et le début de la vingtaine.

C'est un des aspects qui pourrait faire l'objet d'une discussion animée, car tout dépend des objectifs fixés, de ce qui est par ailleurs disponible et de la méthode de mise en oeuvre. Dans certains cas, il est préférable d'aller jusqu'à 18 ans. Dans d'autres cas, il vaudrait peut-être mieux aller au-delà de 18 ans. Je ne voudrais pas proposer une limite d'âge arbitraire, mais c'est dans cette plage.

It is important that there be some identifiable group that takes responsibility for the whole range of mental health issues in children and adolescents. I do not think anybody is doing that now.

We have mental health organizations. Much of the focus — and perhaps rightly so — is on adult mental health disorders.

Who is concerned about the children and adolescents? They tend to get pushed aside. That is why it is important that there be a strong advocate to move that agenda forward. It has potential for payoffs in many different ways, as I was alluding to earlier.

Senator Keon: I raised that because I am involved in health myself and have been all my life. I am concerned about adolescents between the ages of 17 and 22, because they are cut loose. This could be disastrous for children with suicidal tendencies. Imperfect as it may be, I would think that is something that does have to be addressed. Would you care to comment, Dr. Renaud?

[Translation]

Dr. Renaud: One of my colleagues became ill and had to stop working last year. Meanwhile, his patient turned 18 — this was a youth with significant mental disorders — and he committed suicide once he was transferred to adult psychiatry. The youth's mother came back to see the psychiatrist once he had returned to work in order to talk to him. The mother said that everything had been done properly by this psychiatrist's replacement, but that the services provided in adult psychiatry were administered in a rigid way that perhaps we do not have in child psychiatry, where we accept things differently. When we are dealing with an adult, we tend to tell him to be responsible for himself; in some instances the family is not stressed so much because we are focussing on autonomy. This boy was not entitled to welfare. He therefore did not have very much money to buy his medication even if he could have been entitled to drug insurance. The first time a person does not take his prescription and is very fragile, he becomes more unstable and this can trigger a relapse, if the person is lacking in confidence, he will not go and see the psychiatrist to say that he needs to be hospitalized. Several factors came into play, resulting in this boy's suicide at the age of 18 and a half or 19.

[English]

Ms. Massad: In respect of fetal alcohol syndrome, it is difficult to cap it at any age because it is a lifelong disability. This is a problem. After a certain age, they fall off the radar and end up on the street, in prison or dead. This is the reality of this disability.

Senator Keon: I would like to push it a little further. It would seem to me, if, for example, there were an agency that dealt with this and we could define the age group that it would deal with, we could then work at developing a transition for these people into the next spectrum of care.

Il est important qu'il y ait un groupe connu qui assume la responsabilité lorsqu'il s'agit de toutes les questions reliées à la santé mentale des enfants et des adolescents. Je ne pense pas qu'il y ait de tel groupe actuellement.

Il y a des organisations de santé mentale. La plupart d'entre elles mettent l'accent, à juste titre, sur la santé mentale des adultes.

Qui se préoccupe des enfants et des adolescents? On a tendance à les écarter. Voilà pourquoi il est si important qu'il y ait un défenseur acharné pour faire avancer le dossier. Les possibilités de résultats sont nombreuses, comme je le mentionnais plus tôt.

Le sénateur Keon: Je soulève la question parce que j'ai moi-même été dans le monde de la santé, et ce, toute ma vie. Je m'inquiète des jeunes de 17 à 22 ans parce qu'on les laisse à eux-mêmes. Cela peut être désastreux pour des enfants qui ont des tendances suicidaires. Même si la solution n'est pas parfaite, je pense que c'est quelque chose où il nous faut agir. Qu'en pensez-vous, docteur Renaud?

[Français]

Dre Renaud: Un de mes collègue est tombé malade et a dû cesser sa pratique l'année dernière. Son patient a eu 18 ans pendant cette période — c'était un jeune avec des troubles mentaux importants — et il s'est suicidé une fois qu'il a été transféré en psychiatrie adulte. Sa mère est revenue voir le psychiatre en question lors de son retour à la pratique pour discuter avec lui. La mère disait que tout avait été bien fait par le remplaçant de ce psychiatre, mais les services qu'il a reçus en psychiatrie adulte ont été administrés avec une certaine rigidité que nous ne retrouvons peut-être pas en pédopsychiatrie, où on accepte les choses différemment. Quand on a affaire à un adulte, la tendance est de lui dire de se responsabiliser; l'approche est moins familiale à certains endroits parce qu'on met l'accent sur l'autonomie. Ce garçon n'a pas eu droit au bien-être social. Il n'avait donc pas beaucoup d'argent pour acheter ses médicaments même s'il aurait pu bénéficier de l'assurance-médicament. Si on manque une première fois notre ordonnance et qu'on est très fragile, on devient plus instable, on peut tomber en rechute et si on n'a pas confiance, on n'ira pas voir le psychiatre pour dire que l'on a besoin d'être hospitalisé. Plusieurs facteurs ont fait qu'à 18 et demi ou à 19 ans, il s'est suicidé.

[Traduction]

Mme Massad: Dans le cas du syndrome d'alcoolisation foetale, il est difficile de fixer un âge limite puisqu'il s'agit d'une déficience à vie. Voilà le problème. Après un certain âge, ces personnes disparaissent et se retrouvent dans la rue, en prison ou meurent. C'est ce qui arrive avec cette déficience.

Le sénateur Keon: J'aimerais pousser la question un peu plus loin. Il me semble que si, par exemple, il y avait un organisme pour s'occuper de cet aspect et que nous puissions définir le groupe d'âge qui constituerait sa clientèle, alors nous pourrions travailler à élaborer un plan de transition pour la prochaine étape de soins.

However, if it is like the health discipline in which I worked, they just get lost when they turn about 17 and they show up at age 22 or 23. I would really worry about that happening in mental health.

I would like you to respond again. I fully appreciate what you said, Dr. Beitchman, but this is a truly serious problem in our health care system.

Dr. Beitchman: It is clear that this age group represents a group at high risk, towards the end of adolescence and into the mid-20s, early adulthood. Someone needs to take responsibility. They are often referred to as transitional age kids. They are too old for the traditional adolescent programs and they are usually too young for the adult programs. People working in the adult sector do not understand them well and are not often interested in working with them. People working in the more traditional child areas feel the same way, looking up at them. There needs to be a group that takes responsibility for them.

The Centre of Addiction and Mental Health, where I also work, has incorporated the youth addictions group with that age group as part of our overall child, family and youth program. We have taken the step of recognizing that that age group needs to be addressed in a specialized way.

If we are lucky enough to be able to organize this national body, I do not want to prescribe for them how they should work or what they should do, including the boundaries of their age group. You have made a valid point and I would be in support of including that age group in this group.

[Translation]

Senator Pépin: If I understand you correctly, when an individual in therapy reaches the age of 18, he changes categories and must consult psychiatrists who treat adults. Normally, when someone is in therapy and things are going well, we say that it would be better not to transfer him.

Dr. Renaud: We cheat a bit. We still continue seeing them and we start receiving letters from the administration telling us that, in theory, if this person were hospitalized, he would have to be hospitalized in an adult psychiatry unit. Currently, we would not be allowed to hospitalize such individuals in the child and adolescent psychiatry section.

Senator Pépin: That does not make sense.

Dr. Renaud: Yes, but that would also take away beds from other children who are younger.

Dr. Renaud: One day the transition will probably have to be made. What we need to do is prepare it well in advance. We are trying to think about this transition when we provide care to someone who is, for example, 17 years old.

Toutefois, si c'est comme le secteur de la santé où j'ai travaillé, on perd ces patients de vue vers l'âge de 17 ans et on les retrouve à 22 ou 23 ans. Je m'inquiète beaucoup que cela se produise dans le domaine de la santé mentale.

J'aimerais que vous tentiez encore une fois de répondre. Je comprends très bien ce que vous avez dit, docteur Beitchman, mais c'est vraiment un problème très grave dans notre régime de soins de santé.

Dr Beitchman: Il est clair que ce groupe d'âge représente un groupe à risque élevé, vers la fin de l'adolescence et jusqu'à la mi-vingtaine, au début de l'âge adulte. Quelqu'un doit assumer la responsabilité. On parle souvent des jeunes à l'âge de la transition. Ils sont trop vieux pour les programmes traditionnels à l'intention des adolescents et ils sont en général trop jeunes pour les programmes qui s'adressent aux adultes. Les travailleurs du secteur des adultes ne les comprennent pas bien et souvent ne sont pas intéressés à travailler avec eux. Les travailleurs des secteurs plus traditionnellement consacrés à l'enfance ont la même impression, les voient comme des grands. Il faut un groupe qui les prenne en charge.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, où je travaille aussi, a intégré le groupe des toxicomanies chez les jeunes à ce groupe d'âge dans le cadre de notre programme global pour l'enfance, la famille et la jeunesse. Nous avons fait en sorte de reconnaître que les besoins de ce groupe d'âge devaient être pris en compte de façon spéciale.

Si nous avons la chance de parvenir à organiser cet organisme national, je ne veux pas lui dicter comment il devrait fonctionner ni ce qu'il devrait faire, y compris en ce qui a trait aux limites de leur groupe d'âge. Vous avez fait valoir un point intéressant et je serais favorable à l'inclusion des jeunes de cet âge dans ce groupe.

[Français]

Le sénateur Pépin: Si je comprends bien, lorsqu'un individu en thérapie atteint l'âge de 18 ans, on doit le changer de catégorie et il doit consulter des psychiatres qui soignent des adultes. Habituellement, lorsque quelqu'un est en thérapie, si tout va bien, on dit que ce serait mieux de ne pas le transférer.

Dre Renaud: On triche un peu. On continue à les voir malgré tout et on reçoit des lettres de la part de l'administration nous disant que théoriquement, s'il était hospitalisé, il faudrait absolument qu'il le soit dans un service de psychiatrie adulte. C'est défendu de les hospitaliser en pédopsychiatrie.

Le sénateur Pépin: Cela n'a pas de sens.

Dre Renaud: Oui, mais cela enlèverait la place à d'autres qui sont plus jeunes aussi.

Dre Renaud: La transition aura probablement à se faire un jour. Il s'agit de la préparer longtemps d'avance. Ce que l'on essaie de faire, c'est de la prévoir au moment de la prise en charge de quelqu'un qui aurait 17 ans, par exemple.

Sometimes we try to admit these young people in adult psychiatry so that the first contact is already made there. But some clinics are very inflexible and refuse to do so. It is clear that we need to prepare for this transition and ensure that there is some flexibility between the two services.

Senator Pépin: For some of them it will be much easier than for others. It is a bit like cutting the umbilical cord.

Dr. Renaud: The same applies to youth in social services. At around 16 and a half they have to start preparing for the end of entitlement at the age of 18. They suffer from extreme emotional deficiency. We have set up a number of alternative services in the community to help them.

[English]

Senator Cordy: It is sometimes overwhelming when we hear such information as this because we wonder where indeed to begin. I agree that children's mental health is the "orphan's orphan."

I am interested, Dr. Beitchman, in your thoughts on starting an agency or a ministry to deal with children's mental health. Could we take that one step further? In your presentation you talked about families being overloaded when faced with a child who suffers from mental illness.

Before I came to the Senate, I was an elementary school teacher. Throughout my career, I had students who suffered from autism or a number of other illnesses. Families were indeed overloaded but they were also frequently in conflict because, as you said earlier, they were dealing with so many government agencies. A teacher must deal with the school psychologist, the speech therapist, and the children's hospital — in my case, it was the IWK Grace Health Centre in Halifax — and the parents must deal with the school system. In some cases, they receive conflicting information. The parents are trying to be good parents and do the right thing but they are not quite sure what the right thing is to do.

In fact, the result is a family in conflict. I heard one of our senators, an expert in child issues, say that many of these families need a family advocate to work through the system. In that way, parents are able to ask questions and receive answers from one individual — the family advocate.

Sometimes in meetings, parents are faced with a panel of experts, who certainly do not mean to be hostile but the parent is almost intimidated by them because of their expertise.

Your comment about families being overloaded, from my experience, is certainly true. What do you think about the idea of having a family advocate? Would that be connected to an agency or to a ministry?

Dr. Beitchman: Senator Cordy, I certainly recognize what you are describing. I have seen it myself clinically with families. Unfortunately, it happens often, not only in the school setting but

Parfois on essaie de les faire inscrire en psychiatrie adulte pour que le premier contact soit déjà là-bas, mais certaines cliniques sont très rigides et disent non. Il est certain qu'il faut préparer cette transition et faire en sorte qu'il y ait une certaine souplesse entre les deux services.

Le sénateur Pépin: Pour certains, cela sera beaucoup plus facile que d'autres. C'est comme la coupure du cordon ombilical.

Dre Renaud: C'est la même chose pour les jeunes des services sociaux. Ils sont obligés de préparer vers 16 ans et demi la fin des services à 18 ans. Ce sont des carencés affectifs épouvantables. On a mis sur pied certains services alternatifs dans la communauté pour les aider.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: Il est parfois déroutant d'entendre des renseignements comme ceux-là, parce qu'on ne sait plus vraiment par où commencer. Je suis d'accord pour dire que la santé mentale des enfants est certainement l'orpheline des orphelins.

Docteur Beitchman, l'idée que vous avez exprimée de créer une agence ou un ministère pour s'occuper de la santé mentale des enfants a retenu mon attention. Pourrions-nous faire davantage? Dans votre exposé, vous avez parlé de familles qui sont dépassées quand elles ont à s'occuper d'un enfant qui souffre de maladie mentale.

Avant d'être nommée au Sénat, j'étais enseignante à l'école primaire. Tout au long de ma carrière, j'ai eu des élèves atteints d'autisme et de diverses autres maladies. Les familles étaient certainement surchargées et elles étaient aussi souvent confuses parce que, comme vous l'avez déjà dit, elles devaient traiter avec un plus grand nombre d'organismes gouvernementaux. Un enseignant doit traiter avec le psychologue de l'école, l'orthophoniste, l'hôpital pour enfants — dans mon cas, il s'agissait du IWK Grace Health Centre à Halifax — et les parents doivent traiter avec le système scolaire. Dans certains cas, on leur fournit de l'information contradictoire. Les parents essaient d'être de bons parents et de faire ce qu'il faut, mais ils ne sont pas vraiment certains de ce qu'il y a lieu de faire.

En fait, il en résulte un conflit dans la famille. J'ai entendu un sénateur, spécialiste des questions de l'enfance, dire qu'un bon nombre de ces familles avaient besoin d'un défenseur de la famille pour s'y retrouver dans le système. De cette façon, les parents peuvent poser des questions et obtenir des réponses d'une seule personne — le défenseur de la famille.

Parfois, dans des réunions, les parents sont devant un groupe de spécialistes, qui ne veulent certainement pas se montrer hostiles, mais le parent est presque intimidé par leur savoir.

Vous avez dit que des familles étaient dépassées; d'après mon expérience, je peux certainement dire que c'est le cas. Que pensez-vous de cette idée d'un défenseur de la famille? Serait-il lié à un organisme ou à un ministère?

Dr Beitchman: Sénateur Cordy, je reconnais volontiers l'existence de la situation que vous décrivez. Je l'ai moi-même constatée dans ma pratique. Malheureusement, il arrive souvent,

also in many clinical settings where, unfortunately, the so-called experts failed to communicate the child's and the family's needs in an empathic and therapeutic way.

In many instances, the families and the child do need an advocate — someone who can interpret what they are hearing to help them assess the information and its value. In some places, it is done better than in other places. There is a value in having an advocate. I think that families themselves would have to make the decision about whether they want or need an advocate. Where one could be made available, I would certainly support the idea of someone who knows the system, who knows where to go, who knows who to ask and who could work their way through the jargon on behalf of the parents and the child.

For example, a national agency or a national advocacy group of some kind could advocate for a cadre of family advocates, as it were, to support and work with consumers at all levels.

Senator Cordy: The family would have to buy into it so that it is not just another agency.

Dr. Renaud, you spoke about suicide, early intervention and risks. When I was an educator, it was frustrating to find a child at risk or family members at risk. When this occurred it was brought to the attention of the administration. The first step was a six-month wait for the child to see the psychologist or talk to the family. If the psychologist agreed with the teacher's assessment, there was another six-month wait to have an appointment at the child's guidance centre, or another centre, to receive help. Early intervention sounds wonderful and but it does not always happen.

Is there a way to overcome that? As Senator LeBreton mentioned earlier, resources in education have continued to be cut.

[Translation]

Dr. Renaud: That is what we are attempting to do with the protocols and the different intervention levels in the case of services. Even if the situation is drawn to people's attention, they do not quite know what to do. We do have our local community services centres, the CLSCs. Staff members at the school may be put in direct contact with the CLSC where they can find a nurse, a general practitioner and people specialized in crisis intervention.

We also have a crisis intervention team five days a week at Sainte-Justine open throughout the day. We have even hired nurses to work evenings in crisis intervention. If that is the preferred approach, then one should avoid the CLSC phase or the following step involving multidisciplinary teams of physicians. It works best when people work as a team and agree to see these young people going through a difficult period. Some people who are very good in crisis intervention will not do a thorough history but at least for the most urgent cases, they can decide what should be done and document the situation. Very often people panic and

pas seulement à l'école mais aussi dans de nombreuses cliniques, que ceux qu'on appelle les spécialistes ne parviennent pas à faire part des besoins de l'enfant et de la famille de façon emphatique et utile.

Dans bien des cas, la famille et l'enfant ont bel et bien besoin d'un défenseur — quelqu'un qui puisse interpréter ce qu'on leur dit et les aider à évaluer cette information. Il y a des endroits où on s'y prend mieux qu'ailleurs. Il y a un intérêt à disposer d'un défenseur. Je pense que les familles elles-mêmes auraient à décider si oui ou non elles veulent ou ont besoin d'un défenseur. Dans les cas où on pourrait leur en fournir un, j'appuierais certainement l'idée de disposer de quelqu'un qui connaît le système, qui sait où s'adresser, qui sait à qui parler et qui pourrait s'y retrouver dans tout le jargon au nom des parents et de l'enfant.

Par exemple, un organisme ou un groupe de défense nationale d'un type ou l'autre pourrait être le porte-parole d'un regroupement de défenseurs de la famille, si l'on peut dire, pour soutenir les utilisateurs et travailler avec eux à tous les niveaux.

Le sénateur Cordy: La famille devrait se rallier à cette idée afin que ça ne soit pas simplement un autre organisme.

Docteur Renaud, vous avez parlé de suicide, d'intervention précoce et de risques. Quand je travaillais en éducation, je trouvais frustrant de constater qu'un enfant ou des membres d'une famille étaient dans une situation à risque. Dans ces cas-là, on le portait à l'attention de l'administration. Tout d'abord, il y avait une période d'attente de six mois pour que l'enfant puisse voir le psychologue ou qu'on s'entretienne avec la famille. Si le psychologue acceptait l'évaluation de l'enseignant, il fallait attendre encore six mois pour obtenir un rendez-vous au centre d'orientation de l'enfant, ou un autre centre, pour obtenir de l'aide. L'intervention précoce semble formidable, mais elle n'est pas toujours une réalité.

Y a-t-il moyen de résoudre ce problème? Comme l'a également soutenu le sénateur LeBreton, on a continué de réduire les ressources en éducation.

[Français]

Dre Renaud: C'est ce que l'on essaie de travailler avec les protocoles et avec les différents niveaux d'intervention de services. On dit que même si on signale la situation, on ne sait pas trop quoi faire. On a les centres locaux de services communautaires, les CLSC. Ils ont mis certains intervenants de l'école en lien direct avec le CLSC, où ils peuvent trouver une infirmière, un omnipraticien et certaines personnes qui font de l'intervention de crise.

On a aussi l'équipe de crise que l'on a mise en place cinq jours sur cinq à Sainte-Justine et ce, toute la journée. On a même engagé des infirmières pour travailler le soir pour faire de l'intervention de crise. Si on veut faire cela, il ne faut avoir la phase du CLSC ou des médecins d'équipes multidisciplinaires au milieu. Les secteurs où cela fonctionne bien sont ceux où les gens travaillent en équipe et acceptent de voir ces jeunes qui sont difficiles. Certaines personnes très bonnes en intervention de crise ne feront pas une histoire complète mais au moins pour les cas plus urgents, elles peuvent décider de ce qu'il faut faire et

we do not have all the information that we consider necessary. Once decisions are made at a certain level, it will be necessary to follow up at another level. Sometimes they say to us: "We are going to emergency, we haven't got an answer and they are telling us that it is not serious. Hospitalization is not necessary." But what do we do next? The youth comes back to our service. We do have liaison nursing staff to ensure continuity and sometimes a phone call will allow for a quick resolution of certain situations.

Because of this we no longer have to have a waiting list in our child's psychiatry out-patient clinic. We prefer to put time in the out-patient clinic rather than emergency. Working conditions are better and there is a greater impact on families. We are much more calm and not in the same kind of situation.

Obviously more staff is required in schools. The staff must feel that they can count on support. It is not the school's principal who should be doing this job, it is up to the health system to find out what is happening and the best way of providing service. The health boards do not necessarily give us a mandate to do so.

We can see where the problems are but we cannot claim that it is not our responsibility to tell others what to do. So we try to organize things as best we can but we do not necessarily have the authority to impose this kind of system. If there is a two-year waiting list in certain clinics in Montreal, who is going to deal with these young people? Parents come to see us and tell us that we handle things more quickly. But it has only been for the past two years that things have been expedited in this way. We realized that things had to change in order to provide more specialized and more complex services.

[English]

Senator Cordy: Ms. Massad, I am confused about the data collection. Are you collecting data or not? I got mixed messages.

Ms. Massad: We are not collecting it nationally and we do not have a national collection of data. There is no consensus on how it is collected. It is pockets of communities that are collecting data, using different diagnostic tools and screening. There is no consistency. That information is compiled and used as an estimate.

Senator Cordy: How can you determine whether or not your programs are working if you are not sure how many cases you have?

Ms. Massad: That is one of the challenges we face. Until we have standardized the diagnostic guidelines, that will be a struggle. Once we do that, we will have a better indication of how our programs and services are reaching people and how to improve access to programs.

Senator Cordy: What is the hold-up?

documenter la situation. Souvent les gens paniquent et nous n'avons pas toute l'information qui nous apparaît nécessaire. Une fois que l'on prend des décisions à un certain niveau, il faut donner la réponse que nous avons trouvée à l'autre niveau. Parfois ils nous disent: «On va à l'urgence, on n'a pas de réponse et on se fait dire que ce n'est pas grave. Il ne faut pas l'hospitaliser.» Mais nous on fait quoi après? Le jeune revient dans notre milieu. On a mis des infirmiers de liaison pour assurer cette continuité et parfois le téléphone aide à régler certaines situations plus rapidement que d'autres.

Cela a permis de ne plus avoir de liste d'attente dans notre service de clinique externe en pédopsychiatrie. On aime mieux mettre le temps en clinique externe qu'à l'urgence. Ce sont des meilleures conditions de travail et il y a plus d'effets sur les familles. Nous sommes beaucoup plus calmes et ce n'est pas la même situation.

C'est sûr qu'il faudra plus de personnel dans les écoles. Il faut que ce personnel se sente soutenu. Ce n'est pas le directeur de l'école qui doit faire ce travail, c'est le réseau de la santé qui doit venir voir ce qui se passe et déterminer comment on peut mieux arrimer les choses. Les régies ne nous donnent pas nécessairement le mandat de faire cela.

On voit où il y a des problèmes, mais on ne peut pas le dire que ce n'est pas de notre ressort de dire ou de dicter les choses aux autres. On essaie donc de s'organiser le mieux possible mais on n'a pas nécessairement le pouvoir d'imposer ce genre de fonctionnement. S'il y a deux ans d'attente dans certaines cliniques à Montréal, qui va se retrouver avec ces jeunes? Les parents viennent nous voir et il nous disent que cela va plus vite chez nous. Mais cela fait seulement depuis deux ans que ça va plus vite. On a dit qu'il fallait changer les choses pour pouvoir donner des services plus spécialisés et plus compliqués.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: Madame Massad, je ne vois pas bien ce qu'il en est au sujet de la collecte de données. En recueillez-vous ou non? Je ne m'y retrouve pas.

Mme Massad: Nous ne recueillons pas de données à l'échelle nationale et nous n'avons pas un seuil national de données. Il n'y a pas de consensus sur la façon de recueillir des données. Il y a ça et là des communautés où l'on en recueille, à l'aide de différents outils de diagnostic et de dépistage. Il n'y a pas d'harmonisation. Cette information est compilée et utilisée pour faire des estimations.

Le sénateur Cordy: Comment pouvez-vous dire si vos programmes donnent ou non des résultats si vous ne savez pas combien de cas vous avez?

Mme Massad: C'est l'un des problèmes que nous avons. Tant que nous n'aurons pas de directives de diagnostic normalisées, il y aura des difficultés. Une fois que nous en aurons, nous saurons mieux dans quelle mesure nos programmes et services desservent la population et comment améliorer l'accès aux programmes.

Le sénateur Cordy: Qu'est-ce qui vous en empêche?

Ms. Massad: Primarily, there are many stakeholders involved and it is sometimes difficult to get consensus with provinces and the territories. There are many people at the table.

As I mentioned, we are looking at a one-year time frame on finalizing our framework. We recently completed consultation and it has been a lengthy process. It takes time, due to the number of individuals and stakeholders involved.

Senator Fairbairn: Like my colleagues, I find it difficult to figure out how to ask questions because this is so complex and overwhelming. Therefore, I will go to an issue that I know and have been working on for some time and use it to enable you to help me understand some of the other things we are talking about.

I have been involved in literacy for a long time, both at the adult and family levels. Only now, in the last five years, has the issue of family literacy become perhaps the hottest button in this very large problem about which Canadians do not know much or wish to believe exists.

When you get into the family literacy area, then you are getting into the children, not just the adults.

It has only been since the late 1980s that various learning disabilities were actually recognized by the federal human resources department as legitimate disabilities. I am looking at what we have here, when you are talking about behavioural disorders, ADHD, ADD and that kind of thing.

How difficult is it to categorize the difference between a learning disability and ADD for instance? I know a person who has gone around in circles having been screened and told it was learning disabilities and that there were ways of dealing with that — although not broadly dealing with it. Screening is not still a nationwide, easily accessible thing for children. The answer often comes back that the learning disability is a result of the ADD or ADHD and that Ritalin is the answer. It is a vicious circle, with the person you want to help in the centre. It is often difficult for families and schools because there is not the expertise to identify exactly what the problem is to help the child.

I would like your views on this, because it seems to me that people often get themselves off the hook by saying, “Well, it is really this and not that, so you have to go and see somebody else.”

Dr. Beitchman: Thank you. That is an interesting and important question. Part of the problem is that children who have learning disabilities and ADHD, for example, often have overlapping problems. There has been a long controversy about how to define learning disabilities. Educators and professionals working in the area agree that children functioning below their expected grade level should be considered learning disabled and should get the extra resources they need. That gets caught up in a

Mme Massad: D’abord, il y a de nombreux intervenants et il est parfois difficile d’obtenir un consensus entre les provinces et les territoires. Il y a de nombreux intervenants à la table.

Je le répète, nous envisageons un échéancier d’un an pour finaliser notre cadre stratégique. Nous venons de terminer une consultation et le processus a été long. Il faut du temps, en raison du nombre de personnes et d’intervenants en cause.

Le sénateur Fairbairn: Comme mes collègues, je ne sais plus comment poser les questions parce que le problème est si complexe et troublant. Par conséquent, je vais aborder un problème que je connais et sur lequel je travaille depuis un certain temps, et je vais m’en servir pour vous donner l’occasion de m’aider à comprendre certaines des autres choses dont nous parlons ici.

Je travaille en alphabétisation depuis longtemps, tant en ce qui concerne les adultes que les familles. Ce n’est que maintenant, soit depuis les cinq dernières années, que la question de l’alphabétisation des familles apparaît peut-être comme l’aspect le plus épineux de ce très vaste problème au sujet duquel les Canadiens ne savent pas grand-chose ou préfèrent en ignorer l’existence.

En matière d’alphabétisation familiale, il faut songer aux enfants, pas seulement aux adultes.

Ce n’est que depuis la fin des années 80 que le ministère fédéral du Développement des ressources humaines reconnaît que divers troubles d’apprentissage sont légitimes. Je regarde ce qu’on a ici, quand vous parlez de troubles du comportement, de THADA, d’hyperactivité avec déficit de l’attention, et de ce genre de choses.

Dans quelle mesure peut-on facilement faire la différence entre un trouble d’apprentissage et l’hyperactivité avec déficit de l’attention, par exemple? Je connais une personne qui a tourné en rond pour s’être fait dire après un exercice de dépistage qu’elle avait des troubles d’apprentissage et qu’il y avait des moyens de faire face à cela — mais pas de façon générale. Le dépistage n’est toujours pas d’accès facile pour les enfants à l’échelle nationale. On répond souvent que le problème d’apprentissage résulte d’une hyperactivité avec déficit de l’attention ou THADA et que le Ritalin est la réponse. C’est un cercle vicieux pour la personne qu’on veut aider au centre. C’est souvent difficile pour les familles et les écoles parce qu’on n’a pas le savoir-faire voulu pour repérer exactement le problème si on veut aider l’enfant.

J’aimerais savoir ce que vous en pensez, parce qu’il me semble que les gens s’en lavent souvent les mains en disant: «Eh bien, c’est vraiment ceci et pas cela, et vous devez donc aller voir quelqu’un d’autre.»

Dr Beitchman: Merci. La question est intéressante et importante. Le problème tient en partie au fait que les enfants qui ont des troubles d’apprentissage et des THADA, par exemple, ont souvent des problèmes qui se recoupent. La façon de définir les troubles d’apprentissage a donné lieu à une longue controverse. Les éducateurs et les professionnels du domaine s’entendent pour dire que les enfants qui performant en deçà de leur niveau scolaire normal devraient être considérés comme

political issue, because some jurisdictions will provide extra resources and funding for learning disabled children, whereas others will not.

There are also some new scientific advances in how people diagnose learning disabilities. There is a series of tests that educators and psychologists use to diagnose learning disabilities. One thing we have learned is that what is thought to be the basis for learning disabilities — primarily reading disabilities — is based on difficulties hearing and being able to recognize certain sounds. For example, if a child has a word to read that has a blend in it, a “BL” or a “PH” sound, they do not hear the sound, so they have difficulty recognizing it. That is thought to be related to phonological process, or being able to deal with the different sounds that we hear. It also appears there may be genetic basis for some of this. There have been some genetic findings discovered in families with children who have learning disabilities.

There are good scientific data on what reading and learning disabilities are and good scientific data on what ADHD is. Part of the problem is that there is a passing of the buck that occurs. I have had that experience myself clinically. However, I have been around long enough to know when this is happening. One professional will say it belongs in his bailiwick and another will say it belongs in another bailiwick, where in fact both issues may be present. The child can have a learning disability and also be ADHD. People with ADHD will have problems with impulsivity, attention and managing their behaviour. If they also have problems reading, distinguishing sounds and hearing what the teacher is saying, those children will become even more troubled and have more difficulties.

Earlier, Dr. Renaud talked about a multidisciplinary approach. The example you gave is a perfect instance of where a multidisciplinary approach is needed. It may be a speech and language problem, where the child has problems recognizing sounds. It may involve working with phonetics and recognizing words on the page, helping the child to learn to read. It may also be that the child can use some Ritalin. However, the Ritalin will not solve the phonological processing problem or the reading problem. It may help the child attend better, and learn better because he is attending better, but it will not solve the learning disability. Those problems often coexist. To provide the best possible care and treatment for a child, you need to provide care for the reading disability in addition to care for the ADHD. It does not have to be just ADHD. It could be any or all of those things. These children are often best helped in a small class with a concentrated attention. When school systems run out of money, these kids end up suffering.

Senator Fairbairn: In some jurisdictions, there is also the question of poor accessibility to screening.

ayant des troubles d'apprentissage et obtenir les ressources additionnelles dont ils ont besoin. Le problème prend alors une tournure politique, parce que certaines autorités fournissent des ressources additionnelles et un financement pour les enfants ayant des troubles d'apprentissage alors que d'autres ne le font pas.

De plus, la science nous a permis de progresser dans la façon dont on diagnostique les troubles d'apprentissage. Les éducateurs et les psychologues utilisent une série de tests pour diagnostiquer les troubles d'apprentissage. Une chose que nous avons apprise, c'est que ce qu'on estime être le fondement des troubles d'apprentissage — d'abord les troubles de lecture — est lié à des difficultés auditives et à la capacité de reconnaître certains sons. Par exemple, si un enfant a à lire un mot où il y a une fusion, par exemple le son «bl» ou «ph», comme il n'entend pas le son, il a du mal à le reconnaître. On pense que c'est lié au processus phonologique ou à la capacité de traiter les différents sons qu'on entend. Il semble aussi qu'il pourrait y avoir une composante génétique dans une certaine mesure. On fait des constatations d'ordre génétique dans des familles où les enfants ont des troubles d'apprentissage.

On dispose de bonnes données scientifiques sur la nature des problèmes d'apprentissage et de lecture et sur ce qu'est le THADA. Une partie du problème tient au fait qu'on se renvoie la balle. Je l'ai moi-même constaté dans ma pratique. Toutefois, je suis là depuis assez longtemps pour m'en rendre compte quand cela se produit. Un professionnel dira que cela relève de son domaine et un autre dira que cela relève d'un autre domaine, alors qu'en fait le problème peut relever des deux domaines. L'enfant peut avoir un problème d'apprentissage et le THADA. Les gens qui ont le THADA ont des problèmes d'impulsivité, d'attention et de comportement. S'ils ont en outre des problèmes de lecture, s'ils ont de la difficulté à distinguer les sons et à entendre ce que dit l'enseignant, ces enfants seront encore plus perturbés et auront encore plus de difficulté.

Plus tôt, la Dre Renaud a parlé d'approche multidisciplinaire. L'exemple que vous avez donné montre bien là où il faut une approche multidisciplinaire. Il peut s'agir d'un problème d'élocution et de langage, c'est-à-dire que l'enfant a des problèmes à reconnaître les sons. Il peut falloir travailler sur le plan phonétique et s'efforcer de reconnaître les mots sur une page, aider l'enfant à apprendre à lire. Il se peut aussi que l'enfant puisse prendre un peu de Ritalin. Toutefois, le Ritalin ne va pas régler le problème de traitement phonologique ni le problème de lecture. Il peut l'aider à suivre mieux, et à apprendre mieux parce qu'il suit mieux, mais cela ne va pas régler le trouble d'apprentissage. Ces problèmes coexistent souvent. Pour offrir les meilleurs soins et les meilleurs traitements possibles à un enfant, on doit s'occuper du trouble de lecture en plus de s'occuper du THADA. Il ne s'agit pas de s'occuper uniquement du THADA. Ce pourrait être l'un ou l'autre ou l'ensemble de ces facteurs. Souvent, ce qui aide le plus ces enfants, c'est qu'ils se retrouvent dans une petite classe où ils reçoivent beaucoup d'attention. Quand les systèmes scolaires manquent de fonds, ces enfants finissent par en souffrir.

Le sénateur Fairbairn: À certains endroits, il y a aussi la question de la piètre accessibilité au dépistage.

A few years ago, the Canadian Association of Optometrists wanted to be helpful with literacy. They offered, over a two-year period, to do free eye testing and glasses for children. It was amazing. The reports came back of the number of children who had been branded as bad kids or learning disabled and it turned out they could not see very well.

Getting to the heart of the matter, how can we as a country, as a government, as a profession, find a way to be able to detect this across the country? It seems to me that much progress has been made in how you define these things. If you get children in the right place, they can be given substantial assistance that helps them to be able to function better.

How can we work together to get a system that will enable us to do that?

Dr. Beitchman: We certainly need to recognize and identify the issues. I was thrilled to be invited here today because I have the opportunity to share with you my concerns about the state of children's mental health and what can and should be done — bearing in mind that we know a lot of what needs to be done.

My hope is that through the work that you and your colleagues are doing, you will be able to advance the agenda and help government agencies to recognize the importance of these issues and tackle them in a systematic and organized way. Advocate as vigorously and strongly as we can to put this on the agenda. When governments cut back funding, there should be an outcry, "You should not be doing that. These are the consequences and this is what is going to happen."

Senator Fairbairn: You are right, that is what we are here for. We can advocate. However, we need to keep in close contact with people like you so that the advocacy has a form that makes some sense and that not only professionals or politicians buy into it, but that the parents and family also buy into it. That is still a big problem; they do not believe there is the way ahead in many cases, or if they do, they have not the resources to access it.

Senator Robertson: I am glad you are promoting a national agency for coordination. This is dear to Dr. Keon's heart. He has always felt that we should have a Surgeon General, by a different name, obviously, in Canada. I hope in our discussions that we are not going to have to wait while we reinvent the wheel.

As an example, the U.S. Surgeon General has developed a national action agenda for children's mental health. There are other good programs going on in other countries. We need to take a good look at them so that we can move expeditiously in this regard.

Il y a quelques années, l'Association canadienne des optométristes voulait faire sa part pour l'alphabétisation. Elle avait offert, pour une période de deux ans, d'effectuer gratuitement des examens de la vue et d'offrir des lunettes pour les enfants. C'était formidable. On a ainsi appris qu'un bon nombre d'enfants qu'on avait jusque-là considérés comme des enfants turbulents ou des enfants ayant des troubles d'apprentissage ne voyaient tout simplement pas très bien.

Pour en revenir au coeur de la question, comment le pays, le gouvernement ou la profession peuvent-ils détecter le problème sur l'ensemble du territoire? Il me semble qu'on a beaucoup progressé dans ce domaine. En plaçant les enfants au bon endroit, on les aide à mieux fonctionner.

Pouvons-nous concevoir conjointement un système pour le faire?

Dr Beitchman: Il faut d'abord identifier les problèmes. J'ai été ravi que vous m'ayez invité aujourd'hui car cela me permet de vous faire part de mes inquiétudes quant à l'état de santé mentale des enfants et de parler de ce qu'il faudrait faire, étant entendu que nous connaissons déjà une bonne partie des mesures à prendre.

J'espère que grâce à votre travail, vous pourrez faire progresser les choses et aider les organismes gouvernementaux à prendre conscience de l'importance de ces problèmes, qu'il faut aborder de façon systématique et structurée. Il faut intervenir aussi vigoureusement et fermement que possible pour inscrire ces questions à l'ordre du jour du gouvernement. Lorsque les autorités imposent des coupures budgétaires, il faudrait leur opposer une levée de boucliers et leur dire: «Vous ne pouvez pas faire cela. Voilà les conséquences qu'aura votre décision.»

Le sénateur Fairbairn: Vous avez raison, et c'est pour cela que nous sommes ici. Nous pouvons revendiquer. Cependant, nous devons rester en contact avec des gens comme vous de façon que la revendication prenne la forme la plus souhaitable et qu'elle soit acceptée non seulement par les professionnels et la classe politique, mais aussi par les parents et les membres de la famille. C'est toujours un problème; bien souvent, ils ne pensent pas qu'il y ait une solution et, s'ils pensent qu'il y en a une, ils n'ont pas les moyens nécessaires pour y accéder.

Le sénateur Robertson: Je suis heureuse que vous fassiez la promotion d'un organisme national de coordination. C'est un projet que le Dr Keon a à coeur. Il estime depuis toujours que le Canada devrait se doter d'un directeur de la santé publique, quitte à l'appeler autrement. J'espère qu'on ne nous fera pas attendre en tentant de réinventer la roue.

Aux États-Unis, le directeur du Service de santé publique a élaboré un plan national d'action en santé mentale pour les enfants. D'autres pays appliquent aussi des programmes efficaces. Le Canada devrait s'en inspirer afin que nous puissions agir rapidement.

Dr. Beitchman, you stated that most adult mental health disorders begin in childhood. What percentage of those mental health disorders that begin in childhood are genetic, and what percentage are caused by an environmental reason or dysfunctional families? What is the breakdown?

Dr. Beitchman: You ask a very good question. The short answer is that no one knows.

Senator Robertson: Really?

Dr. Beitchman: That is the short answer, but the situation is very complicated in this regard. A recent study looked at the very question you have asked. They were following a group of children through adulthood, a large proportion of whom had been physically abused and maltreated. Some of those children became aggressive and violent themselves. They were also able to get a genetic profile on these individuals.

They found that only those individuals with a particular genetic background became violent, even though they had all received the same kind of maltreatment by their parents and guardians. There is an interaction between genes and environment, and they go together. We do not know enough at this point to say what percentage is genetic and what percentage is not. We know there are some conditions for which genes play a bigger part and others that appear to play a less important part.

We heard earlier about fetal alcohol syndrome. We know that there are serious devastating consequences and we know that if a child is born with FAS it is not genetic even though the damage done occurs in utero. In other conditions, such as schizophrenia, it is believed there is a high genetic loading, but we know that identical twins are not perfectly concordant. We know that one twin in a pair may have the full syndrome of schizophrenia and the other not; therefore we know there is an environmental contribution. The environmental contribution can be in utero or can occur in the course of the child's life. Science is advancing in trying to tease out those areas where there is a genetic component and an environmental component. Similarly, there have been studies isolating certain genes that have been associated with people who have problems with reading and reading disabilities. Obsessive-compulsive disorder is thought to have a high genetic loading.

However, there is almost no disease that I know of in mental health that is entirely genetic. There is always some kind of environmental component. Even where there is a high genetic loading, there are many things that can be done early on to ameliorate and mitigate the genetic loading effects, whether it is modifying the environment or supporting the individual. I am not suggesting that you have implied this in any way, but there is sometimes a thought that there is a genetic determinism. That is not true. The genes provide a susceptibility. Part of what science is doing is identifying where those susceptibilities are and trying to reduce it. Studies of ADHD have identified genes in the dopamine

Docteur Beitchman, vous avez dit que la plupart des problèmes de santé mentale des adultes commencent pendant l'enfance. Quel est le pourcentage des problèmes de santé mentale commençant dans l'enfance qui sont d'origine génétique, par opposition aux problèmes liés à l'environnement ou à une famille dysfonctionnelle?

Dr Beitchman: Vous posez là une excellente question. Pour y répondre brièvement, personne ne le sait.

Le sénateur Robertson: Vraiment?

Dr Beitchman: C'était la version brève de la réponse, mais dans ce domaine la situation est très compliquée. La question que vous posez a fait l'objet d'une récente étude. On a suivi jusqu'à l'âge adulte un groupe d'enfants dont une bonne proportion avaient subi des sévices physiques ou des mauvais traitements. Certains devenaient eux-mêmes agressifs et violents. On a pu établir leur profil génétique.

On a constaté que seuls les enfants présentant des origines génétiques particulières devenaient violents, même lorsque tous les enfants avaient subi les mêmes mauvais traitements de la part de leurs parents ou de leurs tuteurs. On constate une interaction entre les gènes et l'environnement, qui fonctionnent en symbiose. Nos connaissances sont encore trop partielles pour qu'on puisse déterminer le pourcentage des problèmes d'origine génétique par rapport aux autres problèmes. On sait que dans certaines conditions, les gènes jouent un plus grand rôle que dans d'autres.

On nous a parlé tout à l'heure du syndrome d'alcoolisme foetal. On sait qu'il a des conséquences extrêmement graves et que lorsqu'un enfant naît avec ce syndrome, il n'est pas d'origine génétique, même si les dommages se produisent pendant la vie intra-utérine. Dans d'autres conditions, comme la schizophrénie, on pense que le facteur génétique est important, mais on sait que des jumeaux identiques ne sont pas totalement concordants à cet égard et que l'un des jumeaux peut présenter intégralement un syndrome de schizophrénie alors que l'autre n'en présente pas; on sait donc que l'environnement est un facteur contributif. Il peut intervenir pendant la vie intra-utérine ou pendant l'enfance. À mesure que les connaissances scientifiques progressent, on essaie de déterminer les parts respectives de l'élément génétique et de l'élément environnement. On a aussi fait des études pour isoler certains gènes que présentent les personnes qui ont de la difficulté à lire. Le trouble obsessivo-compulsif aurait une forte charge génétique.

Cependant, il n'existe à ma connaissance aucune maladie mentale qui soit d'ordre entièrement génétique. On trouve toujours un facteur environnemental. Même lorsque la charge génétique est élevée, il y a toujours des mesures à prendre le plus tôt possible pour en atténuer les effets, par exemple, en modifiant l'environnement ou en aidant le patient. Je ne veux pas dire que vous ayez formulé implicitement cette idée, mais on croit parfois qu'il existe un certain déterminisme génétique. Ce n'est pas le cas. Les gènes peuvent occasionner une susceptibilité. Les scientifiques s'efforcent notamment d'identifier cette susceptibilité et de l'atténuer. Les études sur le THDA ont permis d'identifier les

system, one of the brain chemicals. This particular genetic make up may only account for 3 per cent to 5 per cent of the incidence of ADHD. That is a small percentage.

That is not the end of the story. They will likely find other susceptibility genes, but other things come into play. We will have a more complete answer one day. We are moving in that direction.

Senator Robertson: Do you believe that we could be doing more preventive work with mental health for children? Practically everything that I read is about treatment. If the environment would help to reduce the development of those illnesses, perhaps we should be spending time on prevention.

We all know the old arguments we have had in various legislatures trying to solve child poverty. A child lives in poverty because the parents are poor. That is where the concentration issue exists.

What are they doing at medical schools to try to better define prevention, treatment and identification of these issues? Is there no research happening?

Dr. Beitchman: There is absolutely no doubt that much can be and is being done to prevent the development of mental health disorders. We should educate people about the dangers of drinking alcohol during pregnancy. We know that that will have an impact. Antismoking campaigns reduce the likelihood of development of additional substance abuse problems. Those are all part of a health promotion/illness prevention agenda.

There are many models in the U.S. such as Head Start and early intervention programs with single parent families and families in poverty. In Ontario, there are programs that send visiting nurses into the homes to work with mothers of young children. All these contribute to reducing a wide variety of impairments. Some reduce rates of recidivism. Others allow the kids to stay in school longer or lead to fewer acts of delinquent behaviour. All those things contribute to a form of preventing and reducing mental illness.

Much can be done and a lot more needs to be done. Perhaps I am repeating myself but if we had such a national body, it could take the initiative in identifying targeted programs that we know work. They could be introduced to various communities across the country, in an Aboriginal community or anywhere in the country.

Those things should be done. They are being taught at various levels. I am not familiar with other universities, but I know that we do talk about illness prevention, health promotion and early intervention at the University of Toronto.

gènes responsables du système de dopamine, qui est l'une des hormones du cerveau. Cette configuration génétique particulière représente de 3 à 5 p. 100 de l'incidence du THDA, c'est-à-dire un faible pourcentage.

Mais ce n'est pas tout. On devrait découvrir d'autres gènes de susceptibilité, mais il reste que d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Nous aurons un jour une réponse plus complète. Nous sommes sur la bonne voie.

Le sénateur Robertson: Pensez-vous qu'on puisse faire plus de prévention en matière de santé mentale des enfants? Presque tout ce que je trouve à lire concerne les traitements. Si l'environnement permettait de réduire l'apparition de ces maladies, peut-être faudrait-il se consacrer davantage à la prévention.

Nous connaissons tous les vieux arguments qui ont été formulés dans les différentes assemblées législatives qui s'efforçaient de résoudre la pauvreté des enfants. Un enfant vit dans la pauvreté parce que ses parents sont pauvres. C'est ainsi qu'on voit apparaître des problèmes de concentration.

Que fait-on dans les facultés de médecine pour mieux définir la prévention, le traitement et l'identification de ces problèmes? N'y a-t-il pas de recherche?

Dr Beitchman: Il est certain qu'on peut agir pour prévenir l'apparition des troubles de santé mentale, et c'est ce que l'on fait. Il faut éduquer les parents sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Nous savons que l'alcool a inévitablement des effets. Les campagnes antitabac réduisent le risque d'apparition des autres formes de toxicomanie. Tout cela fait partie du programme de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Les États-Unis proposent de nombreux modèles, comme le programme Head Start et les programmes d'intervention précoce auprès des familles monoparentales et des familles démunies. En Ontario, des infirmières rendent visite aux mères de jeunes enfants. Ces mesures contribuent à atténuer toute une gamme de déficiences. Certaines d'entre elles font baisser les taux de récidive. D'autres permettent aux enfants de poursuivre plus longtemps leurs études ou atténuent l'incidence des comportements délinquants. Tout cela contribue à prévenir et à réduire la maladie mentale.

On peut agir, mais il faudrait agir davantage. Je me répète peut-être, mais si nous avions un organisme national, il pourrait prendre l'initiative de déceler les programmes ciblés qui donnent de bons résultats. On pourrait les mettre en oeuvre dans différents milieux, notamment dans les collectivités autochtones, mais aussi ailleurs.

Cela fait partie de ce qu'il faudrait faire. C'est ce qu'on enseigne à différents niveaux. Je ne sais pas pour les autres universités, mais je sais qu'à l'Université de Toronto, on parle de prévention des maladies, de promotion de la santé et d'intervention précoce.

[Translation]

Dr. Renaud: To put this lack of progress in child psychiatry in perspective, it should be realized that it is only in 1997, when I was doing my fellowship at Pittsburgh University, that the first study was published in Texas demonstrating that antidepressants of the Prozac family were better than a placebo in treating major depression among adolescents. It is very recent. When I talk to child psychiatrists who have much more experience than I do, they are quite optimistic about what has been achieved. For a long time, depression among adolescents, for example, was seen as an adolescent crisis. It was just something to be waited out and not considered a reason to see a psychiatrist. There has been a great upheaval since. When I feel discouraged about the suicide situation, people tell me that lots of things have happened over the past 10 or 15 years.

We have to realize that mental illness is found among children and adolescents. We have reached a turning point where, realizing that it does exist, we must decide what we are going to do in the way of prevention and how we will promote different programs. For a long time, there were various theories and the family was not perceived in the same way. So progress has been made.

I do not know whether Dr. Beitchman has any comments to add. There was a big change with the arrival of medication that was potentially effective with children and adolescents and not necessarily in the same way with adults. Some people want to apply in the same way. I don't think that can be done. That is something that is fairly new.

[English]

Senator Robertson: It good that there is room for progress. We have a chart that was prepared by Waddell and Shepherd that shows the prevalence rate and approximate number of mental disorders in children and youth in Canada. Is there a better breakdown of this type of information by province or region? Have you advanced far enough to provide comparative information by province or region?

The Chairman: The data to which you are referring is data that our researcher pulled together. It is not available by province.

Odette Madore, Researcher, Economics Division, Library of Parliament: The data is for British Columbia. We will hear from Dr. Waddell tomorrow.

[Translation]

Dr Renaud: I have indicated in my document, that was supposed to be translated, the prevalence of various types of mental disorders among children and adolescents in Quebec. You should have it in this material, the brief that was tabled for translation.

[Français]

Dre Renaud: Pour nous réconcilier avec le peu d'avancement de la pédopsychiatrie, c'est seulement en 1997, au moment où je faisais mon fellowship à l'Université de Pittsburgh, que l'on publiait la première étude au Texas qui démontrait que les antidépresseurs de la famille du Prozac étaient supérieurs au placebo pour traiter la dépression majeure chez les adolescents. C'est très récent. Quand je parle à les pédopsychiatres qui ont beaucoup plus d'expérience que moi, ils sont assez encouragés au stade où nous sommes rendus. Pendant longtemps, la dépression, par exemple, chez l'adolescent, était vue comme une crise de l'adolescence. Il fallait attendre que cela passe et on n'allait pas voir un psychiatre pour cela. Il y a eu des changements, des bouleversements. Quand je suis un peu découragée par rapport au suicide, les gens disent que beaucoup de choses se sont déroulées au cours des 10 ou 15 dernières années.

Il faut continuer à dire que la maladie mentale existe chez les enfants et les adolescents. On arrive à un point tournant où on doit dire que si on sait que cela existe, comment fera-t-on pour prévenir, pour promouvoir les différents programmes? Longtemps il y a eu différentes théories derrière tout cela et la famille n'était pas vue de la même façon. Il y a quand même des progrès.

Je ne sais pas si le docteur Beitchman peut ajouter des commentaires. Il y a eu un bouleversement avec l'arrivée de la médication possiblement efficace chez les enfants et les adolescents et pas de la même façon nécessairement que chez l'adulte. Certains veulent le faire de la même façon. Je pense que l'on ne peut pas le faire. C'est nouveau jusqu'à un certain point.

[Traduction]

Le sénateur Robertson: Il est bon d'entendre dire que des progrès sont possibles. Nous avons un tableau présenté par Waddell et Shepherd, qui indique les taux de prévalence et le nombre approximatif des troubles de santé mentale chez les enfants et les jeunes au Canada. Est-il possible de répartir cette information par province ou par région? Vos travaux sont-ils suffisamment avancés pour qu'on puisse faire des comparaisons d'une province ou d'une région à l'autre?

Le président: Les données auxquelles vous faites référence ont été rassemblées par notre attachée de recherche. Elles ne sont pas disponibles par province.

Mme Odette Madore, attachée de recherche, Division de l'économie, Bibliothèque du Parlement: Ces données viennent de la Colombie-Britannique. Nous devons entendre le Dr Waddell demain.

[Français]

Dre Renaud: J'ai mis dans mon document, qui devait être traduit, la prévalence de différents troubles mentaux chez les enfants et les adolescents au Québec. Vous devez l'avoir dans ce long document, le mémoire qui a été déposé afin de le traduire.

[English]

Senator Léger: We heard much about coordination. Dr. Beitchman, you were hoping for an agency to be created by the government. For this coordination, should we also have an agency for the experts whereby they could bring together all the knowledge on this issue? The areas of expertise should be treated separately — especially before we get to the child or the patient.

The students in school have to go through so many specialists before they can get any answers. Should an agency then be also created where the experts get together before we have a patient at the end?

Dr. Beitchman: That is a terrific idea. There was a question earlier about a model for such an agency. In the U.S., there are the National Academy of Sciences and the Institute of Mental Health. Some of those groups are proactive. I have been invited to attend some of their policy forums and scientific meetings. They take positions on issues and follow that by organizing programs or projects.

I am not suggesting that they will try to coordinate it across the U.S. but they will take the initiative to establish at least a Head Start program or other related program, as one example.

Therefore, whether it is through an agency or a department, there must be some means bringing together the experts and knowledge that could speak with authority. I think that would be a wonderful idea.

That is not to say that there will only be one idea after all this is brought together because there are competing ideas. It would have to be based on the best evidence available and it would be brought forward. The consumers and the user groups would have to be able to make judgments about what they think is the best information available.

Ms. Massad: Health Canada has established the Centres of Excellence for Children's Well-Being, which are mandated to enhance our understanding and responsiveness to the physical and mental health needs of children. Operating out of universities, there are five of these centres. One focuses on early childhood development; another on youth engagement; another on child welfare; another on children with special needs in rural and remote Canada; and the fifth one on children in Prairie communities. They are set up to refine our understanding of mental health.

The Chairman: Are they part of CIHR?

Ms. Massad: No, they are not. They were set up in October 2000 and they have a five-year mandate. They collect a great deal of data and do much research on these various issues — early childhood, for one example.

[Traduction]

Le sénateur Léger: On a beaucoup parlé de coordination et vous, docteur Beitchman, vous espériez que le gouvernement crée un organisme. Parlant de coordination, ne devrait-on pas aussi avoir un organisme dans lequel on regrouperait toutes les connaissances spécialisées sur cette question? Les différents secteurs d'expertise ne devraient-ils pas être traités séparément, particulièrement avant qu'on ne traite l'enfant ou le patient?

Les étudiants en médecine doivent consulter tant de spécialistes avant d'obtenir des réponses! Cet organisme qui serait créé ne devrait-il pas d'abord regrouper les spécialistes avant qu'on ne se retrouve devant un patient?

Dr Beitchman: Excellente idée. On s'est demandé plus tôt s'il n'y avait pas un modèle pour un organisme de ce genre. Les Américains ont leur académie nationale des sciences et leur institut de la santé mentale. Certains des modèles que l'on trouve là-bas sont très dynamiques et j'ai d'ailleurs été invité à prendre part à certains de leurs forums politiques et de leurs réunions scientifiques. Ces instances se prononcent sur des dossiers et assurent le suivi de la question en organisant des programmes ou en lançant des projets.

Je ne prétends pas qu'ils vont essayer d'assurer la coordination partout aux États-Unis, mais ils vont lancer à tout le moins un programme de type Bon départ ou un autre programme du genre, par exemple.

Par conséquent, que ce soit par le truchement d'un organisme ou d'un ministère, il faut parvenir à réunir les spécialistes et à regrouper les connaissances de façon à ce qu'on puisse se prononcer avec autorité. Ce serait merveilleux comme idée.

Ce qui ne veut pas dire pour autant que ce soit la meilleure idée et qu'il n'y en ait qu'une; il peut y avoir toutes sortes d'idées concurrentes. Mais ces idées devraient au départ se fonder sur les meilleures preuves disponibles avant d'être mises de l'avant. Ainsi, les consommateurs et les groupes d'utilisateurs pourraient se prononcer à partir de ce qui est à leur avis l'information de la plus haute qualité qui soit.

Mme Massad: Santé Canada a créé les Centres d'excellence pour le bien-être des enfants dont le mandat est d'accroître nos connaissances sur les besoins en santé mentale et physique des enfants et de nous rendre plus sensibles à ceux-ci. Il y a cinq centres de ce genre qui sont rattachés à des universités. L'un d'entre eux étudie le développement de la petite enfance, un autre l'engagement des jeunes, un troisième le bien-être des enfants, le quatrième les enfants des régions rurales et éloignées du Canada qui ont des besoins spéciaux; et le cinquième, les enfants des collectivités dans les Prairies. Tous visent à mieux cerner ce que nous savons de la santé mentale.

Le président: Sont-ils rattachés aux IRSC?

Mme Massad: Non. Ils ont été créés en octobre 2000 pour un mandat de cinq ans. Ils recueillent beaucoup de données et font énormément de recherches sur ces diverses questions, notamment sur la petite enfance.

Senator Léger: I was referring to the specialists. Increasingly, we are researching the detail — specific areas. This is necessary. However, I feel that each specialty is separated.

I am referring to a unity among specialists before the final picture is created. I am wondering if there could be one answer so that the child does not have to go to six different experts. I find there is confusion.

The Chairman: You and I are on the same wavelength. When this group began its work on the overall health care system, we were surprised to discover the various silos that exist within the system. In the little bit that we have done on mental health, we have found that there are more silos in that business than in the rest of the health care system put together.

Senator Léger is trying to get at how we break those barriers down from the user's standpoint? Is there some mechanism that ought to pull the various segments together? You may not have an answer today but this problem is not solvable as long as the silo mentality continues to exist.

Dr. Beitchman: If there were a recognized national body of some description that had the authority to distil knowledge, they could put out information documents that anyone could read.

There was a time when people thought that facilitated communication would cure autism. Those of us who knew anything about facilitated communication and autism knew it was a dream — a nightmare, actually. A national body with some authority and some expertise, they could put out information and make it available to anybody who wanted to know what is happening in the treatment of autism. Is facilitated communication the treatment of choice these days? With good information available, they would know that it is discredited.

There will not be clear-cut answers about everything but people can be given information about what things are most likely to work.

We talked earlier about depression and medications. We know there are certain antidepressants that can help. However, we also know there are forms of therapy that do not involve medication and they too can help. People need to know that so when a doctor or therapists says their child has to take a drug or he will not get better, they can point to information about alternative options that do not involve medication.

I do not know where they will get this information now unless they happen to chance upon someone who is knowledgeable and cares enough to give them an answer.

[Translation]

Senator Léger: Dr. Renaud, you said that at the age of 18 a child automatically enters into the adult category. It must happen sometimes in your practice that you cheat. Do you sometimes apply this spirit rather than the letter?

Le sénateur Léger: Je parlais des spécialistes, car de plus en plus, on étudie des domaines en détail, ce qui est nécessaire. Mais chaque spécialité est de plus en plus distincte.

Je pensais à la possibilité que les spécialistes s'entendent avant de dresser un portrait final de la situation. Ne serait-il pas possible qu'il y ait un seul diagnostic pour que l'enfant ne soit pas obligé de se tourner vers plusieurs spécialistes, ce qui porte à confusion?

Le président: Vous et moi sommes sur la même longueur d'ondes. Lorsque notre comité a commencé à s'intéresser à l'ensemble du système de santé, il a découvert avec surprise qu'il existait beaucoup de cloisonnements entre les diverses disciplines. Nous n'avons fait qu'aborder la santé mentale, mais avons pu déjà constater qu'il y avait plus de cloisonnements dans ce secteur que dans le reste du système de santé pris collectivement.

Le sénateur Léger essaie de déterminer comment il est possible de faire tomber les barrières entre les différentes disciplines pour aider l'utilisateur. Existe-t-il un mécanisme qui permette de regrouper les diverses disciplines? Vous ne pouvez peut-être pas me répondre aujourd'hui, mais le problème ne se résoudra pas tant que la mentalité du cloisonnement continuera d'exister.

Dr Beitchman: S'il existait une instance nationale reconnue qui avait pour mandat de transmettre les connaissances, elle pourrait alors publier des documents d'information qui seraient mis à la disposition de tous.

Il fut un temps où on croyait que la communication facilitée guérissait l'autisme. Ceux d'entre nous qui connaissaient un peu la communication facilitée et l'autisme savaient bien que c'était illusoire de l'espérer. Or, une instance nationale qui aurait de l'ascendant et qui s'y connaîtrait dans le domaine pourrait publier de l'information qui serait disponible à quiconque veut savoir ce qu'il y a de nouveau pour traiter l'autisme. Celui qui se demanderait si la communication facilitée est le traitement à privilégier ces jours-ci apprendrait avec de bonnes sources d'information que cette méthode est mise en doute.

Il ne sera pas toujours aussi facile de répondre dans tous les domaines, mais les intéressés recevraient au moins de l'information sur ce qui a de meilleures chances de réussir.

On a parlé plus tôt de dépression et de médicaments. Nous savons qu'il existe certains antidépresseurs qui peuvent aider, mais nous savons également qu'il existe aussi d'autres formes de thérapie qui peuvent aussi aider mais qui n'utilisent aucun médicament. Les intéressés doivent être au courant de sorte que dès qu'un médecin ou thérapeute leur dira que leur enfant doit prendre un médicament pour pouvoir aller mieux, ils pourront lui indiquer qu'il existe des solutions de rechange sans médicaments.

Aujourd'hui, je ne sais pas vers qui les intéressés peuvent se tourner pour obtenir de l'information, à moins qu'ils tombent par hasard sur quelqu'un qui s'y connaisse et qui soit disposé à les aider.

[Français]

Le sénateur Léger: Dre Renaud, vous avez dit qu'un enfant de 18 ans entre automatiquement dans la catégorie adulte. Parfois, il doit arriver, dans votre métier, que vous trichiez. Est-ce que vous appliquez toujours l'esprit de la lettre?

Dr. Renaud: That is what I do. But on the day when the young person is to be hospitalized, I accompany him or her so that I can telephone the place where they are going. But if I have 20 patients in this situation, then of course I would have some questions to answer. I have some girls who are 18 or 19 that I will probably keep until they reach the age of 20.

Senator Léger: That should probably be recognized and accepted at the highest level of the medical profession.

Senator Pépin: Dr. Renaud, I see that there are more than 60,000 children in Quebec that require aid annually.

Dr Renaud: In pediatrics. Out of this group there are 600 consultations in child psychiatry. Such consultations occurred as a result of an emergency request by the physician after seeing the child and the family.

Senator Pépin: We can also see the shortage in child psychiatry. I gather that there are only 125 child psychiatrists. Waiting lists can be as long as two years?

Dr Renaud: It depends on the sectors. Right now, we don't have any. We have been able to do away with the waiting list. In the Montreal area, I have friends who are child psychiatrists and have a waiting list of 300 people.

Senator Pépin: Sainte-Justine does not have any waiting list. Screening in school is difficult because there have been staff cutbacks and when they reach the age of 18, they are left on their own.

Dr Renaud: Some adult psychiatrists will take them. We should not generalize. But there is a period when they are caught in between.

Senator Pépin: We have a tremendous amount of work. You talked about suicide among adolescents. Quebec is a province where suicide is the first ranking cause of death.

Dr Renaud: Yes.

Senator Pépin: Do we have suicide statistics for young Aboriginals? If we were to compare the figures for young Aboriginals and young Quebecers —

Dr Renaud: It is even higher in the Northwest Territories. I have the statistics here. It is also because the population is low. As isolated population, the effect of suicide is somewhat contagious. For example, when a first suicide takes place in a school, there maybe a certain degree of imitation not involving mental illness. In Aboriginal communities, where there are various factors that you are aware of including substance abuse, if someone commits suicide, the impact can be felt by other members of the community and there can be a copycat effect.

Senator Pépin: You said that there were some risks associated with prevention telephone lines. Can you tell us a little more about that?

Dr. Renaud: It is a fairly controversial subject. I work with people who are great believers in this type of intervention. However, there is no clear evidence that they work. The suicide

Dre Renaud: C'est ce que je fais. Mais la journée où le jeune doit être hospitalisé, je l'accompagne pour téléphoner à l'endroit où il doit aller. Mais, si j'avais 20 patients dans ce cas, c'est certain que je devrais répondre à certaines questions. J'ai des jeunes filles qui ont 18, 19 ans que je vais probablement garder jusqu'à 20 ans.

Le sénateur Léger: Probablement que cela doit être reconnu et accepté au plus haut niveau de la profession médicale.

Le sénateur Pépin: Dre Renaud, on voit qu'au Québec il y a plus de 60 000 enfants par année qui ont des besoins.

Dre Renaud: C'est en pédiatrie. Sur ce nombre il y a 600 consultations en pédopsychiatrie. Ces consultations sont demandées en urgence par le médecin après avoir vu l'enfant et la famille.

Le sénateur Pépin: Par la suite, on voit le manque de pédopsychiatre. Il y en a seulement que 125, si j'ai bien compris. Les listes d'attente peuvent être de deux ans?

Dre Renaud: Cela dépend des secteurs. Chez nous, il n'y en a pas actuellement. On a réussi à faire tomber la liste d'attente. Autour de Montréal, j'ai des amis qui sont pédopsychiatres et qui ont 300 personnes sur leur liste d'attente.

Le sénateur Pépin: C'est à Sainte-Justine qu'il n'y a pas de liste d'attente. Le dépistage en milieu scolaire est difficile parce qu'ils ont coupé le personnel et puis lorsqu'ils atteignent l'âge de dix-huit alors là ils restent en plan.

Dre Renaud: Certains psychiatres pour adultes les prennent. Il ne faut pas généraliser. Mais il y a quand même une période flottante.

Le sénateur Pépin: Nous avons énormément de travail. Vous nous avez parlé du suicide chez les adolescents. Le Québec est la province où le suicide est la première cause de décès.

Dre Renaud: C'est la première cause de décès.

Le sénateur Pépin: Avons-nous des statistiques sur le taux de suicide chez les jeunes Autochtones? Si on compare les jeunes Autochtones et les jeunes Québécois...

Dre Renaud: C'est encore plus élevé dans les Territoires du Nord-Ouest. J'ai les statistiques avec moi. C'est aussi parce que le nombre de population est plus faible. Comme ce sont des populations très fermées, l'effet du suicide est un peu l'effet de la contagion. Par exemple, quand on a un premier suicide dans une école, il peut y avoir un effet d'imitation au-delà de la maladie mentale. Dans les communautés autochtones, où on retrouve les facteurs que vous connaissez y compris l'abus de substances, si quelqu'un se suicide, il peut y avoir par imitation des effets rebonds sur les autres membres de la communauté.

Le sénateur Pépin: Vous nous avez parlé de certains dangers reliés aux lignes téléphoniques. Voulez-vous élaborer là-dessus un peu plus?

Dre Renaud: C'est un sujet un peu controversé. Je travaille avec des gens qui croient beaucoup à ce genre d'intervention. Cependant, rien de certain n'a été démontré. Le taux de suicide

rate is higher among boys than girls and, when it comes to adults, more men than women commit suicide. These are not people who will call for help.

You cannot solve the problem of suicide with a help line and investing money in this type of approach is not the solution. We are in the process of studying these prevention telephone lines in the United States and our research may shed light on the issue. In Europe as well, people are wondering whether this type of approach is the right one. Some people call help lines a lot, but one third of callers are problem patients because they will call to say they will commit suicide, but in fact they are simply calling to talk to someone else on the phone.

It is a good way of helping these people, but I do not think it is an effective way of preventing suicides. Help lines may be beneficial to some people, but they will not help everyone.

There are other types of telephone lines, such as Tel-Aide, which help people with all kinds of problems. This type of intervention is much better to promote mental health in school, to deal with stress, to encourage physical exercise and to reinforce the importance of socializing with others.

In New York, according to Shaffer, the increase in the number of suicides may unfortunately be due to the fact that people specifically talk about suicide. Very few people outside of him have specialized in this area of study. It is very difficult to prove and people have to be careful before stating figures on this type of subject.

Senator Pépin: About 20 years ago, psychiatric institutes and hospitals were closed. I knew them well because I worked there. Today, people are saying, and I believe it, that many homeless people have mental health problems. I am thinking of the Institut Philippe Pinel in Montreal. Do you think that there is a fairly high number of young delinquents with psychiatric problems who have not received any treatment?

Dr. Renaud: We researched the files of social services and found that approximately one third of young people under the age of 19 who committed suicide had been in the care of or were in the care of social services when they committed suicide. Fifty percent of them were receiving services when they committed suicide. These young people were perhaps in foster homes or in institutions. These were young people who were in the community, living with a foster family or with their parents, and who were being looked after by youth protection services. These young people are between five and ten times more at risk than the average young person. Why? Because these young people have many risk factors, such as abuse and neglect. This is often why they fall into the care of social services. They may also have mental health problems which will show up in their teenage years. These young people are often very aggressive towards others and themselves, as well. It is misleading to think that they are only aggressive with others and never with themselves or that they manipulate the system.

chez les garçons est plus élevé que chez les filles et chez les adultes, il y a plus d'hommes que de femmes qui se suicident. Ce ne sont pas ces personnes qui téléphonent pour demander de l'aide.

On ne peut pas régler le problème du suicide avec l'aide d'une ligne téléphonique et investir des fonds pour ce genre d'aide n'est pas la solution. On étudie actuellement ce genre de lignes téléphoniques aux États-Unis et cela pourrait peut-être nous apporter plus de données sur le sujet. En Europe aussi, on se pose beaucoup de questions au sujet de ces lignes téléphoniques. Certaines personnes utilisent ce service fréquemment, mais un tiers de ces personnes sont des patients problématiques parce qu'ils appellent pour dire qu'ils vont se suicider mais la vérité est qu'ils appellent simplement pour avoir le contact d'une personne au téléphone.

C'est une bonne façon pour aider ces personnes, mais je ne crois pas que ce soit une façon de faire de la prévention pour le suicide. Cette façon peut aider quelques personnes, mais ce n'est pas quelque chose qui va toucher toute la population.

Il y a aussi d'autres lignes téléphoniques qui existent comme Tel-Aide, par exemple, pour aider les gens à régler toutes sortes de problèmes. On est beaucoup plus à l'aise avec ce genre d'intervention pour promouvoir la santé mentale à l'école, du stress, de l'exercice physique, et de l'importance de socialiser avec les autres.

À New York, selon Shaffer, il se peut qu'il y ait une augmentation du nombre de suicides, malheureusement, quand on parle spécifiquement du suicide. Peu de personnes à part lui ont étudié cela spécifiquement. C'est très difficile à prouver, et il faut être prudent avant de lancer des chiffres sur des choses comme celle là.

Le sénateur Pépin: Il y a à peu près 20 ans, on a fermé des instituts, des hôpitaux psychiatriques que je connaissais bien parce que j'y ai travaillé. Maintenant, il y a des gens qui nous disent — et je le crois aussi — que les sans-abri, il a beaucoup de malades mentaux. Je pense à l'Institut Philippe Pinel à Montréal. Croyez-vous qu'il y a un pourcentage assez élevé de jeunes délinquants qui ont des problèmes psychiatriques et qui n'ont pas été traités?

Dre Renaud: Sur la base des dossiers des services sociaux, on a trouvé qu'il y avait un tiers des décès par suicide chez les moins de 19 ans qui avaient reçu ou recevaient des services sociaux au moment du suicide. Cinquante pour cent d'entre eux recevaient les services au moment même de leur suicide. Il s'agit peut-être de jeunes en centre d'accueil, en internat. Il s'agit aussi de jeunes dans la communauté, en famille d'accueil ou avec leurs parents, qui sont encadrés par la Protection de la jeunesse. C'est un groupe qui serait entre cinq et dix fois plus à risque qu'un jeune de la population générale. Pourquoi? Parce que ce groupe cumule plusieurs facteurs de risques tels que l'abus, la négligence. C'est souvent la raison pour laquelle ils sont amenés aux services sociaux. Ils peuvent avoir aussi une maladie mentale qui va se développer pendant l'adolescence. Et ce sont des jeunes qui sont souvent très agressifs envers les autres et envers eux-mêmes. C'est trompeur de penser qu'ils sont agressifs envers les autres et jamais envers eux-mêmes et qu'ils manipulent le système.

Senator Pépin: People often say: “Do not drink and drive.” As regards foetal alcohol syndrome, do you ever hear: “If you are pregnant, do not drink”?

[English]

Ms. Massad: We have a poster with the caption “Pregnant? No Alcohol.” This poster is on the cover of my brief. This is something we collaborated with the provinces and territories on developing to raise public awareness.

The Chairman: I thank you all for coming. It was very helpful in getting us started. If you or your colleagues have any additional thoughts on things we can do, please keep in touch with us.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, May 1, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to study 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 shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[English]

The Chairman: To our witnesses in Vancouver, thank you very much for getting up early to be with us.

Honourable senators, we have a distinguished group of witnesses with us this morning. We will ask Dr. Waddell to begin.

Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of British Columbia: Honourable senators, we will use overheads to explain our presentation this morning. Improving the health of Canadian children is the goal that interests all of us when we discuss the topic of childhood mental disorders.

By way of introduction, most of us who work with children and/or who are concerned with children’s policies agree that, in healthy communities, it is the responsibility of everyone and in the interest of everyone to ensure that all children thrive. Optimal mental health and development are core features that are necessary for children to thrive.

In the current state of children’s mental health, despite making good progress in recent years with regard to research, treatment and prevention, the burden of suffering associated with children’s mental disorders remains high. About 14 per cent of Canadian children — about 1 in 7 — have clinically significant mental

Le sénateur Pépin: On dit souvent: «Si vous prenez le volant, ne consommez pas d’alcool.» Au sujet de l’alcoolisme foetal, est-ce qu’on dit: «Si vous êtes enceinte, ne consommez pas d’alcool»?

[Traduction]

Mme Massad: Vous pouvez voir sur la première page de mon mémoire la reproduction d’une de nos affiches qui dit: «Enceinte? Pas d’alcool». Cette affiche a été élaborée en collaboration avec les provinces et les territoires pour sensibiliser la population.

Le président: Je remercie tous les témoins de leur présence. Ils nous ont mis sur la bonne voie. Si vous ou vos collègues avez jamais d’autres idées à nous soumettre sur ce que nous pourrions faire, n’hésitez pas à communiquer avec nous.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 1^{er} mai 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. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup à nos témoins de Vancouver de s’être levés tôt pour être avec nous.

Chers collègues, nous avons un excellent groupe de témoins avec nous ce matin. Nous allons demander à la Dre Waddell de commencer.

Dre Charlotte Waddell, professeure adjointe, Unité d’évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique: Mesdames et messieurs les sénateurs, je vais me servir de transparents pour vous expliquer notre présentation de ce matin. L’amélioration de la santé des jeunes Canadiens est l’objectif qui nous intéresse tous dans le débat sur les troubles mentaux chez les enfants.

Pour commencer, ceux d’entre nous qui travaillent avec des enfants ou qui s’intéressent aux politiques relatives aux enfants s’entendent généralement pour dire que, dans des communautés saines, c’est dans notre intérêt à tous — et c’est notre responsabilité à tous — que tous les enfants soient épanouis. Un développement optimal et une santé mentale optimale sont des facteurs essentiels à cet épanouissement.

Dans l’état actuel des choses, et malgré les progrès intéressants accomplis ces dernières années au chapitre de la recherche, du traitement et de la prévention, le fardeau de la souffrance associée aux troubles mentaux chez les enfants demeure très lourd. Environ 14 p. 100 des enfants du Canada — à peu près un sur

disorders severe enough to cause distress, but also to impair their functioning in various spheres — at home, at school and in the community.

The first overhead shows prevalence data summarized from recent international surveys looking at Canadian data from Ontario and Quebec, but also data from the U.S. and the U.K.

The numbers are not as important as noting the order of prevalence. The top four disorders are anxiety, attention, conduct and depressive disorders. In overall prevalence rates, based on our best currently available research evidence, about 14 per cent of children are severely affected by mental disorders. In Canada, that translates into approximately 1.1 million children. Of those children, approximately half have two or more disorders concurrently. The burden of suffering is in some ways under-represented by those simple numbers.

What are we doing currently in terms of services and programs for these children? We have basic data also from epidemiology surveys. That data shows less than a quarter of the affected children are receiving specialized mental health services. About half do receive primary care or school-based services for their mental health problems.

Given the high numbers, we are left with a real conundrum. How do we address the suffering of these 14 per cent, over 1 million children? It is unlikely that continuing to invest solely in clinical treatment services will meet their needs. Training and recruitment issues alone make this not feasible. We suggest instead that a broader population-health approach is needed in addition to clinical treatment services. The next diagram illustrates what we mean by a broad population-health approach.

The largest oval in the diagram represents, if you will, the universe of all children in Canada. A broad population-health approach suggests that we turn our attention to how are all children doing and that we promote mental health for all children. Moving to the second oval, we need to prevent disorders in children who are at risk. Finally, in the smallest oval, we must look at treatment for children who have established disorders, being the 14 per cent we have mentioned. They are the most severely affected.

The first basic component of the population-health approach is promotion. How are we doing in that regard? Overall, Canada has made limited “upstream” investments in promoting mental health and preventing disorders. Most of our resources are still directed “downstream,” at clinical treatment services, after disorders are already established.

Most of our current focus in health promotion is on early childhood development. That is a very important focus. Many people are enthusiastic about this focus and we look forward to seeing positive results from it.

sept — souffrent de troubles mentaux cliniquement significatifs assez graves pour engendrer de la détresse, mais aussi pour nuire à leur fonctionnement dans divers domaines, tant à la maison qu’à l’école et dans leur milieu.

Le premier transparent montre des données sur la prévalence de ces troubles, tirées d’enquêtes internationales récentes sur la situation au Canada — en Ontario et au Québec —, mais aussi aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Les chiffres eux-mêmes ne sont pas aussi importants que l’ordre de prévalence. Les quatre principaux types de troubles sont les troubles d’anxiété, les troubles d’attention, les troubles de conduite et la dépression. Au total, d’après les indices les plus fiables disponibles actuellement, environ 14 p. 100 des enfants souffrent de troubles mentaux sérieux, ce qui représente environ 1,1 million d’enfants au Canada. Et les deux tiers de ces enfants ont en même temps deux types de troubles ou plus. La souffrance que cela représente est donc sous-représentée à certains égards dans ces simples chiffres.

Que faisons-nous actuellement en termes de services et de programmes destinés à ces enfants? Nous avons aussi des données de base provenant d’études épidémiologiques. Ces données montrent que moins du quart des enfants touchés bénéficient de services de santé mentale spécialisés, bien qu’à peu près la moitié reçoivent des soins primaires ou des services en milieu scolaire pour leurs problèmes de santé mentale.

Compte tenu de ces chiffres élevés, nous devons répondre à une question difficile. Comment alléger la souffrance de ces 14 p. 100 d’enfants, de ce million d’enfants et plus? Il est peu probable que nous pourrions répondre à leurs besoins en continuant à investir uniquement dans des services de traitement clinique, ne serait-ce que pour des questions de formation et de recrutement. Nous sommes plutôt d’avis qu’il faut une approche générale axée sur la santé de la population, parallèlement aux services de traitement clinique. Le diagramme suivant illustre ce que nous entendons par une approche générale axée sur la santé de la population.

Le plus grand ovale de ce diagramme représente, si vous voulez, l’univers de tous les enfants du Canada. L’approche générale axée sur la santé de la population consiste à nous intéresser au bien-être de tous les enfants et à promouvoir la santé mentale pour tous les enfants. Le deuxième ovale correspond au fait que nous devons prévenir les troubles chez les enfants à risque. Et enfin, le plus petit ovale illustre la nécessité de traiter les enfants qui ont des troubles définis, c’est-à-dire les 14 p. 100 dont nous avons déjà parlé.

La promotion est la première composante essentielle de l’approche axée sur la santé de la population. Quel est notre bilan à cet égard? Dans l’ensemble, le Canada a fait peu d’investissements «en amont» pour promouvoir la santé mentale et prévenir les problèmes. La plupart de nos ressources vont encore «en aval», vers les services de traitement clinique une fois que des troubles ont été décelés.

À l’heure actuelle, la majeure partie de nos efforts de prévention portent sur le développement de la petite enfance. C’est un élément très important, qui suscite l’enthousiasme de bien des gens et dont nous avons hâte de voir les résultats positifs.

However, this kind of early childhood development focus to date has not specifically included mental health, and early childhood development initiatives have yet to be fully evaluated, particularly with regard to mental health outcomes.

Turning to prevention, that second part of the overall population-health diagram, there is positive news with regard to emerging research evidence that there are approaches that work well to prevent some of the leading children's mental disorders: anxiety, conduct and depression, for instance. For anxiety disorders, excellent evidence is emerging from Australia that school-based, classroom-wide, common cognitive-behaviourally-based programs managed by teachers can improve social skills for all children, but can significantly reduce anxiety in children at risk. For conduct disorder, another severe and quite different kind of disorder, excellent evidence has emerged from the United States regarding nurse-home visitation and the ability of programs that involve support to high-risk parents, starting in the prenatal period and following through for two years or so, to significantly reduce child abuse and neglect as well as conduct disorder 15 or 18 years later.

Despite this growing evidence with regard to effective prevention approaches, we do not currently in Canada, at the national or any provincial level, fund or support significant prevention programs that focus on these mental disorders.

We also need more research on prevention. Many of the trials that have been done have been conducted in the United States or Australia. Some of those results are highly generalizable. Some need to be replicated in Canada.

Our recommendations, then, regarding promoting health and preventing disorders are: to evaluate early child development initiatives, particularly with regard to mental health outcomes; to establish prevention programs based on the current research evidence — and anxiety, conduct and depression would be good disorders with which to start; and to encourage more Canadian research to replicate some of the strong findings coming from other places.

Moving on to what would be the inner circle on that population-health diagram that we showed you earlier, what about providing effective treatment services for those who have disorders? The positive news here is that effective treatments do exist for many of the most common disorders, again including anxiety, attention, conduct and depression. For instance, for anxiety disorders, cognitive-behavioural approaches are very effective. For conduct disorder, approaches that teach parents and schools and work with them to use more constructive approaches with children are effective. For attention deficit, there are some effective pharmacological interventions. These

Jusqu'ici, cependant, ces efforts visant tout particulièrement le développement des jeunes enfants n'incluent pas spécifiquement la santé mentale, et les initiatives dans ce domaine n'ont pas encore été pleinement évaluées, surtout en ce qui concerne les résultats sur le plan de la santé mentale.

Pour ce qui est de la prévention, qui correspond à la deuxième partie du diagramme sur la santé de l'ensemble de la population, il y a des nouvelles encourageantes qui se dégagent des travaux de recherche récents sur la question, à savoir qu'il existe des approches efficaces pour prévenir certains des troubles mentaux les plus courants chez les enfants, par exemple l'anxiété, les troubles de conduite et la dépression. Dans le cas des troubles anxieux, il nous arrive d'Australie des données très intéressantes selon lesquelles des programmes fondés sur le comportement cognitif en milieu scolaire, gérés par les enseignants et destinés à l'ensemble des élèves, peuvent non seulement améliorer les aptitudes sociales de tous les enfants, mais aussi réduire considérablement l'anxiété chez les enfants à risque. Dans le cas des troubles de conduite, un autre type très différent de troubles graves, les données recueillies aux États-Unis montrent que les visites d'infirmières à la maison peuvent être très utiles et que les programmes de soutien aux parents à risque, dès la période prénatale et pendant environ deux ans par la suite, permettent de réduire le nombre d'enfants maltraités et négligés, ainsi que les troubles de conduite 15 à 18 ans plus tard.

Malgré ces preuves de plus en plus nombreuses de l'efficacité des approches de prévention, il n'y a pas pour le moment au Canada — ni au niveau national, ni dans aucune des provinces — de mesures de financement ou de soutien des programmes de prévention mettant l'accent sur ces troubles mentaux.

Nous devons également faire plus de recherche sur la prévention. Bon nombre des études sur ces questions ont été réalisées aux États-Unis ou en Australie. Certains de leurs résultats sont parfaitement généralisables, mais d'autres doivent être vérifiés pour le Canada.

Nous recommandons par conséquent, au chapitre de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, d'évaluer les initiatives de développement de la petite enfance, et plus particulièrement leurs effets sur la santé mentale; de mettre en oeuvre des programmes de prévention fondés sur les données de recherche récentes — l'anxiété, les troubles de conduite et la dépression seraient de bons points de départ; et d'encourager la poursuite de la recherche au Canada afin de valider certains des résultats concluants obtenus ailleurs.

Passons maintenant au cercle intérieur, dans le diagramme sur la santé de la population que nous vous avons montré tout à l'heure. Que faisons-nous pour fournir des services de traitement efficaces aux enfants atteints de troubles mentaux? La bonne nouvelle à ce sujet-là, c'est qu'il existe des traitements efficaces pour bon nombre des troubles les plus courants, ce qui inclut encore une fois les troubles anxieux, les troubles d'attention, les troubles de conduite et la dépression. Pour les troubles anxieux, par exemple, les approches fondées sur le comportement cognitif fonctionnent très bien. Pour les troubles de conduite, il y a aussi des approches efficaces qui visent à sensibiliser les parents et les

treatments can reduce distress and impairments associated with disorders. However, most children with mental disorders are actually not receiving these effective treatments. We have a large problem here, and we need to look carefully at why this is. If you recall, we said that only about 25 per cent of children with disorders receive specialized mental health services. We feel that probably treatments currently offered are not always based on the research evidence. In other words, practitioners are still using unproven treatments. That might be in specialized settings, and it might also be in primary care and schools.

We also believe that there are service delivery issues that partly contribute to this large gap and unmet need of children. There is emerging evidence about service delivery models that suggests that community-based programs involving primary care and schools are very effective, and probably more so than hospital-based or long-term residential programs when compared directly. The primary care and school programs have not been significantly funded overall and continue to be regarded as somewhat experimental. These two settings, primary care and schools, show the most promise, frankly, for identifying children in need and for actually reaching the majority of children. If children do not go to specialized services, they do nevertheless usually go to primary care or school settings.

Another overarching issue affecting this gap or unmet need involves the fact that children's services are fragmented. There are many jurisdictions, sectors and disciplines involved, not just federal, provincial, regional kinds of divisions, but also completely different sectors within provinces. Health, social services, education, justice and child protection may all be involved. There are many different disciplines involved as well. Better coordination is urgently needed because of this excessive fragmentation. In British Columbia, for instance, children's mental health services are delivered by at least three different major ministries, and two different levels of government are significantly involved. We are struggling to try to coordinate at a basic level.

What would we recommend with regard to these treatment service issues? First, we would recommend establishing evidence-based practice as the standard of care for delivering individual treatments, but also for designing health service

intervenants en milieu scolaire et à travailler avec eux en vue de l'utilisation d'approches plus constructives avec les enfants. Pour le déficit d'attention, il y a des interventions pharmacologiques efficaces. Ces traitements peuvent réduire la détresse et les limitations associées à ces troubles. Cependant, la plupart des enfants qui souffrent de troubles mentaux ne bénéficient pas de ces traitements efficaces. C'est un problème important, sur lequel nous devons nous pencher attentivement. Si vous vous souvenez bien, nous avons dit qu'environ 25 p. 100 seulement des enfants atteints reçoivent des services spécialisés en santé mentale. Nous avons l'impression que les traitements offerts actuellement ne sont pas toujours fondés sur les données de recherche. Autrement dit, les praticiens appliquent encore des traitements qui n'ont pas fait leurs preuves, parfois en milieu spécialisé, et parfois aussi dans les établissements de soins primaires et dans les écoles.

Nous croyons aussi qu'il y a des problèmes de prestation des services qui contribuent en partie à ces lacunes importantes dans la réponse aux besoins des enfants. Il apparaît de plus en plus, en ce qui concerne les modèles de prestation des services, que les programmes communautaires faisant appel aux établissements de soins primaires et aux écoles sont très efficaces, probablement plus que les programmes d'hospitalisation ou de séjours prolongés en foyers de groupe, si on les compare directement. Les programmes des établissements de soins primaires et des écoles ne bénéficient toutefois généralement pas d'un financement important et sont toujours considérés comme plus ou moins expérimentaux. Mais, bien franchement, ce sont ces deux milieux — les établissements de soins primaires et les écoles — qui semblent les plus prometteurs pour détecter les enfants qui ont besoin d'aide et pour rejoindre la majorité des enfants. Si les enfants ne vont pas dans les centres de services spécialisés, ils vont généralement à l'école ou dans les établissements de soins primaires.

La fragmentation des services pour enfants est un autre élément déterminant pour expliquer ces lacunes et cette difficulté de répondre aux besoins. Il y a une foule de champs de compétences, de secteurs et de disciplines en cause, pas seulement en termes de répartition des pouvoirs entre le fédéral, les provinces et les régions, mais aussi parce que cela concerne des secteurs entièrement différents à l'intérieur d'une même province, par exemple la santé, les services sociaux, l'éducation, la justice et la protection de l'enfance. Il y a aussi de nombreuses disciplines différentes qui entrent en jeu. Il faut de toute urgence une meilleure coordination pour mettre fin à cette fragmentation excessive. En Colombie-Britannique, par exemple, les services de santé mentale pour enfants relèvent d'au moins trois grands ministères différents, et deux paliers de gouvernement différents ont un rôle important à jouer. Il est donc très difficile de coordonner tout cela au niveau de la base.

Qu'est-ce que nous recommandons au sujet de ces questions concernant les services de traitement? Premièrement, nous recommandons d'établir des pratiques fondées sur les données existantes comme norme de soins pour l'application des

delivery models. We would also suggest supporting effective community-based approaches, particularly primary care and schools. We would suggest coordinating services.

There is another element that is a necessary part of any broad, comprehensive population approach to any sort of health problem — but it applies well to children's mental disorders — that involves the need to monitor outcomes, to constantly ask, "Are we doing the right things and are we doing them correctly?" Basic information is lacking in children's mental health with regard to even costs and outputs of clinical services, for instance. We do not know how many children we are seeing, how much money we are spending and what basic services are being delivered. More importantly, there is not yet monitoring of outcomes to ascertain whether the services and the interventions that we are providing are reducing the number of children affected and the impairments associated with disorders.

Outcome monitoring needs to include broad population-health indicators, including things like school completion, child protection and justice system involvement, and suicide rates. It also needs to probably include epidemiological surveys of incidence and prevalence of disorders. We have those kinds of surveys well underway in Quebec and Ontario at present. We need to extend that to other provinces.

We recommend, regarding monitoring outcomes, developing a coordinated information system to monitor costs and outputs of clinical treatment services for a start, because those consume the majority of services at present, but also monitoring mental health outcomes for all Canadian children, not just those attending services.

Finally, as a basic conclusion, it is not hard to get most of us to agree that investing in the health of children is a foundation for any nation's productivity and success. I think we would all feel strongly about that. What is not as clearly understood is that mental health problems constitute probably the most important health problems that Canadian children are currently facing. I say that based on the numbers of children involved, the level of impairment, which is severe, and also on the fact that these disorders get a foothold early in life and are not being currently effectively treated, such that they often persist and go on to impair adult functioning and output.

Children's mental health has been largely, if you will, neglected in Canadian public policy-making. Roy Romanow referred to mental health as the "orphan child" of the health care system. Children's mental health is the orphan child of the orphan child. We would conclude that national and provincial leadership is

traitements individuels, mais aussi pour l'élaboration des modèles de prestation des services de santé. Nous suggérons également de soutenir les approches communautaires efficaces, surtout dans les établissements de soins primaires et dans les écoles. Nous suggérons aussi de coordonner les services.

Il y a un autre élément qui doit obligatoirement faire partie de toute approche générale axée sur la santé de la population, pour tous les types de problèmes de santé — mais qui s'applique bien aux troubles mentaux chez les enfants —, et c'est la nécessité de suivre les résultats, de se demander constamment: «Est-ce que nous faisons ce qu'il faut faire et est-ce que nous le faisons bien?» Dans le domaine de la santé mentale des enfants, nous n'avons même pas d'information de base sur les coûts et les résultats des services cliniques, par exemple. Nous ne savons pas combien d'enfants nous voyons, combien d'argent nous dépensons et quels services essentiels nous offrons. Et surtout, nous ne faisons toujours pas de suivi pour déterminer si nos services et nos interventions permettent de réduire le nombre d'enfants touchés et les limitations associées aux troubles mentaux.

Le suivi des résultats doit inclure des indicateurs généraux sur la santé de la population, par exemple les taux d'achèvement des études, les interventions des services de protection de l'enfance et du système judiciaire, et les taux de suicide. Il faudrait probablement inclure aussi des données épidémiologiques sur l'incidence et la prévalence de ces troubles. Il y a actuellement des études de ce genre au Québec et en Ontario, qui sont en très bonne voie. Nous devons les étendre aux autres provinces.

Nous recommandons, pour assurer le suivi des résultats, de mettre en place un système d'information coordonné pour surveiller les coûts et les résultats des services de traitement clinique, pour commencer, parce que c'est ce qui représente actuellement la majeure partie des services, mais il faudrait aussi évaluer périodiquement la santé mentale de tous les enfants canadiens, et pas seulement de ceux qui reçoivent des services.

Enfin, pour conclure en gros, il n'est pas difficile de faire reconnaître à la plupart d'entre nous que les investissements dans la santé des enfants sont le fondement de la productivité et du succès de toute nation. Je pense que nous en sommes tous convaincus. Ce qui n'est pas aussi bien compris, c'est que les problèmes de santé mentale sont probablement les problèmes de santé les plus importants actuellement chez les enfants canadiens. Je le dis en raison du nombre d'enfants en cause, des limitations graves que cela entraîne et également du fait que ces désordres s'installent tôt dans la vie et qu'ils ne sont pas bien traités en ce moment, ce qui fait qu'ils persistent souvent jusqu'à l'âge adulte et qu'ils limitent alors le fonctionnement et la productivité des gens.

La santé mentale a été sérieusement négligée dans l'élaboration des politiques gouvernementales au Canada. Roy Romanow l'a qualifiée d'«orpheline» du système de santé. Et la santé mentale des enfants est l'orpheline de cette orpheline. Je dirais pour conclure qu'il faut de toute urgence un leadership national et

urgently needed to begin to champion this issue, to bring it to people's attention, and to begin to implement a broad population-health approach to try to reduce this burden of suffering.

Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department, McGill University; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital: Honourable senators, my particular concentration is eating disorders, so I will be focusing my comments on that in particular.

Just to give people a little orientation, we know that eating disorders are complex syndromes. They are characterized by intense preoccupations with eating, body image and weight control. Invariably, that also coincides with relatively pronounced problems of adjustment or concurrent problems of a psychiatric sort. It is unusual not to see sufferers also showing mood problems, depression, marked anxiety problems, symptoms of a compulsive, highly perfectionistic type, or problems with impulse regulation. We see people showing repeated suicidality, self-mutilative gestures, shoplifting and other indications of a problem with impulse control. Eating disorders are not just about eating, but really quite pervasively affect functioning, and in the process, do grievous damage to both children's and adults' social, vocational, psychological and medical adjustment. These disorders, of course, because of the implicated dietary distress, also have pervasive physiological or medical effects.

These are also disorders that affect an alarmingly large number of individuals. If you look at the highest risk group, young women 12 to 30 years of age, you can easily estimate that one per cent of them are suffering full-blown anorexia nervosa and probably around two per cent bulimia nervosa.

You could say that up to 10 per cent of this young female group are suffering significant problems around eating and body image sufficient to be distressing and damaging to their adjustment.

This is not to discount eating disorders that occur with older women, males and various other age groups. I will be talking about older groups as well. At one point, I want to try to urge the need to bridge barriers between adolescent and adult areas of expertise.

The Chairman: Let me just caution you. When I hear people say "I will be talking about something eventually" I want to ensure that you try to give us a reasonable executive summary rather than the entire paper. I want to make sure that we have sufficient time for questions.

Dr. Steiger: We must understand that eating disorders have a complex cause. They have biological, psychological and social causality. We understand them to represent an activation by

provincial pour que nous décidions de nous attaquer à ce problème, que nous le portions à l'attention de la population et que nous commençons à mettre en oeuvre une approche globale axée sur la santé de la population afin d'essayer d'alléger la souffrance que cela représente.

Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie, Université McGill; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas: Mesdames et messieurs les sénateurs, je m'intéresse tout particulièrement aux troubles alimentaires, et c'est pourquoi mes commentaires vont porter surtout sur cette question.

Pour vous donner une petite idée de la situation, nous savons que les troubles alimentaires sont des syndromes complexes. Ils sont caractérisés par d'intenses préoccupations au sujet de la nourriture, de l'image corporelle et du contrôle du poids. Invariablement, cela coïncide également avec des problèmes d'adaptation ou avec d'autres problèmes psychiatriques relativement prononcés. Il n'est pas rare que les personnes atteintes souffrent aussi de troubles de l'humeur, de dépression ou de sérieux problèmes d'anxiété, qu'elles affichent les symptômes d'une personnalité compulsive et hautement perfectionniste, ou qu'elles aient de la difficulté à maîtriser leurs impulsions. Nous en voyons qui font des tentatives de suicide répétées, qui pratiquent l'automutilation, qui volent à l'étalage ou qui manifestent autrement un problème de maîtrise des impulsions. Les troubles alimentaires ne touchent pas seulement l'alimentation, mais de nombreuses facettes du fonctionnement, ce qui cause un tort considérable sur les plans de l'adaptation sociale, professionnelle, psychologique et médicale des enfants et des adultes touchés. Et, bien sûr, en raison des sérieuses carences alimentaires qu'ils entraînent, ces troubles ont également des effets physiologiques et médicaux profonds.

Ces troubles touchent également un nombre alarmant de personnes. Quand on regarde le principal groupe à risque, celui des jeunes femmes de 12 à 30 ans, on peut facilement estimer que 1 p. 100 d'entre elles souffrent d'anorexie nerveuse et probablement environ 2 p. 100, de boulimie nerveuse.

On peut dire que jusqu'à 10 p. 100 de ces jeunes femmes connaissent des problèmes liés à l'alimentation et à l'image corporelle suffisamment graves pour entraîner de la détresse et nuire à leur adaptation.

Cela ne veut pas dire qu'on ne retrouve pas de troubles alimentaires chez les femmes plus âgées, chez les hommes et dans divers autres groupes d'âge. Je vais vous parler aussi des groupes plus âgés. Et je veux insister sur la nécessité de combler les écarts entre les connaissances sur les adolescents et les adultes.

Le président: Je dois vous faire un petit avertissement. Quand j'entends les gens dire qu'ils vont nous parler de quelque chose plus tard, je veux m'assurer que vous allez essayer de nous faire un résumé raisonnable plutôt que de nous lire l'ensemble de votre document. Je tiens à ce que nous ayons suffisamment de temps pour les questions.

Dr Steiger: Il faut comprendre que les troubles alimentaires ont des causes complexes. Ils ont des racines biologiques, psychologiques et sociales. Nous les définissons comme le

social pressures towards thinness, the mania towards dieting, pre-existing psychological vulnerabilities related to self-esteem, self-definition, the sense of self-worth and self-control.

Also, increasingly, we have evidence to favour the idea of a biological substrate. Eating disorders emerge increasingly as having a genetic basis, as being transmitted within families. Some of the recent genetic work is starting to pin down certain genetic factors. You want to understand them as a collision between biological, psychological and social factors.

If there is this complex causality, treatment also tends to be complex. It is generally multi-modal, requiring interventions from various kinds of sources such as biological, which would be nutritional and rehabilitative ones, as well as pharmacological involvements and psychological treatments aimed at problems of self-image, self-definition and self-esteem from familial disturbances. Social intervention may also need to be included through group therapy.

Most well-established eating disorder programs, therefore, have to offer a wide range of therapeutic interventions drawing upon a range of technologies from medical, psychological and social fields. Also, proper treatment necessitates the ability to offer fully intensive in-patient treatments, day-hospital type treatments, intensive day programs or out-patient treatments, which would be less intensive. We are talking about a sophisticated range of therapeutic interventions.

We have a fair amount of empirical research looking at the outcome for eating disorders. Those suggest that these disorders are difficult to treat and have a complex but a heterogeneous outcome.

With adequate treatment, at least a third of people respond very well. In the short term, they seem to be showing relatively good recovery. There is another substantial subgroup, probably up to a third, for which the prognosis is more guarded, and the outcome is less favourable.

In terms of health care delivery, there is a need for specialization. We have enough empirical work to show that while the eating disorders respond with difficulty to treatment, they do respond best to well-principled, symptom-focused treatments. A well-informed practice is necessary.

Interestingly enough, in line with some of Dr. Waddell's comments, there are surveys that show that the modal treatment that is available in the community to people with eating disorders is not that which is best indicated according to practice standards or empirical evidence. We really must move towards an emphasis on establishing consensus about what kind of practice standards will be involved.

résultat d'une activation des pressions sociales vers la minceur, de la manie des régimes, et des vulnérabilités psychologiques préexistantes liées à l'estime de soi, à la définition de soi, au sentiment de sa propre valeur et au contrôle de soi.

De plus en plus, les données dont nous disposons permettent de croire à un substrat biologique. Il semble de plus en plus probable que les troubles alimentaires ont une cause génétique et qu'ils se transmettent à l'intérieur de la famille. Certains des travaux de recherche récents en génétique commencent à pointer du doigt certains facteurs génétiques. Il faut comprendre que ces troubles résultent d'une collision entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Autant les causes sont complexes, autant le traitement est complexe également. Il est généralement multimodal et exige des interventions de diverses sources, par exemple les sources biologiques — ce qui concerne la nutrition et la réadaptation —, les interventions pharmacologiques et les traitements psychologiques visant à régler les problèmes d'image de soi, de définition de soi et d'estime de soi découlant de perturbations familiales. Des interventions sociales peuvent également être nécessaires, sous forme de thérapie de groupe.

Par conséquent, la plupart des programmes bien établis de traitement des troubles alimentaires doivent offrir un vaste éventail d'interventions thérapeutiques fondées sur toute une gamme de techniques des domaines médical, psychologique et social. Pour être efficaces, ces programmes doivent également pouvoir offrir des traitements intensifs en établissement, des traitements en hôpital de jour, des traitements intensifs de jour ou des traitements en clinique interne, qui sont moins intensifs. Il faut donc une gamme complète d'interventions thérapeutiques.

Nous disposons de données empiriques assez nombreuses sur le pronostic des troubles alimentaires. Ces données nous indiquent que ces troubles sont difficiles à traiter et qu'ils ont des suites complexes, mais variées.

Avec un traitement approprié, au moins le tiers des personnes touchées répondent très bien. À court terme, elles semblent se remettre relativement bien. Il y a un autre sous-groupe substantiel, probablement un autre tiers ou à peu près, pour lequel le pronostic est plus nuancé et les résultats, moins positifs.

Pour la prestation des soins de santé, il faut une spécialisation. Nous avons assez de données empiriques pour savoir que, même si les troubles alimentaires sont difficiles à traiter, ils répondent le mieux à des traitements structurés axés sur les symptômes. Il faut des praticiens bien informés.

Chose intéressante — ce qui va d'ailleurs dans le sens de certains commentaires de la Dre Waddell —, des enquêtes ont démontré que le traitement modal offert dans la communauté aux gens qui souffrent de troubles alimentaires n'est pas nécessairement le plus indiqué d'après les normes de pratique ou les données empiriques. Nous devons vraiment commencer à mettre l'accent sur l'établissement d'un consensus au sujet des normes de pratique à appliquer.

I would suggest that to achieve that we must develop coordinated, network-type efforts aimed at eating disorder sufferers. I would see that probably at provincial levels, although there is also a need for federal direction.

Coordinated efforts between centralized or ultra-centralized centres of excellence should be at the hub. At the ends of the spokes, there should be selected regional or local resources offering more frontline service. At the specialized end, you would have large-scale, supra-regional programs seeing the critical mass of people and able to offer highly intensive treatment for sufferers of severe eating disorders.

The critical mass idea is very important. This allows for experience with large numbers of sufferers and the development of real clinical expertise. It also promotes sophisticated clinical research and becomes a base for clinical teaching. I am advocating fully integrated clinical research and teaching activity.

That is fine in terms of the generation of expertise, but it does not bring it out into the communities where people are suffering eating disorders. We also have to see coordinated efforts to export expertise to the frontline. We must see clearly established consultative links and funding to allow for consultation and supervision of people training in the frontline.

We are doing some of that type of work with our local community service centres in Quebec and having some good experiences. Similar projects have been done in B.C. and Ontario.

That kind of training also allows those on the frontline to develop a greater expertise in the initial assessment of and early intervention with eating disorder sufferers. Simple, well-informed group therapy can sometimes be marvellously effective for those people. When it is not, those people need access to a more centralized program able to offer intensive care for severe cases.

Concurrent with that, and also in line with some of Dr. Waddell's comments, we must really emphasize prevention and health promotion, through public health programs, presumably. We need to develop community outreach that would be aimed at community services, schools, religious groups and other settings in which young people are being seen where we can hope to do some primary prevention. As well, there is some interesting and promising work in the eating disorders area suggesting the utility of primary prevention efforts.

I mentioned the need to strengthen links between programs for children, adolescents and adults. There are often administrative barriers to this kind of connection. It is important in all areas, especially with eating disorders.

Je dirais que, pour en arriver là, nous devons déployer des efforts coordonnés, en réseaux, pour aider les personnes qui souffrent de troubles alimentaires. Je pense que cela devrait probablement se faire au niveau des provinces, même s'il faut également une orientation fédérale.

Des efforts coordonnés entre centres d'excellence centralisés ou ultra-centralisés devraient être au coeur de ces réseaux. À la périphérie, il devrait y avoir des ressources régionales ou locales choisies qui offriraient surtout des services de première ligne. Et, au niveau spécialisé, il y aurait des programmes suprarégionaux à grande échelle qui permettraient d'atteindre une certaine masse critique et d'offrir des traitements hautement intensifs aux personnes atteintes de troubles alimentaires graves.

L'idée de masse critique est très importante. Elle permet d'acquérir de l'expérience auprès d'un grand nombre de malades et de développer de bonnes compétences cliniques. Elle favorise également la recherche clinique poussée et sert de base à l'enseignement clinique. Je préconise la pleine intégration des activités d'enseignement et de recherche clinique.

Tout cela est très bien pour produire des compétences, mais cela ne profite pas aux communautés dans lesquelles des gens souffrent de troubles alimentaires. Il doit également y avoir des efforts coordonnés pour exporter les compétences acquises vers la ligne de front. Il doit y avoir du financement et des liens de consultation clairement établis pour permettre la consultation et la supervision des gens formés en première ligne.

Nous faisons déjà un peu de travail dans ce genre dans nos centres locaux de services communautaires au Québec, et nous obtenons de bons résultats. Il y a eu des projets similaires en Colombie-Britannique et en Ontario.

Ce genre de formation permet également à ceux qui travaillent en première ligne d'acquérir des connaissances plus poussées sur l'évaluation initiale des personnes souffrant de troubles alimentaires et sur les interventions précoces auprès de ces personnes. Une thérapie de groupe simple et bien étayée peut parfois être merveilleusement efficace pour ces gens-là. Quand elle ne l'est pas, il faut leur donner accès à un programme plus centralisé capable d'offrir des soins intensifs pour les cas les plus graves.

En même temps, ce qui rejoint encore là certains des commentaires de la Dre Waddell, nous devons vraiment mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, probablement par des programmes de santé publique. Nous devons nous enraciner dans les communautés, dans les services communautaires, les écoles, les groupes religieux et les autres milieux où il y a des jeunes et où nous pouvons espérer faire de la prévention primaire. D'après certaines recherches intéressantes et prometteuses dans le domaine des troubles alimentaires, les efforts de prévention primaire seraient très utiles.

J'ai déjà parlé de la nécessité de resserrer les liens entre les programmes pour enfants, pour adolescents et pour adultes. Il y a souvent des obstacles administratifs qui nous en empêchent. C'est important dans tous les domaines, et surtout en ce qui concerne les troubles alimentaires.

Adult programs, curiously enough, are actually seeing the largest number of sufferers with eating disorders. There is a myth that eating disorders are concentrated in early adolescence. The largest group of sufferers is around the age of 28.

The adult programs are having the large-scale experience. The adolescent programs are well placed to do early intervention before chronic symptoms develop. We have to get these groups talking to each other and exchanging expertise, which is very rarely happening in all provinces, as far as I am aware.

Along with that comes a need to fund clinical research efforts. I am strongly committed to the idea of a fully integrated kind of clinical research activity. Research, in the end, translates into better patient care. It is the only way to ensure that people in all communities are receiving properly evaluated methods of care that have demonstrable effects. It is also the only way to ensure that patients receive the kind of cutting-edge, well-informed practice that it is their right to receive. The modal treatment that is being delivered will hopefully come into line with more established practice.

Along with any of the developments towards programs, I would strongly advocate for a clear component of research and exportation of expertise.

Dr. Simon Davidson, Chief of Psychiatry, Children's Hospital of Eastern Ontario: Honourable senators, congratulations on embarking on a really important initiative for Canadians in terms of quality of life and for Canada in terms of consolidating as productive a society as possible. The sooner we can address mental health issues and their natural history, the more productive our society can become.

My brief is divided into three sections: An outline of the problem and its extent, for which I have also included a case example to make it a little more real; an analysis of the problem; and a proposal of what the system could or might look like.

In this presentation, I will hit upon the major points in the first two sections and I will focus on the third. However, I urge you to review this document as a whole. I am very pleased to have had the previous two witnesses go before me because I would strongly concur with much of what they said. I have also included that in my brief, which allows me then to focus on slightly different areas.

From an epidemiological standpoint, I agree with Dr. Waddell, although I think her figures are a little optimistic, unless she is particularly focusing on the severely mentally ill. If you look at the full spectrum, mildly to severely mentally ill, the actual prevalence rates are a little higher. We know that

Les programmes pour adultes, curieusement, sont en fait ceux qui reçoivent le plus grand nombre de personnes souffrant de troubles de ce genre. On croit souvent que les troubles alimentaires sont concentrés au début de l'adolescence, mais c'est un mythe. La majorité des personnes atteintes sont âgées d'environ 28 ans.

Les programmes pour adultes bénéficient d'une expérience à grande échelle. Les programmes pour adolescents se prêtent bien à des interventions précoces avant le développement de symptômes chroniques. Nous devons amener les groupes responsables de ces programmes à se parler et à échanger leurs connaissances, ce qui se fait très rarement dans toutes les provinces, à ce que je sache.

En même temps, il faut financer les efforts de recherche clinique. Je suis convaincu qu'il faut intégrer pleinement l'activité de recherche clinique. La recherche, en définitive, se traduit par de meilleurs soins aux malades. C'est la seule façon de faire en sorte que les gens de partout bénéficient de méthodes de soins qui ont été évaluées convenablement et qui ont des effets démontrables. C'est également la seule façon de faire en sorte que les malades bénéficient de la pratique de pointe, bien étayée et bien documentée, à laquelle ils ont droit. Il faut espérer que le traitement typique offert actuellement s'inscrira davantage dans la pratique établie.

En plus de développer les programmes, je recommande fortement une composante de recherche solide et l'exportation de notre savoir-faire.

Dr Simon Davidson, chef de la Section de psychiatrie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario: Mesdames et messieurs les sénateurs, je vous félicite d'avoir pris cette initiative très importante pour les Canadiens, en termes de qualité de vie, et pour le Canada, pour la mise en place d'une société aussi productive que possible. Plus tôt nous pourrions nous attaquer aux problèmes de santé mentale et nous pencher sur leur histoire naturelle, plus notre société pourra devenir productive.

Mon mémoire se divise en trois parties: d'abord un résumé du problème et de son ampleur, ce à quoi j'ai ajouté un exemple pour rendre les choses un peu plus concrètes; ensuite une analyse du problème; et enfin une proposition sur ce à quoi le système pourrait ou devrait ressembler.

Au cours de ma présentation, je vais vous résumer les principaux points des deux premières parties et m'attarder surtout sur la troisième. Je vous invite cependant à parcourir le document en entier. Je suis très heureux que les deux témoins précédents soient passés avant moi parce que je suis tout à fait d'accord avec eux sur la plupart des points dont ils ont parlé. J'en parle également dans mon mémoire, ce qui me permet de me concentrer sur des aspects légèrement différents.

Du point de vue épidémiologique, je suis d'accord avec la Dre Waddell, même si je trouve ses chiffres un peu optimistes, à moins qu'elle veuille parler tout particulièrement des malades les plus gravement atteints. Quand on regarde l'ensemble de la situation — les malades légèrement atteints comme ceux qui le

prevalence of psychiatric illness increases with age; however, we are also noticing the age of onset decreasing with certain of the disorders such as mood and eating disorders.

I wanted to make a comment about the questions that this committee framed for us. I liked what Dr. Waddell said about the orphan of the orphan. I am worried that when you segregate different disorders, you may end up having the orphan of the orphan of the orphan. Furthermore, there are disorders that are not mentioned in the questions that are of high prevalence or severity as well. Mood and anxiety disorders in children, anxiety disorders in adolescence and psychotic disorders across the age span should be addressed. That is the last thing that I will say about any specific disorders and I will, rather, look at the picture as a whole.

In terms of service utilization, we know from the original work of the Ontario Child Health Study that only one out of six children or youth 4 to 16 years old with at least one psychiatric disorder had any kind of exposure to management of it in the previous six months. That study was conducted in 1986; the reporting was in 1987 and 1989. Much water has gone under the bridge since that time, even if prevalence rates have stayed the same. After talking with Dr. Offord, I believe that fewer than one out of six receives any kind of service whatever.

The services, as Dr. Waddell has said, are almost exclusively clinical. There is an enormous demand for service and the waiting lists are extremely long. I have included in my brief a similar continuum of mental health services to that with which Dr. Waddell has presented you. I also want to make certain that I mention that working with children, youth and their families, where there are mental illnesses, is not the same as interventions with adults. Generalization from adult approaches to children and youth would be an error. I have included a case vignette that also highlights what Dr. Waddell was saying about how fragmented the service sector is, how many agencies are involved in providing various types of care and how many ministries in different provinces are engaged in funding those agencies.

As I have already said, demand for service far outweighs available resources. Certainly, wherever we have gone in Eastern Ontario and asked communities what health services they require to which they do not have good access in their area, among the top three are always mental health services for children and youth. There are several physician issues that potentiate the problem. I will come to that a little later. The high demand for service is one of the problems that keep us focused on clinical

sont plus sérieusement —, on constate que les taux de prévalence sont en fait légèrement plus élevés. Nous savons que la prévalence des maladies psychiatriques augmente avec l'âge; cependant, nous remarquons également que l'âge auquel ces maladies se déclarent est à la baisse pour certains de ces troubles, par exemple les troubles de l'humeur et de l'alimentation.

Je voudrais faire un commentaire sur les questions que le comité a préparées pour nous. J'ai bien aimé ce que la Dre Waddell a dit au sujet de l'orpheline de l'orpheline. Et ce qui m'inquiète, c'est que si on commence à faire la distinction entre les différents types de troubles, on pourrait se retrouver avec l'orpheline de l'orpheline de l'orpheline. En outre, il y a des troubles qui ne sont pas mentionnés dans vos questions et qui sont pourtant très courants ou très sérieux également. Les troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les enfants, les troubles de l'anxiété à l'adolescence et les troubles psychotiques dans toutes les tranches d'âge méritent d'être examinés. C'est la dernière chose que je voulais dire au sujet de troubles spécifiques. Je préfère regarder l'ensemble de la situation.

En termes d'utilisation des services, nous savons, grâce au travail original mené dans le cadre de l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, que les enfants ou les adolescents de quatre à seize ans qui avaient au moins un problème psychiatrique avaient bénéficié de mesures quelconques de gestion de ces troubles dans seulement un cas sur six au cours des six mois précédents. Cette étude a été réalisée en 1986, et ses conclusions ont fait l'objet de rapports en 1987 et 1989. Il est passé beaucoup d'eau sous les ponts depuis, même si les taux de prévalence sont restés les mêmes. Après en avoir parlé au Dr Offord, je pense qu'il y a en fait moins d'un enfant sur six qui bénéficie d'un service quelconque.

Comme l'a dit la Dre Waddell, il s'agit presque exclusivement de services cliniques. Il y a une immense demande de services, et les listes d'attente sont extrêmement longues. J'ai inclus dans mon mémoire un continuum des services de santé mentale semblable à celui que la Dre Waddell vous a présenté. Et je ne voudrais surtout pas oublier de mentionner que, quand on travaille avec des enfants, avec des jeunes et avec leurs familles, dans les cas de maladie mentale, les interventions ne sont pas les mêmes qu'avec des adultes. Ce serait une erreur de généraliser et d'appliquer aux enfants et aux adolescents les approches propres aux adultes. J'ai inclus en outre une petite étude de cas qui illustre ce qu'a dit la Dre Waddell au sujet de la fragmentation dans le secteur des services, du grand nombre d'organismes qui s'occupent des différents types de soins et du grand nombre de ministères, dans les différentes provinces, qui sont responsables du financement de ces organismes.

Comme je l'ai déjà dit, la demande de services dépasse de loin les ressources disponibles. Partout où nous sommes allés dans l'est de l'Ontario pour demander aux gens quels étaient les services de santé dont ils avaient besoin et auxquels ils n'avaient pas accès facilement dans leur région, les services de santé mentale pour enfants et adolescents arrivaient invariablement parmi les trois premiers. Et le problème est encore compliqué par plusieurs facteurs concernant les médecins. J'y reviendrai un peu plus tard.

program delivery and away from providing universal and targeted programming of the type that would address health promotion and mental illness prevention.

There are very few universal and/or targeted programs, and Dr. Waddell has addressed that. We hear often in all kinds of circles that our children and our youth are our future and, quite frankly, I pose the question: Is that just rhetoric or does it have meaning?

Just to move away from health for a minute, I really like a quote from Tennessee Williams: "There comes a time when it is right to depart, even though the destination is uncertain."

I have a proposal in respect of change. This orphan of an orphan definitely needs more money, but we do need to do many things differently as well. I think that funding for mental health services needs to at least be in line with funding for physical health problems. We need to consolidate mandated and protected funding and, above all, if there is only one thing I could say, whatever we end up with, we need to have an integrated and balanced system.

There are many principles, and you know those, so I will not go into detail. There is a full spectrum of services that we need to provide and, in terms of the clinical ones, they need to be coordinated, cost effective and integrated in a continuum ranging from community-based services all the way through to specialized mental health services. The interdisciplinary approach is absolutely key to optimizing care. I strongly join with Dr. Waddell in urging that the system be balanced among universal, targeted and clinical programs that enhance reach, so we reach more children and youth, and that potentiate the multiplier effect, so that access to mental health care is much easier across the whole continuum and with an outcome that more people realize their potential and we have a healthier workforce and society.

Research and program evaluation is critical, and Dr. Waddell has addressed that. I will take a minute to talk about education, which is a bit out of date. We need to talk about education for all professionals who are engaged in the interdisciplinary team providing the full continuum of service. We need to develop new curricula for teaching, using contemporary approaches. The old approaches have some good parts, so we need to retain those. However, they predominantly focus on clinical service delivery and not on the balance that Dr. Waddell and I have spoken about.

We need to also develop innovative and interesting methods of doing the teaching. I would also like to advocate what I call "the golden triangle," and I do not mean that place in Thailand. The golden triangle for me is the service provision that we have

La forte demande de services est un des problèmes qui nous obligent à nous concentrer sur les programmes cliniques plutôt que de fournir des programmes universels et des programmes ciblés qui se rattacheraient par exemple à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie mentale.

Il y a très peu de ces programmes universels ou ciblés, et la Dre Waddell en a déjà parlé. Nous entendons souvent dire, dans toutes sortes de milieux, que nos enfants et nos adolescents sont notre avenir, mais bien franchement, je me pose la question: est-ce que ce sont seulement des paroles creuses ou si cela veut vraiment dire quelque chose?

Si vous me permettez de m'éloigner de la santé un instant, je voudrais vous citer Tennessee Williams, qui a dit: «Il vient un moment où il est bon de partir, même si la destination est incertaine.»

J'ai une proposition à faire au sujet du changement. Cette orpheline d'une orpheline a nettement besoin de plus d'argent, mais nous devons aussi faire bien des choses différemment. À mon avis, le financement accordé aux services de santé mentale doit être au moins comparable à celui dont bénéficient les services de santé physique. Nous devons consolider un financement prescrit et protégé et, par-dessus tout, si je n'avais qu'une seule chose à dire, ce serait que nous devons avoir un système intégré et équilibré, quel qu'il soit.

Il y a bien des principes, et vous les connaissez; je ne vous les décrirai donc pas en détail. Il y a toute une gamme de services que nous devons offrir et, pour ce qui est des services cliniques, ils doivent être coordonnés, rentables et intégrés dans un continuum allant des services communautaires jusqu'aux services spécialisés de santé mentale. L'approche interdisciplinaire est absolument essentielle pour offrir les meilleurs soins possibles. Je joins ma voix à celle de la Dre Waddell pour réclamer un système équilibré, qui fasse une place égale aux programmes universels, aux programmes ciblés et aux programmes cliniques permettant de rejoindre plus d'enfants et d'adolescents et de profiter de l'effet multiplicateur, pour que l'accès aux services de santé mentale soit beaucoup plus facile dans tout ce continuum, pour que ces services aient des résultats tels que plus de gens comprennent leur potentiel, et pour que nous ayons une population active et une société en meilleure santé.

La recherche et l'évaluation des programmes sont primordiales, et la Dre Waddell en a parlé également. Je vais prendre une minute pour vous parler d'éducation, ce qui n'est plus très à la mode de nos jours. Nous devons parler d'éducation pour tous les professionnels qui participent aux équipes interdisciplinaires offrant tout le continuum de services. Nous devons développer de nouveaux programmes d'études fondés sur des approches contemporaines. Les anciennes approches comportaient de bons éléments, que nous devons conserver. Mais elles mettent surtout l'accent sur les services cliniques, et non sur l'équilibre dont la Dre Waddell et moi vous avons parlé.

Nous devons aussi mettre au point des méthodes d'enseignement innovatrices et intéressantes. Je voudrais également préconiser ce que j'appelle le «triangle d'or» — et je ne parle pas de la région bien connue de la Thaïlande. Le triangle

talked about — the universal, targeted and clinical, and the education, research and program evaluation. The three must exist with an iterative relationship among them, where each informs or modifies the other two. We need to coordinate this through effective information systems.

For child and adolescent psychiatrists, many things are problematic. A child and adolescent psychiatrist first becomes a physician, then a psychiatrist and then a child and adolescent psychiatrist. At this time in Canada, we are in negative balance. I believe that we are training fewer child and adolescent psychiatrists per year than are retiring, and we were already in negative balance. Furthermore, there is a problem with attracting people to child and adolescent psychiatry. It takes longer than general psychiatry to get there, and for the rest of your life, you will earn significantly less. It is a very hard sell to get people into child and adolescent psychiatry.

There are many other issues that need to be addressed that I have not touched on: housing and supports for children and youth; a receptive school system where the school is the hub — and I agree with that concept, but would note that children and youth that do not make it to school for truancy or school refusal reasons are at even higher risk than children and youth who do; young offenders with mental illnesses. There is high co-morbidity of this population, so although they may have conduct disorders or antisocial personality disorders, there is a very high prevalence of other psychiatric illness and these people do attempt and complete suicide.

Transition from youth to adult services is extremely important; youth employment is important; and focusing on the impact of mental illness of children and youth on their families is also extremely important.

In conclusion, we must do it right. Changes are relatively permanent. Our public must live with whatever changes we make for a long time. Whatever is done, child and youth mental health services must be protected and mandated. We need to develop a strategy for child and youth mental health focusing on the best interests of our children, youth and families, involving the right people — leaving affiliations at the door — and emerging recommendations must have teeth.

I would reiterate what I said a few pages ago, about believing that our children and youth are our future; is that just rhetoric, or does it have meaning?

Dr. Diane Sacks, President-Elect, Canadian Paediatric Society:

It is left to me to put a personal face on this issue that my esteemed colleagues have talked to you about this morning. I will put on the best face I can for the children that I am honoured to

d'or, pour moi, ce sont les services dont nous avons déjà parlé: les services universels, les services ciblés et les services cliniques, en plus de la recherche et de l'évaluation des programmes. Ces trois éléments doivent exister au sein d'une relation itérative, dans laquelle chacun informe ou modifie les deux autres. Nous devons coordonner cela grâce à des systèmes d'information efficaces.

Pour les psychiatres qui s'occupent d'enfants et d'adolescents, il y a bien des choses qui sont problématiques. Ils doivent d'abord devenir médecins, puis psychiatres, et enfin psychiatres spécialisés pour les enfants et les adolescents. Pour le moment, au Canada, nous avons un solde négatif. Je pense que nous formons chaque année moins de psychiatres pour enfants et adolescents qu'il y en a qui prennent leur retraite, et nous sommes déjà en déficit. De plus, il est difficile d'attirer les gens vers la pédopsychiatrie. La formation est plus longue que pour la psychiatrie générale et le salaire est nettement moins élevé jusqu'en fin de carrière. Il est très difficile de convaincre les gens de se lancer dans ce domaine.

Il y a aussi beaucoup d'autres problèmes à régler dont je n'ai pas parlé: le logement et les mesures de soutien pour les enfants et les adolescents, un système scolaire réceptif servant de plaque tournante — c'est un concept que j'approuve, mais je tiens à souligner que les enfants et les adolescents qui ne vont pas à l'école, parce qu'ils font l'école buissonnière ou parce que l'école refuse de les admettre, sont encore plus à risque que les enfants et les adolescents qui y vont —, et enfin les jeunes contrevenants atteints de maladie mentale. On note une forte comorbidité dans cette population, ce qui veut dire que même si ces jeunes peuvent avoir des troubles de conduite ou une personnalité antisociale, il y a chez eux une très forte prévalence d'autres problèmes psychiatriques, de tentatives de suicide et de suicides réussis.

La transition entre les services pour jeunes et les services pour adultes est extrêmement importante; l'emploi chez les jeunes est important; et il est également crucial de se pencher sur les effets de la maladie mentale des enfants et des adolescents sur leurs familles.

Pour conclure, nous devons faire les choses comme il faut. Les changements sont relativement permanents. Notre population devra vivre longtemps avec ceux que nous allons apporter. Quoi que nous fassions, les services de santé mentale pour enfants et adolescents devront être prescrits et protégés. Nous devons élaborer une stratégie à ce sujet-là en nous concentrant sur les intérêts de nos enfants, de nos adolescents et de leurs familles, en faisant appel aux bonnes personnes — en laissant les affiliations à la porte — et en faisant des recommandations solides et concrètes.

Je rappelle ce que j'ai dit un peu plus tôt, au sujet des affirmations selon lesquelles nos enfants et nos adolescents sont notre avenir; est-ce que sont seulement des paroles creuses ou si cela veut dire quelque chose?

Dre Diane Sacks, présidente élue, Société canadienne de pédiatrie: C'est à moi qu'il incombe de mettre un visage personnel sur la question dont mes estimés collègues vous ont parlé ce matin. Je vais faire de mon mieux pour les enfants que j'ai

represent, as well as for the other frontline workers or “soldiers,” as we sometimes feel after a long day in the office with these children, and let you know what is really happening out there.

It was only about 20 or 25 years ago that psychosocial dysfunction was first recognized in children. Today, it is the leading cause of disability in children and adolescents. A full 20 per cent of Canadians under the age of 19 suffer with one or more of these conditions to a moderate or severe degree. I do not mean mild, I am talking about they are not functioning — a full 20 per cent.

For 30 years I practised pediatrics and adolescent health at the Hospital for Sick Children. Seven years ago, I went to North York General Hospital, a community hospital. In addition, I have a private pediatric practice in North York.

I wish to describe a few of the disorders and explain how they impact on these young people’s lives, their families and Canadian society in general.

Many of us are familiar with the idea of a critical developmental stage in the first three years of life, but fewer appreciate that there is a second such critical and crucial developmental stage that is equally important if we are to function independently and productively as individuals in a democratic system.

It is during adolescence that we face enormous tasks in psychosocial and physical development — tasks that define who we are as adults, tasks such as accepting our own strengths and weaknesses, accepting who we are with respect to our bodies, formulating cohesive relationships with those outside our family, such as a peer group, and separating from our families.

Not being able to accomplish these tasks stops the progress toward adulthood. Having a mental illness inexorably gets in the way of this progress. In many cases, it stops it dead in its tracks.

As you will see, significant numbers of teens are affected by mental illness, few get diagnosed and still fewer receive treatment, even after diagnosis. Recent knowledge from neurophysiology tells us that at this stage the brain is still flexible and plasticity exists.

Gains in treatment made at this stage should be even more effective than treatments instituted later on. Yet our health care system does not currently provide anywhere near adequate treatment for mental health for children and youth. More upsetting is that this treatment is not found in an equitable or accessible fashion as defined in the Canada Health Act. It is a waste of potential.

l’honneur de représenter, ainsi que pour les autres travailleurs ou «soldats» de première ligne, puisque c’est parfois ainsi que nous nous sentons après une longue journée au bureau avec ces enfants, et je vais m’efforcer de vous montrer ce qui se passe vraiment dans ce domaine.

Il y a seulement 20 ou 25 ans que nous parlons du dysfonctionnement psychosocial chez les enfants. Aujourd’hui, c’est la principale cause d’invalidité chez les enfants et les adolescents. Au moins 20 p. 100 des Canadiens de moins de 19 ans souffrent d’un ou de plusieurs problèmes de ce genre à un niveau modéré ou grave. Je ne parle pas de ceux qui ont des problèmes légers, je parle de ceux qui sont incapables de fonctionner: il y en a un bon 20 p. 100.

J’ai pratiqué 30 ans en pédiatrie et en santé des adolescents à l’Hospital for Sick Children. Il y a sept ans, je suis passée à l’hôpital général de North York, qui est un hôpital communautaire. J’ai aussi une pratique privée en pédiatrie à North York.

Je voudrais vous décrire quelques types de troubles et vous expliquer quels sont leurs effets sur la vie des jeunes touchés, sur leurs familles et sur la société canadienne en général.

Beaucoup d’entre nous savent que les trois premières années de la vie représentent un stade de développement critique, mais plus rares sont ceux qui comprennent qu’il y a un deuxième stade de développement critique et crucial qui est tout aussi important pour pouvoir fonctionner de manière indépendante et productive en tant qu’individu dans un régime démocratique.

C’est pendant l’adolescence que nous avons d’énormes tâches à accomplir pour notre développement psychosocial et physique, des tâches qui définissent ce que nous serons comme adultes, des tâches qui consistent par exemple à accepter nos forces et nos faiblesses, à accepter notre corps, à former des relations de cohésion avec les gens de l’extérieur de notre famille, par exemple avec les groupes de pairs, et à nous séparer de notre famille.

Quand nous n’arrivons pas à remplir ces tâches, nous cessons de progresser vers l’âge adulte. La maladie mentale ralentit inexorablement ce progrès. Dans bien des cas, elle le stoppe complètement.

Comme vous le verrez, il y a énormément d’adolescents qui sont touchés par la maladie mentale, il y en a peu dont les problèmes sont diagnostiqués et il y en a encore moins qui reçoivent un traitement, même après un diagnostic. Or, les données récentes en neurophysiologie nous disent qu’à ce stade-là, le cerveau est encore flexible et conserve une certaine plasticité.

Les gains réalisés grâce à un traitement entrepris à ce stade-là devraient donc être encore plus grands que si le traitement est entrepris plus tard. Pourtant, notre système de soins de santé est très loin de fournir des traitements en santé mentale satisfaisants pour les enfants et les adolescents. Et, chose encore plus inquiétante, ces traitements ne sont pas aussi équitables et aussi accessibles que le prescrit la Loi canadienne sur la santé. C’est un gaspillage de potentiel.

As might be expected in this area, all the incidence figures I will note are underestimates. I suspect that each one of you will be familiar in some way with the children and youth that I hope to describe.

About 5 per cent of our young people suffer from a condition pediatricians recognize as a huge mental health problem: ADD, ADHD and learning disabilities. As many of these children are bright, they can successfully go through the first six to eight grades masking their difficulties, and then comes junior high, high school and rotations and things begin to fall apart.

Many teens who have not been identified as having ADD or ADHD now begin to fail. They fail at a time when, for many, they feel that their bodies are also failing them. They are not strong enough, thin enough or definitely not tall enough. The pressures are enormous. Poor social skills, which go along with this condition, now cause rejection and peer conflicts. How can a failing, "dummy" teen with poor social skills, which is what untreated ADHD looks like, form the peer group we talked about as one of the essential tasks of adolescence? He cannot. Self-esteem issues arise. This is directly related to acting out, bullying and problems with the law.

There is a rumour that if you give these children stimulants, they have a tendency to go on to substance abuse. Just the opposite is true. Untreated ADHD kids show a significant increase in drug abuse. Finally, it causes early school leaving.

Continuous failure does not lend itself to high school completion. We need to find and investigate those students who drop out, not just say, "Good riddance to these bad actors and actresses." We need to have funding and a system in place to test them to find out why they are leaving. These youths may have disorders that, if treated, can lead them to success, even in school.

Anxiety disorders include separation anxiety, performance anxiety and social anxiety, and also have a huge impact on people transforming into adults.

Society is so phobic about mental illness that we excuse this as especially shy behaviour. In some cases it is, but in five per cent it is called "anxiety disorder." These children manage to hide their way into adolescence, with parents talking for them all the way. Then I see them with Sunday night headaches, Monday morning stomach aches, fainting and dizzy spells, chest pains and shortness of breath. They cannot go to school, certainly could not do well on exams, will not go out with peers and cannot begin to think

Comme on pouvait s'y attendre dans ce domaine, tous les chiffres que je vais vous donner sur l'incidence des problèmes sont des sous-estimations. Je soupçonne que vous connaissez tous de près ou de loin la situation des enfants et des adolescents que je veux vous décrire.

Environ 5 p. 100 de nos jeunes souffrent d'un problème que les pédiatres considèrent comme un énorme problème de santé mentale: le trouble déficitaire de l'attention, ou TDA, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, ou THADA, et les difficultés d'apprentissage. Comme beaucoup de ces enfants sont brillants, ils réussissent à masquer leurs difficultés jusqu'à la sixième ou la huitième année, mais les choses commencent à se détériorer quand ils entrent à l'école secondaire, avec son régime de rotations.

De nombreux adolescents chez qui le TDA ou le THADA n'a pas été diagnostiqué commencent alors à accumuler les échecs, justement à un moment où beaucoup d'entre eux ont aussi l'impression que leur corps les trahit. Ils ne sont pas assez forts, pas assez minces et certainement pas assez grands. Les pressions sont énormes. Les faibles aptitudes sociales associées à ce problème entraînent des rejets et des conflits avec les pairs. Comment un adolescent «idiot», qui a de mauvaises notes et des aptitudes sociales déficientes — puisque c'est à cela que ressemblent les jeunes chez qui le THADA n'est pas traité —, peut-il se constituer un groupe de pairs, ce qui, comme nous l'avons déjà dit, est une des tâches essentielles de l'adolescence? Il en est incapable. Cela crée des problèmes d'estime de soi, qui sont directement liés aux problèmes de comportement et d'intimidation et aux démêlés avec la loi.

Il y a une rumeur selon laquelle, si on donne des stimulants à ces enfants, ils ont tendance à consommer ensuite de l'alcool et d'autres drogues. Mais c'est tout le contraire. C'est beaucoup plus courant chez les jeunes qui ont un THADA non traité. Et finalement, c'est une cause de décrochage.

Les jeunes qui échouent constamment n'ont pas tendance à terminer leurs études secondaires. Nous devons trouver ces élèves qui décrochent et examiner leur cas, plutôt que de dire simplement: «Bon débarras si ces mauvais élèves sont partis!» Nous devons avoir du financement et un système en place pour leur faire passer des tests afin de savoir pourquoi ils s'en vont. Ces jeunes ont peut-être des troubles qui, s'ils étaient traités, ne les empêcheraient pas de réussir, même à l'école.

Les troubles anxieux comprennent par ailleurs l'angoisse de la séparation, l'angoisse du rendement et l'anxiété sociale, et ils ont aussi d'énormes conséquences sur le passage de l'enfance à l'âge adulte.

La société a tellement la phobie de la maladie mentale que nous prenons ces comportements pour des marques de timidité. C'est vrai dans certains cas, mais dans 5 p. 100 des cas, il s'agit de ce qu'on appelle des «troubles anxieux». Ces enfants-là réussissent à dissimuler leur état jusqu'à l'adolescence, parce que leurs parents font tout pour eux. Puis, ils ont des maux de tête le dimanche soir, des maux d'estomac le lundi matin, ils ont des étourdissements et des évanouissements, des douleurs à la poitrine et le souffle court.

about separating from their parents. Remember, these are all the things teens must do to step forward into adulthood. Instead, they are crawling backward to avoid exposure.

They know they should be doing more, they want to do more and they get angry. They are irritable and are often labelled not as “sick” but “difficult kids.” They just do not want to go to school. They will do anything to avoid going out into a world that is so terrifying to them. They even subject themselves to physical pain as their bodies bear the brunt of anxiety. This leads to an enormous cost to our health care system as millions of dollars are spent in looking for the cause of their symptoms.

I rarely see a teen suffering from anxiety who does not arrive on my doorstep, usually Monday morning, with boxes full of blood tests, CAT scans and X-ray exams. Anxiety does not go away if left untreated. These same individuals become anxious, even agoraphobic, adults. How can these scared teens who did not accomplish any of their tasks possibly be productive and fulfil their potential?

Again, these teens are just not diagnosed. It is easy to call them “slackers” or “manipulative.” Many turn to self-medication to relax. We see here the co-morbidity of use of alcohol and marijuana that comes into play.

We have treatments and they work, but we have to make the diagnosis first. When our schools see a teen with a large number of absences, maybe they need to think about having a professional other than a probation officer go to see what is happening.

Finally, I wish to talk about adolescent depression. We have good evidence that about 5 to 10 per cent of Canadian adolescents suffer from major clinical depression.

Many of us have had experience with the pain and isolation of a depression following a personal loss. Imagine if this pain lasts for many months. Imagine the isolation, the lack of ability to concentrate, the lack of ability to socialize or to hope, and imagine that for a youth this takes place at a critical physiologic time when those things are more than essential; they are life promoting.

How do we miss this disorder? Again, we say it is a mood, they are bored, they are loners. Kids just do not get mental illness, you see. The result of untreated depression is as tragic as untreated ADHD. It is a life stopped, unfulfilled. Attempts at self-medication occur here too. We see pot, alcohol and, in depression, sometimes even cocaine.

Ils ne peuvent pas aller à l'école, et ils ne pourraient certainement pas réussir leurs examens; ils ne sortent pas avec leurs pairs et ne peuvent pas imaginer se séparer de leurs parents. Il ne faut pas oublier que ce sont toutes des choses que les adolescents doivent faire pour devenir adultes. Mais, au contraire, ils se replient sur eux-mêmes et régressent pour éviter de prendre des risques.

Ils savent qu'ils devraient en faire plus, ils veulent en faire plus et ils se fâchent. Ils sont irritables, et on les considère souvent comme des enfants «difficiles» plutôt que comme des enfants «malades». Ils ne veulent tout simplement pas aller à l'école. Ils font tout ce qu'ils peuvent pour éviter de sortir dans un monde qui les terrifie complètement. Ils s'infligent même parfois de la douleur physique parce que leur corps subit le contrecoup de leur anxiété. Cela entraîne des coûts énormes pour notre système de soins de santé, puisqu'il faut dépenser des millions de dollars pour découvrir les causes de leurs symptômes.

Je vois très souvent des adolescents souffrant d'anxiété arriver à ma porte, habituellement le lundi matin, avec tout un arsenal d'analyses sanguines, d'examen TDM et de radiographies. L'anxiété ne s'en va pas si elle n'est pas traitée. Ces jeunes-là deviennent des adultes anxieux, et même agoraphobes. Comment ces adolescents terrifiés qui n'ont accompli aucune des tâches à accomplir pourraient-ils devenir productifs et réaliser leur potentiel?

Encore une fois, les problèmes de ces adolescents ne sont tout simplement pas diagnostiqués. Il est facile de les traiter de «tire-au-flanc» et de «manipulateurs». Beaucoup se tournent vers l'automédication pour se détendre. Et c'est là qu'entre en jeu la comorbidité de la consommation d'alcool et de marijuana.

Nous avons des traitements, et ils fonctionnent, mais nous devons d'abord faire le bon diagnostic. Quand nos écoles se rendent compte qu'un adolescent est souvent absent, elles devraient peut-être songer à demander à un professionnel autre qu'un agent de probation d'aller voir ce qui se passe.

Pour finir, je voudrais vous parler de la dépression chez les adolescents. Nous avons de bonnes raisons de croire qu'environ 5 à 10 p. 100 des adolescents canadiens souffrent de dépression clinique majeure.

Beaucoup d'entre nous ont connu la souffrance et l'isolement qu'engendre la dépression à la suite d'une perte personnelle. Imaginez si cette souffrance dure des mois. Imaginez l'isolement, l'incapacité de se concentrer, l'incapacité de socialiser ou d'espérer, et n'oubliez pas que, pour un jeune, cela se produit à un moment critique sur le plan physiologique, quand ces choses sont plus qu'essentielles: elles sont source de vie.

Comment se fait-il que cette maladie ne soit pas diagnostiquée? Encore là, nous disons qu'ils s'ennuient, que ce sont des solitaires. Les enfants ne font tout simplement pas de maladies mentales, voyez-vous. Mais le résultat de la dépression non traitée est aussi tragique que celui d'un THADA non traité. C'est une vie interrompue, un épanouissement raté. Il y a là aussi des tentatives d'automédication. Nous voyons certains de ces jeunes prendre du pot, de l'alcool et, dans les cas de dépression, parfois même de la cocaïne.

There is one more thing about depression that you need to know. Depression is the leading precipitating factor associated with suicide. Some say that suicide is the second most common cause of adolescent mortality in Canada, after motor vehicle accidents. It is a statistic that puts Canada among the First World countries with the highest teen suicide rates, even higher than the U.S. I say that some say it is the second most common cause because, after years of working with adolescents, I know that some depressed teens get drunk, get into a car and kill themselves, and that is recorded as an MVA, not as a suicide.

I would like to tell you, finally, that nowhere is the two-tier system of health care as alive and well as in the area of pediatric mental health. I will explain. First, there are definitely not enough pediatricians, and even fewer pediatric psychiatrists, to make these diagnoses early. Many areas in Canada are without these professionals altogether, so where you live counts.

Having said that, there are professionals who can help make the diagnosis and treat these illnesses, but only if you have money, and lots of it. The waiting list to get the public school system or a community mental health centre to diagnose ADHD in Toronto today is 18 months — that is two full school years. That is if you do not have money. If you happen to have \$2,000, I can get you a psychologist within a week or two who will make a diagnosis and, if necessary, lay out for the school an extensive program to help your child succeed. Most employer-run insurance programs cover an average of only \$300 for psychology. Most public programs cover zero.

In addition, having money counts in getting treatment for the other mental disorders I talked about. Presently, there are effective drugs for anxiety and depression. It is an important aside that in pediatric mental health, these drugs have never been tested in children and youth. We need federal incentives for pharmaceutical companies to run drug testing for children and youth.

Let us go back to the two-tier system. Anxiety and depression are lifelong conditions. As a pediatrician, to start someone on a drug that they may need to use for 50 or 60 years is really frightening. However, there is an alternative, but often, again, only if you have money. There are specific counselling therapies — Dr. Waddell mentioned cognitive behavioural therapy — that treat anxiety and depression as successfully as drugs, but currently, the majority of professionals who offer this therapy are uninsured by most provincial health plans. There are trained, regulated professionals that, if society's will was there, could treat many of our children and youth. I do not hesitate to say that if we had more treatment options, physicians would make these diagnoses earlier, preventing, in some cases, the adolescent

Il y a encore une chose que vous devez savoir au sujet de la dépression. La dépression est le principal facteur déclencheur associé au suicide. Il y a des gens qui disent que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents au Canada, après les accidents d'automobile. C'est une statistique qui place le Canada parmi les pays industrialisés où le taux de suicide chez les adolescents est le plus élevé, plus élevé même qu'aux États-Unis. Si je dis qu'il y a des gens qui disent que c'est la deuxième cause de mortalité, c'est parce que je sais, après avoir travaillé auprès des adolescents pendant des années, qu'il arrive parfois que des adolescents déprimés se saoulent, prennent le volant d'une automobile et se tuent, ce qui est considéré comme un accident d'automobile et non comme un suicide.

Je voudrais vous dire, pour terminer, que le système de santé à deux vitesses n'est nulle part aussi visible que dans le domaine de la santé mentale des enfants. Je m'explique. Premièrement, il n'y a certainement pas assez de pédiatres, et encore moins de pédopsychiatres, pour poser les diagnostics nécessaires de bonne heure. Dans bien des régions du Canada, il n'y a aucun de ces professionnels; donc, l'endroit où on vit a son importance.

Cela dit, il y a des professionnels qui peuvent aider à poser un diagnostic et à traiter ces maladies, mais seulement si vous avez de l'argent — beaucoup d'argent. La liste d'attente pour obtenir un diagnostic de THADA dans le système scolaire public ou dans un centre communautaire de santé mentale, à Toronto, est actuellement de 18 mois, ce qui fait deux années scolaires complètes. Voilà ce qui se passe si vous n'avez pas d'argent. Mais si vous avez 2 000 \$, je peux vous trouver un psychologue qui va vous faire un diagnostic dans une semaine ou deux et qui va, au besoin, établir pour l'école un programme complet afin d'aider votre enfant à réussir. La plupart des régimes d'assurance des employeurs ne couvrent en moyenne que 300 \$ pour les soins psychologiques. Et la plupart des programmes publics ne couvrent absolument rien.

Le fait d'avoir de l'argent compte aussi pour obtenir un traitement pour d'autres troubles mentaux dont je vous ai parlé. Il existe des médicaments efficaces contre l'anxiété et la dépression. Mais il est important de noter que les effets de ces médicaments sur les enfants et les adolescents n'ont jamais été testés. Le gouvernement fédéral doit inciter les compagnies pharmaceutiques à le faire.

Revenons au système à deux vitesses. L'anxiété et la dépression sont des problèmes qui durent toute une vie. En tant que pédiatre, j'ai toujours peur de commencer à prescrire à quelqu'un un médicament qu'il devra peut-être prendre pendant 50 ou 60 ans. Il y a des thérapies de counselling spécifiques — la Dre Waddell a mentionné la thérapie cognitive du comportement — qui permettent de traiter l'anxiété et la dépression aussi efficacement que les médicaments, mais à l'heure actuelle, les professionnels qui offrent cette thérapie ne sont généralement pas couverts par la plupart des régimes d'assurance-maladie provinciaux. Ce sont des professionnels qualifiés et réglementés qui pourraient, si la société le voulait vraiment, traiter beaucoup de nos enfants et de nos adolescents. Je n'hésite pas à dire que, si nous avions plus

consequences of isolation, delinquent behaviour, substance abuse and, most seriously, failure to progress to meet adult potential.

In closing, there are a few things we really need to do. Some are my tasks, and I hope some you will take on, as you already have, as your tasks. Medicine needs to continue teaching its students that children and youth get mental illnesses, and to recognize them. We need to create a seamless system of care for these children, youth and their families so they do not have to renew and change services as the children age. Currently, the treatment approaches are so fragmented that they may actually end in the middle of the school year. We need to encourage more physicians to enter the area of pediatric mental health. In truth, remuneration in this area does not begin to cover the hours spent on the phone communicating with others involved with this child or youth. Special funding should be available for diagnosing and treating these conditions.

Medicine needs to share its knowledge with the judicial profession so they can reach out and help these kids, many of whom come before the courts. We need to rethink the issue of adolescent substance abuse, not as a problem, but that it may be a teen's own solution to a mental health problem, and we have not picked it up. Here again, do not forget to look at our youth who are in detention facilities. Treatment, not punishment, may be appropriate in some circumstances.

As leaders in our society, we need to teach Canadians that mental illness is just that, a disease, probably with genetic, environmental and chemical origins, and that children and teens suffer from these disorders. We need a full-scale public health education campaign. We have to unchain society's thinking about mental illness in children. We need to fund special educational programs that address ADHD and learning disabilities and that are available to all socio-economic groups. Society needs to organize and fund programs to screen teens who are failing or leaving school early and pick up those with treatable mental illness.

We need federal incentives for pharmaceutical companies to run drug trials on children and youth to increase the safety and efficacy in these treatments. We need to expand health care in Canada to meet the WHO definition of health and extend special coverage to trained, regulated professionals who treat these disorders to make treatment available to all socio-economic

d'options de traitement, les médecins poseraient ces diagnostics plus tôt, ce qui permettrait de prévenir chez certains adolescents les conséquences de l'isolement, des comportements délinquants, de la consommation d'alcool et d'autres drogues et, ce qui est plus grave encore, l'incapacité de progresser pour réaliser leur potentiel une fois adultes.

En conclusion, il y a des choses que nous devons absolument faire. Certaines font partie de mes tâches, et j'espère que vous accepterez de vous charger de certaines autres, comme vous le faites déjà. Il faut continuer à enseigner aux étudiants en médecine que les enfants et les adolescents peuvent souffrir de maladies mentales, et leur apprendre à reconnaître ces maladies. Il faut créer un système de soins harmonisés pour ces enfants, ces adolescents et leurs familles, pour éviter qu'ils aient à trouver constamment de nouveaux services à mesure que les enfants grandissent. À l'heure actuelle, les approches de traitement sont tellement fragmentées qu'elles peuvent même prendre fin au milieu de l'année scolaire. Il faut encourager plus de médecins à se lancer dans le domaine de la santé mentale des enfants. À la vérité, la rémunération dans ce domaine est loin de couvrir les heures passées au téléphone avec les autres personnes qui s'occupent des enfants et des adolescents traités. Il faut aussi prévoir des fonds spéciaux pour le diagnostic et le traitement de ces maladies.

Les médecins doivent également partager leurs connaissances avec les membres de l'appareil judiciaire pour pouvoir rejoindre et aider les jeunes touchés, dont beaucoup se retrouvent devant les tribunaux. Nous devons repenser la question de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents, pas en la voyant comme un problème, mais en tenant compte du fait que c'est parfois la solution que les adolescents trouvent eux-mêmes à un problème de santé mentale que nous n'avons pas détecté. Encore là, il ne faut pas oublier les jeunes qui se trouvent dans les établissements de détention. Un traitement, plutôt qu'un châtiement, pourrait être approprié dans certaines circonstances.

En tant que chefs de file de notre société, nous devons montrer aux Canadiens que la maladie mentale est justement cela, une maladie, qui a probablement des origines génétiques, environnementales et chimiques, et qu'il y a des enfants et des adolescents qui en souffrent. Nous avons besoin d'une grande campagne de sensibilisation à la santé publique. Nous devons faire éclater les idées reçues sur la maladie mentale chez les enfants. Nous devons financer des programmes de sensibilisation particuliers sur le THADA et les difficultés d'apprentissage, à l'intention de tous les groupes socio-économiques. La société doit organiser et financer des programmes de dépistage des enfants qui échouent ou qui quittent l'école de bonne heure, afin de ramasser ceux qui ont une maladie mentale traitable.

Nous avons besoin de mesures incitatives fédérales pour pousser les compagnies pharmaceutiques à tester l'effet de leurs médicaments sur les enfants et les adolescents afin d'augmenter la sûreté et l'efficacité de ces traitements. Nous devons élargir les soins de santé au Canada pour répondre à la définition de la santé proposée par l'OMS et accorder une couverture spéciale aux

groups in all parts of Canada. We need to recognize pediatric mental health problems as a national priority and fund research in this area.

If we do not do these things, we leave these families to fend for themselves, and these families and kids often choose isolation, withdrawal, self-medication and even death, over living with the pain of mental illness. They are often lost to society, making Canada the big loser.

Every witness who has appeared before us has talked about the extreme fragmentation of treatment. There are essentially a series of silos and the patient gets kicked from one to the other or may get stuck in one silo. I recognize that you can never just import someone else's model, but is there anywhere in the world that does this significantly better than we do, or is children's mental health a universal problem?

Dr. Waddell: As best as we can tell, it looks like we are not doing a particularly bad job compared to other countries. We have not found anywhere an obvious model that does a good job on this fragmentation issue. It appears that issues with children's mental health, partly due to the reasons to which many of the other speakers have alluded, are complex. They involve multi-causal kinds of situations and many different kinds of people do and should get involved. Early childhood educators, teachers and physicians are just a small part of the equation.

We are not necessarily doing a bad job compared to others. Everyone is sharing many of these problems.

Dr. Davidson: I think Dr. Waddell is better positioned to make this comment because she lives there, but British Columbia attempted to pull it all together into one ministry. However, my understanding was that the people associated with health, particularly the physicians, did not engage with that one ministry. An initiative was attempted, but I am not sure that it has worked that well and I would be interested in hearing Dr. Waddell on that.

Dr. Waddell: In the mid 1990s, British Columbia made a policy decision based on reacting to an acute child protection situation, specifically, the death of a child who was in the care of the ministry responsible for child protection at that time. The ministry took note of the severe fragmentation issue and attempted to pull all children's services into one ministry. There were some difficulties in doing that, however. For instance, hospital services, and specifically physicians' clinical billing services, were not ever fully able to join that one ministry.

professionnels qualifiés et réglementés qui traitent ces maladies afin que les traitements soient accessibles à tous les groupes socio-économiques, dans toutes les régions du Canada. Nous devons reconnaître que les problèmes de santé mentale chez les enfants constituent une priorité nationale et financer la recherche dans ce domaine.

Autrement, nous laissons les familles se débrouiller toutes seules, et ces familles et ces enfants choisissent souvent l'isolement, le retrait, l'automédication et même la mort plutôt que de vivre avec la souffrance de la maladie mentale. Ces gens-là sont souvent perdus pour la société, et c'est le Canada qui y perd le plus.

Tous les témoins qui ont comparu devant nous ont mentionné l'extrême fragmentation des services de traitement. Il y a essentiellement une série de compartiments, et les malades sont envoyés d'un compartiment à l'autre, quand ils ne sont pas coincés dans un d'entre eux. Je reconnais qu'il est impossible d'importer tout simplement le modèle de quelqu'un d'autre, mais est-ce qu'il y a des endroits dans le monde où on obtient des résultats nettement meilleurs qu'ici, ou est-ce que le problème de la santé mentale des enfants est un problème universel?

Dre Waddell: D'après ce que nous pouvons constater, je n'ai pas l'impression que nous réussissons particulièrement mal comparativement à d'autres pays. Nous n'avons trouvé nulle part de modèle qui serait manifestement efficace pour régler cette question de la fragmentation. Il est évident que les problèmes relatifs à la santé mentale des enfants sont complexes, en partie à cause des raisons auxquelles beaucoup d'autres témoins ont fait allusion. Ils recouvrent des situations qui peuvent avoir de multiples causes, et il y a toutes sortes de personnes différentes qui interviennent ou qui devraient intervenir. Les spécialistes en éducation préscolaire, les enseignants et les médecins ne sont qu'une petite partie de l'équation.

Nous ne réussissons pas nécessairement plus mal que les autres. Tout le monde connaît à peu près les mêmes problèmes.

Dr Davidson: La Dre Waddell serait probablement mieux placée que moi pour vous en parler parce qu'elle vit là-bas, mais le gouvernement de la Colombie-Britannique a essayé de regrouper tout cela dans un seul ministère. Cependant, d'après ce que j'ai entendu dire, les gens qui s'occupaient de santé, et en particulier les médecins, n'avaient pas de liens avec ce ministère. Il y a eu une initiative en ce sens, mais je ne suis pas certain qu'elle ait très bien fonctionné et j'aimerais entendre ce que la Dre Waddell a à dire à ce sujet-là.

Dre Waddell: Au milieu des années 90, la Colombie-Britannique a pris une décision en réaction à une situation de crise dans le domaine de la protection de l'enfance, à la suite du décès d'un enfant qui avait été confié au ministère responsable de la protection de l'enfance à cette époque-là. Le ministère avait pris bonne note du grave problème de fragmentation et avait tenté de regrouper tous les services à l'enfance dans un seul ministère. Mais cela n'a pas été facile. Par exemple, les services hospitaliers, et plus particulièrement ceux qui s'occupent de la facturation des services cliniques dispensés par les médecins, n'ont jamais pu être intégrés complètement à ce ministère.

Obviously, the school system was a huge player and needed to retain its own separate ministry.

Children's mental health services per se were carried on in the new ministry. It is now the Ministry for Children and Family Development. Those services have continued to struggle. This issue today commands a much larger mandate in the ministry, which also includes child protection. Child protection budgets by far take the greatest chunk of the total resources available.

People in our province have talked about a solution — sending children's mental health issues back to the health ministry, where public health services are also housed. However, when children's mental health was located in that ministry, there were serious difficulties with its being overshadowed by adult mental health — again, a much larger program — and by acute care services, hospital programs and other larger, more dominant programs.

In British Columbia we have a new children's mental health plan, because we recognize that solution has not been terribly effective. Now we will attempt to create a children's network, starting with a joint committee involving the most significant people from the children's ministry and from the health ministry. We recognize that things like doctor and hospital services will likely never move out of the Department of Health and education will have its own ministry, but we wanted a high-level coordinating body that reports to each of the ministers in the key ministries.

We are just embarking on this experiment and are in the process of setting up the high-level network. We are aware of experiments in other provinces. Manitoba and Ontario have tried different configurations. We still need a more unified approach across the country. We hope that mandating a group to report directly to the ministers involved will make people realize that, although it is never possible to bring everything under one roof, we can do much better.

Senator Morin: Thank you to all four witnesses. Their message is outstanding and impressive.

Dr. Waddell made a strong statement. I hope it will be part of our report eventually: Mental health problems constitute the most important group of health problems that Canadian children currently face.

I would have stated infectious disease or some other condition, so that is a really impressive statement.

All four witnesses have come up with a number of recommendations. What can be done at the federal or national level? I realize that much of what you are doing is provincially

Évidemment, le système scolaire était un intervenant extrêmement important et devait conserver son propre ministère.

Les services de santé mentale pour enfants en tant que tels relevaient de ce nouveau ministère, qui s'appelle aujourd'hui ministère du Développement de l'enfance et de la famille. Ces services demeurent précaires. Cette question occupe aujourd'hui une bien plus grande part du mandat du ministère, qui inclut également la protection de l'enfance. Or, les budgets de protection de l'enfance accaparent, et de loin, la majeure partie des ressources disponibles.

Les gens de notre province ont envisagé comme solution de renvoyer le dossier touchant la santé mentale des enfants au ministère de la Santé, qui est également responsable des services de santé publique. Mais quand les services de santé mentale pour enfants relevaient de ce ministère, il y avait de sérieux problèmes parce qu'ils étaient relégués dans l'ombre des services de santé mentale pour adultes — qui constituent encore une fois un programme beaucoup plus vaste —, des services de soins actifs, des programmes de soins hospitaliers et des autres programmes plus importants et prédominants.

Nous avons en Colombie-Britannique un nouveau plan d'action sur la santé mentale des enfants parce que nous reconnaissons que cette solution n'a pas été terriblement efficace. Nous allons maintenant essayer de créer un réseau de services pour enfants, à commencer par un comité mixte réunissant la plupart des gens importants du ministère de l'Enfance et du ministère de la Santé. Nous reconnaissons que les éléments comme les services médicaux et hospitaliers ne sortiront probablement jamais du ministère de la Santé et que l'éducation va garder son propre ministère, mais nous voulions un organe de coordination de haut niveau relevant de chacun des ministres responsables des ministères clés.

Nous venons tout juste de lancer cette expérience et nous sommes en train de mettre en place ce réseau de haut niveau. Nous sommes au courant des expériences tentées dans d'autres provinces. Le Manitoba et l'Ontario ont essayé des configurations différentes. Nous avons besoin d'une approche plus unifiée pour l'ensemble du pays. Nous espérons qu'en constituant un groupe relevant directement des ministres compétents, nous aiderons les gens à comprendre que, même s'il n'est jamais possible de tout regrouper sous un même toit, nous pouvons faire beaucoup mieux.

Le sénateur Morin: Merci à nos quatre témoins. Leur message est remarquable et impressionnant.

La Dre Waddell a présenté un exposé convaincant. J'espère qu'il sera intégré à notre rapport. Les problèmes de santé mentale représentent la catégorie la plus importante de problèmes de santé auxquels font face actuellement les enfants canadiens.

Le tableau est vraiment impressionnant, parce que j'aurais pensé que c'était les maladies infectieuses ou d'autres problèmes de santé.

Nos quatre témoins ont présenté des recommandations. Que pouvons-nous faire au niveau fédéral ou national? Je comprends que la plupart des initiatives que vous prenez s'appliquent à

based. For example, Dr. Waddell did mention research, the establishment of evidence-based guidelines, mental health indicators, information systems and so forth. What can be done at the federal or national level? When I say “national,” I mean an interprovincial, federal type of body.

Dr. Waddell: That is an important topic to open up. There are a couple of federal or national initiatives that could be helpful in the short term to set the stage. Co-monitoring is an important motivator. That is a dry term, but we are really talking about things like having a national information system that lets everyone know how they are doing in comparison to other provinces or other regions. It can allow them to see how they are doing compared to a basic set of agreed-upon child-health indicators.

We already have national agencies such as the Canadian Institute for Health Information that have been mandated and set up specifically to look at information and outcome-monitoring data on the health of all Canadians. Children’s mental health could be included among the things that those agencies examine.

The federal or national level could also help by setting up some kind of national presence to bring together provincial and regional leaders. There used to be federal-provincial-territorial working committees on children’s mental health. Those committees still exist for adult mental health problems. Reconstituting a children’s mental health committee could raise the profile and draw in some of the helpful stakeholder groups, like parents’ groups.

The federal government can also help with the research agenda and with systematic knowledge dissemination. Evidence-based practice, for instance, is attempted in many areas on a discipline-by-discipline basis. Psychologists have their own practice parameters; psychiatrists have theirs. At the federal or national level, systematic dissemination of knowledge about evidence-based practices across disciplines would be helpful. Knowledge development and dissemination and then monitoring of the overall system are helpful starting points.

Dr. Sacks: We are still operating in crisis mode in child and pediatric mental health. We really do operate at that level on a child-by-child, team-by-team basis. Perhaps I should not refer to a program that is not fully implemented yet, but I wonder if we do not need something similar to a national immunization program in this area to catch these kids early before they get sick.

In fact, if any of our programs are successful, it is some of our prevention programs. They can catch these children before they get clinically sick and stop functioning.

l’échelle provinciale. Par exemple, la Dre Waddell a mentionné la recherche, l’établissement de lignes directrices fondées sur l’expérience clinique, les indicateurs de santé mentale, les systèmes d’information, et cetera. Que peut-on faire au niveau fédéral ou national? Quand je dis «national», je pense à un organe de type interprovincial ou fédéral.

Dre Waddell: C’est un sujet qu’il est important d’examiner. Certaines initiatives fédérales ou nationales pourraient être utiles à court terme pour préparer le terrain. La surveillance conjointe est un élément important sur le plan de la motivation. L’expression peut paraître théorique, mais il s’agit vraiment de mesures telles qu’un système d’information national qui permet à tous les intervenants de comparer leur situation par rapport à celle des autres provinces ou régions. Cela leur permet de comparer leur situation par rapport à un ensemble de base d’indicateurs convenus de la santé infantile.

Nous avons déjà des organismes nationaux tels que l’Institut canadien d’information sur la santé qui a été créé précédemment dans le but d’examiner les renseignements et les résultats et données de surveillance concernant la santé de l’ensemble des Canadiens. Il serait possible d’inclure la santé mentale infantile au nombre des éléments que ces organismes doivent examiner.

Les organismes fédéraux ou nationaux pourraient également établir une sorte de présence nationale en vue de réunir les dirigeants provinciaux et régionaux. Il y avait autrefois des comités de travail fédéraux-provinciaux-territoriaux chargés de la santé mentale infantile. Ces comités existent toujours pour examiner les problèmes de santé mentale des adultes. Le rétablissement des comités de santé mentale infantile permettrait de hausser le profil et d’attirer des groupes d’intervenants utiles comme des groupes de parents.

Le gouvernement fédéral peut aussi faire sa part par l’intermédiaire de son programme de recherche et par la diffusion systématique des connaissances. Par exemple, la médecine fondée sur l’expérience clinique se pratique dans de nombreux secteurs, discipline par discipline. Les psychologues ont leurs propres paramètres de pratique; les psychiatres ont aussi les leurs. Au niveau fédéral ou national, la diffusion systématique des connaissances sur les pratiques fondées sur l’expérience clinique dans toutes les disciplines serait utile. L’élaboration et la diffusion des connaissances, puis la surveillance du système global sont de bons points de départ.

Dre Sacks: Dans le domaine de la santé mentale infantile et pédiatrique, nous continuons à fonctionner selon un modèle de crise. Nous fonctionnons au cas par cas, équipe par équipe. Je ne devrais peut-être pas me référer à un programme qui n’est pas totalement mis en oeuvre, mais je me demande si nous ne devrions pas disposer d’un programme semblable à notre programme national d’immunisation dans ce domaine, afin de repérer les enfants avant qu’ils ne soient malades.

En fait, c’est dans nos programmes de prévention que nous obtenons un certain succès. Ils peuvent repérer les enfants à risque avant qu’ils ne tombent malades et cessent de fonctionner.

I wonder why we cannot fund research to find a tool like the little immunization cards that kids must have when they start school. We could have a set of questions to ask the family when those cards are issued. That will not pick up everyone, but it could pick up the high-risk kids. We know that one of the highest indicators of depression in teens and children is having a parent with a mood disorder, so let's ask.

First, we need a public information campaign so that no one is embarrassed to say "yes." We can also ask if there has been a loss or a death in the family. Is there anyone in the family who dropped out of school early? Somehow we need to pick up which kids are high-risk. We will not necessarily take them out of the class and treat them; however, where it is indicated, we can institute programs like cognitive behavioural therapy, which really does work without drugs for many of these kids early on. Give them social skills so that they are not isolated, so that they do not become victims. We know that some bullied kids respond in certain ways because they do not have social skills or because they already have an anxiety disorder.

That is a key place to identify young children with problems, but we must start by educating the public that it is okay, that this is a disease.

Dr. Davidson: I agree with what has already been said. I should mention that dirty "s" word, stigma. Stigma is one thing that kills our efforts as we try to move forward. Raising the profile of mental health and mental illness, as this committee is doing, is extremely important. We must address the stigma of mental illness so that sufferers feel comfortable in seeking out help at an early stage.

Dr. Waddell mentioned the program in Australia that addresses anxiety disorders from a universal perspective by including training in the school curriculum. That is a very good example of something that we could do better. In other words, we need universal programming.

When we go to school, there are many compulsory credit courses. One thing that most of us do as adults without taking any compulsory course is parenting. If we could enhance our skill sets as parents, perhaps that would be helpful.

Senator Cordy: Your advice, Dr. Sacks, about providing schools with information is extremely important. I was an elementary school teacher and taught primary grades for a number of years. The public has to be made aware. We need an education program.

I also found that sometimes, a couple of weeks after the school year started, particularly in grade primary, you would phone the parents and say that you noticed such and such a behaviour in

Je me demande pourquoi nous ne pourrions pas financer la recherche pour mettre au point un outil comme les petites cartes d'immunisation que les enfants doivent avoir pour s'inscrire à l'école. On pourrait établir un ensemble de questions à poser aux familles au moment de la délivrance de ces cartes. Cela ne pointerait personne mais permettrait de repérer les enfants très vulnérables. Nous savons qu'un des plus grands indicateurs de dépression chez les adolescents et les enfants est la présence d'un parent souffrant d'un trouble de l'humeur. Ce serait le moment d'en prendre note.

Pour commencer, il faut mettre en place une campagne d'information publique pour que personne ne soit gêné de reconnaître un problème. On peut aussi demander s'il y a eu une perte ou un décès dans la famille. Ou si un membre de la famille a décroché très tôt dans ses études. Nous devons nous efforcer de repérer les enfants très vulnérables. Pas nécessairement pour les sortir de l'école afin de les soigner; cependant, dans certains cas, nous pouvons mettre en place des programmes tels que la thérapie cognitivo-comportementale qui donne vraiment d'excellents résultats sans médicament pour bon nombre de ces enfants s'ils sont traités assez tôt. Il faut leur donner les aptitudes sociales nécessaires pour qu'ils ne se sentent pas isolés, pour qu'ils ne deviennent pas des victimes. Je sais que certains enfants malmenés réagissent d'une certaine manière parce qu'ils n'ont pas les aptitudes sociales nécessaires ou parce qu'ils souffrent déjà d'un trouble anxieux.

C'est un endroit important pour repérer les jeunes enfants à problème, mais nous devons commencer par informer le public qu'il n'y a rien de mal à cela, qu'il s'agit d'une maladie.

Dr Davidson: Je partage ce point de vue. Je dois cependant souligner que la stigmatisation est un vilain mot. La stigmatisation anéantit nos efforts visant à améliorer la situation. Il est extrêmement important de parler de la santé et de la maladie mentale, comme le fait votre comité. Nous devons déstigmatiser la maladie mentale afin que les personnes qui en souffrent n'hésitent pas à demander de l'aide dès les premiers symptômes.

La Dre Waddell a parlé du programme australien qui s'intéresse aux troubles anxieux depuis une perspective universelle qui comporte une formation dans le programme scolaire. Voilà un très bon exemple que nous pourrions imiter. En d'autres termes, nous devons implanter un programme universel.

Quand on fait des études, on doit suivre de nombreux cours obligatoires. Or, la plupart d'entre nous n'avons suivi aucun cours pour apprendre l'art d'être parent. Il serait peut-être utile d'améliorer nos compétences de parent.

Le sénateur Cordy: Docteure Sacks, votre proposition d'informer les écoles est extrêmement importante. Pendant plusieurs années, j'ai enseigné au niveau des premières années dans une école élémentaire. Il faut que le public soit informé. Nous avons besoin d'un programme d'information du public.

Au cours de ma carrière, j'ai remarqué que parfois, une semaine ou deux après la rentrée scolaire, surtout dans les petites classes, je devais appeler les parents pour leur dire que j'avais noté

their child and ask for details. Their response would be that the doctors' advice was not to tell the school because they did not want the child to be prejudged.

It is important that medical personnel are also educated in this regard. The information that you have, while you do not want to stand on the street corner broadcasting it, is important to the bodies dealing with the child so they are aware of what can best help.

Dr. Sacks: Absolutely. My first recommendation is to train our medical personnel better. One of the things we need to train them in is in giving "bad news." As a pediatrician, I find it easy to give bad news because I know I will follow it up with, "This is what we are going to do about it." I cannot think of anything in pediatrics where I cannot say, "and this is what we are going to do about it," even when telling the worst kind of news.

We have to be careful. If we get these kids, we then have to ask what we are going to do with them. I think we will get a lot of kids who still have potential. If we give them some skills, they may make it through those critical periods that we are talking about.

You reminded me of something I say when I talk about school programs that I wish existed, and that is, I do not want teachers to become treatment people. What they need to do is teach. When they see children not learning and they say, "Well, I will teach them this way and not this way," and they still do not learn, then we have to find out what else is going on. Maybe it is something at home. Maybe it is something in the child's head.

Certainly that is one of the coordination factors we need to undertake: Education at the medical school level and in the public education system.

Senator Kinsella: It seems to me that one of the most horrific examples of failure in the child mental health delivery model occurs when we have a child suicide. To build on the doctor's observation about stigmatization, is there not much to be inferred from keeping quiet about the real numbers of teenage or child suicides? For example, what are the real numbers in Canada?

Dr. Davidson: About 12 to 13 per 100,000, for males and females. This is 15- to 19-year-olds. It would be lower if we included 0 to 14.

Senator Kinsella: Is that about 50 suicides per day?

Dr. Davidson: No.

Senator Kinsella: How many per day?

Dr. Davidson: I do not know what that translates into.

tel ou tel comportement chez leur enfant et pour leur demander des précisions à ce sujet. Ils me répondaient qu'ils n'avaient pas informé l'école sur l'avis du médecin, afin que l'enfant ne soit pas victime de préjugés.

Il est important de sensibiliser le personnel médical à ce sujet. Il n'est pas question de rendre publiques ces informations, mais il est important que les organismes en contact avec l'enfant soient informés afin de décider quelle est la meilleure façon de lui venir en aide.

Dre Sacks: Ma première recommandation propose une meilleure formation au personnel médical. Par exemple, nous devons les habituer à présenter les «mauvaises nouvelles». Je trouve que c'est facile pour moi, en tant que pédiatre, d'annoncer des mauvaises nouvelles, parce que je sais que je ferai le suivi. Je propose aux parents une façon de remédier au problème. Dans le domaine pédiatrique, je ne connais aucun cas pour lequel je ne peux pas dire: «Voici comment nous allons procéder», même quand je dois annoncer les nouvelles les plus graves.

Nous devons être prudents. Lorsque nous recevons ces enfants, nous devons ensuite réfléchir au traitement que nous allons leur donner. Je pense que le potentiel est important dans le cas de beaucoup d'enfants. Si nous leur donnons la possibilité d'acquérir les aptitudes nécessaires, ils pourront peut-être traverser les périodes critiques dont nous avons parlé.

Vous m'avez rappelé quelque chose que je mentionne quand je parle des programmes scolaires qui devraient exister. Je ne veux pas que les enseignants se transforment en personnel de traitement. Leur rôle est d'enseigner. Quand un de leurs élèves a des troubles d'apprentissage, ils essaient de lui proposer une méthode d'apprentissage adaptée et si cela ne donne toujours pas de bons résultats, il faut examiner la situation de plus près. Il y a peut-être un problème à la maison. L'enfant est peut-être perturbé.

Voilà certainement un des facteurs de coordination auquel nous devons nous intéresser: Information dans les écoles médicales et dans le système d'éducation publique.

Le sénateur Kinsella: Il me semble que le suicide d'un enfant est un des exemples les plus terribles d'échec du système de prestation de soins de santé mentale infantile. Pour poursuivre sur la stigmatisation, n'y a-t-il pas des conséquences à ne pas parler du nombre réel de suicides d'adolescents ou d'enfants? Par exemple, quels sont les chiffres réels au Canada?

Dr Davidson: Environ 12 à 13 pour 100 000 chez les garçons et les filles, chez les adolescents de 15 à 19 ans. Le taux serait plus bas si l'on incluait les jeunes de 0 à 14 ans.

Le sénateur Kinsella: Est-ce que cela représente environ 50 suicides par jour?

Dr Davidson: Oh non!

Le sénateur Kinsella: Alors combien par jour?

Dr Davidson: Je ne sais pas combien cela représente.

Senator Kinsella: Do you agree that we need to shine light on suicide, which is a failure on society's part, and in so doing, put the light on the state of the mental health delivery system in Canada, because here is a real example of where it is broken?

Dr. Sacks: That is the total life lost. With some of the other conditions also, a life is lost.

You are right, we cannot do it on an individual case basis because copycat suicides do exist and we must be careful about that. There is no reason, however, why we should not, as child advocates, make it known that children can become so desperate that this is the only recourse open to them.

The newspapers do not want to hear about it, the media do not want to hear about it. This is not as action-filled as a full-fledged war or something. As I said, we must be careful about using the cases of individuals, but I absolutely agree with you that people do not recognize that this problem truly exists in Canada.

Senator Kinsella: On a different topic, I recall a few years ago how the works of Wolfensberger and the mantra of normalization became the model for a broad and community-based service delivery. My observation — and correct me if I am way off — is that that is a great model provided you have the resources, particularly the professional resources.

Would you comment on that first?

My anecdotal observation is that many of the people we pass on the streets, whether in the wintertime or other times, some of them quite youthful, would probably have been in an institution in other times. Where is the middle ground?

Dr. Davidson: Absolutely, community-based services are a very important way to go. They work particularly for many of the universal, targeted and clinical programs that are more on the mild-to-moderate side of the spectrum. You need to back them up with a safety net, I think, of specialized services that do not work in a fragmented way, but in a continuum with the community-based services. Then, when things are a little better, the individual can go back to the community for service and the specialized service can then deal with other such people.

Dr. Steiger: I wanted to follow up on that comment as well in stressing that the community-based services are certainly essential and a key factor in proper health care delivery. It makes service accessible and non-threatening. These services really do need to be backed up with well-established, ultra-specialized programs. A kind of buzz phrase often used is that it is not good enough to practise what the latest textbook says; we have to be writing the next one. That kind of constant evolution of new practice standards, which comes from and is inspired by ongoing research and a kind of race between research findings and clinical developments that is essential to a creative, vital practice, mainly goes on in specialized clinics.

Le sénateur Kinsella: Ne pensez-vous pas qu'il faudrait parler du suicide, qui est un échec de la part de la société, afin de mettre en relief la situation du système de prestation de soins de santé mentale au Canada car c'est là un exemple frappant de son échec?

Dre Sacks: Le suicide est une perte totale. Dans le cas des autres maladies aussi, la vie est en danger.

Vous avez raison de dire qu'on ne peut pas revenir au cas par cas, parce qu'il y a des épidémies de suicides et nous devons faire bien attention à cela. Cependant, rien ne nous empêche, en tant que défenseurs des enfants, de faire savoir que parfois les enfants sont si désespérés que c'est leur seul recours.

Les journaux et les médias ne veulent pas en entendre parler. Ce n'est pas un sujet aussi excitant qu'une guerre avec tout son arsenal. Comme je l'ai dit, nous devons être très prudents dans l'utilisation des cas individuels, mais je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que l'on ne souligne pas assez que ce problème existe au Canada.

Le sénateur Kinsella: Dans un autre ordre d'idées, je me souviens qu'il y a quelques années, les travaux de Wolfensberger et le mantra de la normalisation étaient devenus le modèle d'une prestation de services universelle et communautaire. Je vous prie de me rectifier si je fais erreur mais j'ai l'impression que c'est un excellent modèle, à condition qu'on y mette les ressources nécessaires et en particulier les ressources professionnelles.

Pouvez-vous me donner d'abord votre opinion à ce sujet?

Je remarque que beaucoup de gens que nous croisons dans la rue, en hiver ou à d'autres moments de l'année — certains sont parfois très jeunes — auraient probablement, à une autre époque, été hébergés dans un établissement de soins. Où est le juste milieu?

Dr Davidson: Vous avez tout à fait raison, les services communautaires sont un outil très important. Ils donnent de bons résultats, en particulier pour les nombreux programmes universels, ciblés et cliniques destinés aux personnes souffrant de troubles légers à modérés. Je crois qu'il faut les doubler d'un filet de protection et de services spécialisés qui ne fonctionnent pas de façon fragmentée, mais en continuité avec les services communautaires. Ainsi, lorsque les choses s'améliorent un peu, le malade peut retourner dans la collectivité pour obtenir des soins et les services spécialisés peuvent venir en aide à de telles personnes.

Dr Steiger: J'aimerais poursuivre là-dessus et souligner que les services communautaires sont vraiment essentiels et un facteur important dans un bon système de soins de santé. Grâce à eux, le service est accessible et non intimidant. Mais il faut que ces services puissent s'appuyer sur des programmes ultraspecialisés et bien établis. On a l'habitude de dire qu'il ne suffit pas de mettre en pratique le manuel le plus récent, mais qu'il faut en rédiger la version suivante. C'est surtout dans les cliniques spécialisées que l'on trouve ce type d'évolution constante des nouvelles normes de pratique qui s'appuient sur les recherches en cours et s'en inspirent, et une sorte de compétition entre les résultats de la recherche et les développements cliniques qui sont essentiels à une pratique créative et vitale.

We need to think of a way to develop some coordination between the more academically based, specialized programs and real frontline care.

Dr. Davidson: I wanted to make two points about the gatekeepers. The first point is that if the school system is one of the important gatekeepers, in a time of need, when budgets are getting cut, the first thing that the ministries of education or the school boards are cutting is special services. Therefore, we are losing our frontline social workers and psychologists. That is going to ramify through the system.

The other thing that really troubles me is that in Canada, residents are trained in family practice and are going out into the community and practising.

Now, honourable senators have seen the prevalence rates. About one out of five children and youth will have a psychiatric illness. These family doctors will see children and youth with psychiatric illness, but they are not being trained to deal with children and youth with mental health problems. Their mandatory training is in adult mental health. What they end up doing, if they identify the problems, is generalizing their management approaches based on those you would use with adults.

Getting back to Senator Morin's question about what can be done — I think childhood psychiatry needs to take some responsibility for this — we need to work closely with family practice to ensure that we are an active, aggressive part of the curriculum as they train family doctors.

Dr. Sacks: Getting back to Senator Kinsella's suicide question, 70 per cent of teenagers who committed suicide saw a physician within a month previously. There would be a few things that might happen, even if it was picked up. One is they may not have been trained properly. Two is I can tell you that every Friday, I get calls from rural communities in Ontario about suicidal kids. They cannot get funding for what they call "an observation nurse." This is a nurse who watches to see that they do not hurt themselves. Do I have a place for them? I do not, by the way. In fact, we have closed hospital beds for teen mental health in Toronto.

More importantly, it goes back to the fact they had no resource in their hospitals in these rural areas, as we mentioned before. We need to increase funding for non-medical people to come in to see these kids — psychologists and social workers. This has to be part of the system of mental health. It can be and should be special, different maybe from the medical system that we are working for, so that it can get funding. This is a crisis.

Senator Kinsella: Indeed, it was precisely this point that my third question was focusing on, with particular reference to clinical psychologists and those who specialize in child psychology and child clinical psychology. The witnesses have made reference to the fact that if not in all, certainly in most jurisdictions across

Nous devons trouver un moyen d'établir une certaine coordination entre les programmes plus théoriques, les programmes spécialisés et les soins de première ligne.

Dr Davidson: Je vais faire deux remarques au sujet des protecteurs du public. La première est que le système scolaire est un important protecteur du public, mais en période de difficulté et de compression budgétaire, la première chose que font les ministères de l'éducation ou les conseils scolaires c'est de couper dans les services spéciaux. Par conséquent, nous perdons nos travailleurs de première ligne et nos psychologues. Cela contribue à ramifier à travers le système.

L'autre chose qui me dérange, c'est qu'au Canada, les médecins résidents reçoivent une formation en médecine familiale et s'installent ensuite dans la collectivité pour exercer.

Les honorables sénateurs connaissent désormais les taux de prévalence. Environ un enfant et jeune sur cinq souffre de troubles psychiatriques. Les médecins de famille constatent que ces enfants et ces jeunes souffrent de troubles psychiatriques, mais ils n'ont pas reçu la formation nécessaire pour soigner les enfants et les jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale. Ils reçoivent une formation obligatoire en santé mentale des adultes. S'ils détectent un problème, ils adaptent les méthodes de traitement qu'ils appliquent à leurs patients adultes.

Pour revenir à la question du sénateur Morin sur ce que l'on peut faire — je pense que la psychiatrie infantile doit prendre sa part de responsabilité — nous devons travailler en étroite collaboration avec les médecins de famille afin qu'ils reçoivent une formation active et appropriée au cours de leurs études.

Dre Sacks: Pour revenir à la question du sénateur Kinsella sur le suicide, 70 p. 100 des adolescents qui se sont suicidés ont consulté un médecin au cours du mois qui a précédé leur suicide. Même s'ils sont repérés, un certain nombre de choses peuvent se produire. Premièrement, il se peut que les médecins n'aient pas reçu une formation appropriée. Deuxièmement, je peux vous dire que tous les vendredis, je reçois des appels en provenance des collectivités rurales de l'Ontario au sujet de jeunes suicidaires. Elles ne peuvent obtenir de financement pour ce qu'on appelle «un observateur». Il s'agit d'un infirmier ou d'une infirmière qui surveille le jeune pour éviter qu'il se blesse. Est-ce que j'ai de la place pour eux? Non. De fait, nous devons fermer des lits d'hôpital réservés pour les adolescents en proie à des troubles de santé mentale à Toronto.

Mais surtout, comme je l'ai déjà dit, ces régions rurales manquent de ressources pour leurs hôpitaux. Nous devons augmenter le financement du personnel non médical — psychologues et travailleurs sociaux — qui sont chargés de surveiller ces jeunes. Ils doivent faire partie intégrante du système de santé mentale. Ce système devrait être spécial et peut-être différent du système médical pour lequel nous travaillons, afin de pouvoir obtenir des fonds. Nous vivons une crise.

Le sénateur Kinsella: C'était précisément le sujet de ma troisième question qui portait plus exactement sur les psychologues cliniciens et tous ceux qui se spécialisent dans la psychologie de l'enfant et la psychologie clinique de l'enfant. Les témoins ont fait allusion au fait que dans la plupart des régions du

Canada, medicare does not cover the fees for a psychologist. Hopefully, Chair, we might hear from the various colleges of psychologists across Canada. That might be one area where we could make a positive recommendation.

The Chairman: We will do that.

Senator LeBreton: That is a perfect lead-in to my first question. Dr. Davidson, you talked about pediatric psychiatrists. It takes them longer to learn their practice, and yet they earn less. I want to know why that is. Is it because they are not funded through the public health system?

Dr. Davidson: It is funded. I will be my forthright self. Universal health care is universal only for the services that are insured. For services that are not insured, it is not universal health care. By the way, I am a child psychiatrist, so I feel better speaking about child psychiatrists, but I am a firm believer in the interdisciplinary approach. I do not mean in any way at all to exclude psychologists, social workers, occupational therapists, nurses and child and youth workers, whose roles are absolutely vital.

If you want to practice child psychiatry properly, you will go into schools; you will work with teachers, the police, child protection agencies, with extended families and more. I can only speak in regard to Ontario and its health insurance plan. You are remunerated for the one-on-one work with the child or the child and the parents. That is one of the issues. We have to do a lot of work that is not insured.

Senator LeBreton: That would be an impediment to even getting into this field.

Dr. Davidson: Absolutely.

Senator LeBreton: The other point in your presentation was that the current system fosters mental health stigma — the “s” word. Could you give an example of why you said that?

Dr. Davidson: I will give one example from my own hospital. When patients come into the emergency room at the Children’s Hospital of Eastern Ontario — and we have done things to try to improve, so I am giving you something of an old example — they go to the triage nurse. Inevitably, no matter how severe their problem is, first of all, they feel uncomfortable talking about their mental health problems in a fairly public forum. Second, they will end up sitting in the waiting room far longer than most people with moderate physical health problems.

Often, patients and families end up asking for a segregated waiting room so that they can feel more comfortable. That suggests to me that many of the people who need help do not come to get help because of the stigma of mental illness.

Canada, le régime d’assurance-maladie ne couvre pas les honoraires de psychologue. Nous espérons, monsieur le président, entendre le point de vue des divers collèges de psychologues du Canada. Voilà un domaine dans lequel nous pourrions faire une recommandation positive.

Le président: Ce sera fait.

Le sénateur LeBreton: Voilà un lien parfait avec ma première question. Docteur Davidson, vous avez parlé des pédopsychiatres. Pourquoi gagnent-ils moins que les autres alors que leurs études sont plus longues? Est-ce que parce qu’ils ne sont pas financés par l’intermédiaire du système de santé publique?

Dr Davidson: Le financement existe. Je vais vous parler avec ma franchise habituelle. Les soins de santé sont universels uniquement pour les services assurés. Lorsque les services ne sont pas assurés, l’universalité des soins de santé n’existe pas. En passant, étant moi-même pédopsychiatre, je me sens plus à l’aise pour parler de mes collègues, mais je suis un ardent défenseur de l’approche interdisciplinaire. Je n’ai pas du tout l’intention d’exclure les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les infirmiers et infirmières, ainsi que les travailleurs et travailleuses sociaux auprès des enfants et des jeunes qui jouent un rôle absolument vital.

Si l’on veut bien pratiquer la pédopsychiatrie, il faut se rendre dans les écoles; il faut travailler avec les enseignants, la police, les organismes de protection de l’enfance, les familles élargies, et cetera. Je peux seulement vous parler de l’Ontario et de son régime d’assurance-maladie. Nous sommes rémunérés pour le travail de personne à personne que nous faisons avec l’enfant ou avec l’enfant et ses parents. C’est ça le problème. Une bonne partie du travail que nous exécutons n’est pas assuré.

Le sénateur LeBreton: Cela représente un obstacle pour votre intervention dans ce domaine.

Dr Davidson: Absolument.

Le sénateur LeBreton: D’ailleurs, vous avez affirmé dans votre exposé que le système actuel encourage la stigmatisation des troubles de santé mentale. Pouvez-vous nous donner un exemple?

Dr Davidson: Je vais vous donner un exemple noté dans mon propre hôpital. Lorsque les patients arrivent à l’urgence au Centre hospitalier pour enfants de l’est de l’Ontario, ils s’adressent à une infirmière de triage. Nous avons tenté d’améliorer les choses, aussi, l’exemple que je vous donne n’est plus tout à fait exact. Quelle que soit la gravité du problème, les jeunes patients se sentent tout d’abord gênés de parler de leurs problèmes de santé mentale dans un environnement relativement public. Deuxièmement, ils restent assis dans la salle d’attente beaucoup plus longtemps que les autres malades qui ont des problèmes de santé physique moyennement graves.

Souvent, les patients et leurs familles demandent d’attendre dans une salle séparée où ils se sentent plus à l’aise. Cela me fait dire que beaucoup de personnes qui ont besoin d’aide ne se présentent pas à l’hôpital à cause de la stigmatisation qui entoure la maladie mentale.

Senator LeBreton: Or when they arrive, there they sit and then they just leave.

The Chairman: Dr. Waddell, given your experience on the ground and with your clinical unit in B.C., do you want to comment on Senator LeBreton's question?

Dr. Waddell: One of the things we have been talking about is the constant feeling that people delivering any kind of services are overwhelmed, cannot keep up with ridiculous waiting lists and never feel that they will be on top of the situation. That does lead us back to the necessity of taking a different look at some models of delivering care in the first place, things that keep us tied to traditional, one-to-one clinical treatment models, whether that is medical, psychological or any of the other kinds of practitioners involved. They are simply never going to do it.

We do have some examples of innovative kinds of models that allow us to extend our reach. I am thinking of things like some of the alternative payment models that can be helpful in liberating physicians from the fee-for-service billing systems, but also things like shared-care models being piloted with adult mental health and that merit close attention for children's mental health. For example, providing multidisciplinary team support to primary care practitioners, not necessarily just physicians — it could also be public health nursing teams — in their own context where the children are arriving naturally. That takes health practitioners out of the traditional one-to-one setting and extends their reach much more broadly by allowing them to really work with all of the patients, with children in a group.

I also wanted to add one more response to Senator Morin's question about what might be some things that a federal group such as yourselves may want to focus on that know one else is. One issue pertains to what are our models of care and what different ones could we be looking at and trying out much more aggressively?

Another thing dealing with this clinical black hole and the feeling of constantly being overwhelmed comes back to this issue of health promotion and prevention. Given the way health policy mandates are divided between federal and provincial governments, health service delivery has been largely left, and appropriately so, to provincial governments. What happens in times of budget stress is that prevention and health promotion, frankly, are ignored even more than usual. The federal government could play a strong leadership role here that many of the provincial governments are not able to play because they are constantly trying to keep up with the basic clinical treatment demands that they face.

Le sénateur LeBreton: Ou alors ils viennent, attendent un peu et s'en vont.

Le président: Docteur Waddell, puisque vous avez de l'expérience sur le terrain et au sein de votre unité d'évaluation clinique en Colombie-Britannique, voulez-vous commenter la question du sénateur LeBreton?

Dre Waddell: Il a été question au cours du débat de l'impression constante qu'ont les personnes qui offrent des services de santé, d'être débordées, de ne pouvoir absorber des listes d'attente ridiculement longues et de ne jamais pouvoir maîtriser la situation. Cela nous rappelle qu'il est nécessaire de porter un regard différent sur certains modèles de prestation de soins de santé, sur ce qui nous rattache aux modèles de traitement clinique traditionnels de personne à personne, dans le cas du personnel médical, des psychologues ou des autres intervenants. Or, cela ne se fera jamais.

Il existe certains exemples de modèles innovateurs qui nous permettent d'étendre notre action. Je pense à des formules comme les modèles de paiement de remplacement qui pourraient être utiles pour permettre aux médecins de se libérer de la rémunération à l'acte, mais également à des formules comme les modèles de partage des soins qui sont actuellement à l'étude pour les soins de santé mentale aux adultes et qui méritent plus d'attention de la part des spécialistes de la santé mentale infantile. Par exemple, en offrant une équipe de soutien multidisciplinaire aux spécialistes en soins primaires, pas uniquement aux médecins — mais aussi aux équipes infirmières de santé publique — dans leur propre environnement où ils sont amenés à rencontrer naturellement des enfants. Cette formule sort les spécialistes de la santé de leur rôle traditionnel d'intervention de personne à personne et élargit beaucoup plus leur action en leur permettant de travailler réellement avec tous les patients, avec des groupes d'enfants.

J'aimerais également ajouter un commentaire au sujet de la question du sénateur Morin qui demandait sur quel sujet pris en compte par personne d'autre un groupe fédéral comme le vôtre pourrait concentrer ses efforts. On peut par exemple s'interroger sur nos modèles de soins de santé et sur les modèles de rechange auxquels on pourrait s'intéresser et mettre à l'essai de manière plus résolue.

L'impression des spécialistes des soins cliniques d'être constamment débordés et d'être confrontés à des véritables trous noirs nous ramène à la question de la prévention et de la promotion de la santé. La répartition des mandats de la politique de la santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux est telle que la prestation des services de santé sont en grande partie, et à juste titre, confiés aux gouvernements provinciaux. En période de compressions budgétaires, la prévention et la protection de la santé sont encore plus laissées pour compte. Le gouvernement fédéral pourrait jouer ici un important rôle de leader que beaucoup de gouvernements provinciaux sont incapables de tenir parce qu'ils sont trop occupés à répondre aux demandes essentielles de traitement clinique auxquelles ils sont confrontés.

The federal government has the luxury of not being so close to that frontline and could take the opportunity to do something like lead a national initiative, something on the scale of, for example, what has been done with the early childhood development programming, using federal funds, federal leadership, and specifically addressing an area like children's mental health and prevention of disorders that has not been addressed, and will likely not be addressed, provincially.

Senator LeBreton: Dr. Steiger, on the issue of eating disorders, obviously the focus is more on adolescents.

You talked about early intervention. Is there a trigger point or a time in a younger child's life when people in your profession, or indeed even families, can detect the early signs of an eating disorder? Has that been studied at all?

Dr. Steiger: It is a very intriguing question, and unfortunately, we are actually accumulating findings showing increasingly earlier onset of eating concerns. There are studies that document clear weight preoccupations, dissatisfaction with body image and kids as young as four or five feeling they must be on a diet.

These kinds of preoccupations are a manifestation of something so deeply woven into the fabric of our society and our own body preoccupations that we have not yet been able to study at what point the most effective intervention can be achieved. That is one of the roles for research funding that I was speaking about earlier. We need to know whether we can intervene at an early enough stage to head off the development of this problem.

Dr. Sacks: The Canadian Paediatric Society, which runs nationwide surveillance programs of rare but not so rare conditions, has just added early-diagnosed eating disorders to their list, so we should have numbers soon. They are not so rare, unfortunately.

Dr. Davidson: An interesting finding, if you look at the literature on restrictive anorexia nervosa, is that there has never been a case study of someone who developed it but who was born blind. I am not sure how early this whole thing starts, but it seems to me that if you can see yourself, you may be at risk of getting it.

Senator LeBreton: Finally, you talked, Dr. Steiger, about one-third responding well to treatment. What happens to the other two-thirds? Where do they go?

Dr. Steiger: The reality of these disorders, which are probably best characterized as being frequently relapsing, prone to chronicity, unfortunately, in an unacceptably large number of people, is just a progression from childhood eating disorders into chronic, well-entrenched eating disorders in adulthood. That is one of the reasons why you have a higher prevalence of eating disorders in the adult age group. Unfortunately, there is an accumulation of eating disorders that carries over.

Le gouvernement fédéral a le luxe de n'être pas aussi proche de la première ligne et pourrait en profiter pour animer une initiative nationale un peu à la manière du programme pour le développement de la petite enfance et se servir des fonds fédéraux, de son leadership afin de se pencher expressément sur un domaine comme la santé mentale des enfants et la prévention des troubles qui n'ont pas encore été pris en compte et qui ne le seront vraisemblablement jamais par les provinces.

Le sénateur LeBreton: Docteur Steiger, les programmes de lutte contre les troubles alimentaires mettent plus l'accent sur les adolescents.

Vous avez parlé d'intervention précoce. Est-ce que les membres de votre profession peuvent, à un certain moment de la vie du jeune enfant ou même de sa famille, détecter les premiers signes d'un trouble alimentaire? Est-ce que des études ont été consacrées à cette question?

Dr Steiger: C'est une question très intéressante et, malheureusement, les études montrent que l'apparition des troubles alimentaires est de plus en plus précoce. Certaines études révèlent clairement des préoccupations pour le poids, un sentiment d'insatisfaction au niveau de l'image corporelle chez des enfants de quatre ou cinq ans qui sont persuadés qu'ils devraient suivre un régime.

Ce type de préoccupations est une manifestation de quelque chose de si profondément ancré dans le tissu de notre société et dans nos préoccupations pour notre corps que nous n'avons pas encore été en mesure d'étudier à quel moment l'intervention serait la plus efficace. Voilà un des rôles pour le financement de la recherche dont je parlais un peu plus tôt. Nous devons savoir si nous pouvons intervenir à un stade assez précoce pour pouvoir empêcher le développement de ce problème.

Dre Sacks: La Société canadienne de pédiatrie qui surveille les troubles rares ou moins rares à l'échelle nationale vient tout juste d'ajouter à sa liste les troubles alimentaires de diagnostic précoce. Par conséquent, nous devrions avoir des chiffres prochainement. Malheureusement, ces troubles ne sont pas si rares.

Dr Davidson: Il est intéressant de noter, lorsqu'on se penche sur la documentation concernant l'anorexie nerveuse restrictive, qu'il n'existe pas une seule étude de cas traitant d'une personne aveugle affectée par cette maladie. Je ne sais pas exactement à quel moment ce trouble peut commencer, mais je suppose qu'il risque de toucher une personne prédisposée dès qu'elle peut se voir.

Le sénateur LeBreton: Vous avez dit, docteur Steiger, qu'environ un tiers des patients réagit bien au traitement. Qu'advient-il des deux autres tiers? Où vont ces malades?

Dr Steiger: Ces troubles qui se caractérisent probablement le mieux par des rechutes fréquentes, une tendance à la chronicité, malheureusement, chez un nombre inacceptable de personnes sont tout simplement la transformation de troubles alimentaires de l'enfance en troubles chroniques bien établis à l'âge adulte. C'est une des raisons pour lesquelles les troubles alimentaires sont plus fréquents chez les adultes. Malheureusement, bon nombre des troubles alimentaires se transmettent depuis l'enfance.

That is not the sole explanation. In many cases, you have later onset. The onset of bulimia tends to occur more in the transition into adulthood, but this too is a real call for more research into treatment efforts and also early intervention. Presumably, the earlier the intervention, the more effective it will be. As with most disorders, and it will be true for all mental health problems, one of the strongest indices of poorer prognosis is duration over which one suffers the illness. Even though we may not have the data yet, there is a basis on which to presume that if you catch it early, you will do better.

Senator Fairbairn: Thank you very much to all of you. This is obviously a huge issue. Dr. Waddell touched on something that has been troubling me throughout the discussion.

I preface my remarks by saying that I have been involved in the issue of literacy for 19 years. I discovered it on a Senate committee many years ago, and then I was pulled into it by a friend with a daughter who had learning disabilities. The first speech that I ever gave outside this place was to a mental health annual meeting in the province of Alberta.

From the beginning, I have been plugged in across areas of jurisdiction. We are a federal committee. Dr. Waddell and others have made a point in their discussions about the difficulty of providing treatment, resources and promotion at all of the levels to which this issue takes us. When it comes to our responsibilities, we have had success in early childhood development. That is something that we can engage in on our own; however, through negotiation, happily, with Jane Stewart and her counterparts in the provinces, there has been a broader agreement that we will work together on that. We do that on issues like adult literacy and learning disabilities. As a federal government, we have the ability to work in the adult area, but we have been able to work around jurisdictional barriers and work together with the provinces.

It seems to me that somehow, we must find a room in which the two levels of government can sit down together on the question of mental health and young people. We will have difficulty unless we can find that room, particularly during the school years. We will have to think creatively about promotion of health care, mental health and everything else. We can do that kind of thing up to a point, before we step across the line.

We should be looking at what we can do within our own jurisdiction, but at the same time, it does obviously cross every border and boundary. From your experience, perhaps you can give us advice on where we can find the guidelines, and that room, so the federal and the provincial levels can come together to help young people, instead of one doing something for the very youngest, but not being able to have the same kind of influence at

Ce n'est pas la seule explication. Dans beaucoup de cas, l'apparition est plus tardive. La boulimie a tendance à se manifester plus souvent au moment de la transition vers l'âge adulte, mais là aussi, il faudrait multiplier les recherches sur les traitements et également l'intervention précoce. Il semble que plus l'intervention est précoce, plus elle est efficace. Comme dans le cas de la plupart des troubles, et c'est vrai pour tous les troubles de santé mentale, le pronostic est d'autant plus sombre que le trouble dure depuis longtemps. Même si nous n'avons pas encore les données, nous croyons pouvoir dire que les chances de traitement sont meilleures lorsque le problème est détecté suffisamment tôt.

Le sénateur Fairbairn: Merci beaucoup à tous les témoins. Il est clair que c'est une question extrêmement importante. La Dre Waddell a abordé certains points qui m'ont interpellée tout au long du débat.

Permettez-moi de préciser, avant de présenter mes remarques, que j'ai travaillé dans le domaine de l'alphabétisation pendant 19 ans. J'ai découvert ce problème dans le cadre d'un comité du Sénat, il y a de nombreuses années, et j'ai été amenée à m'y intéresser grâce à une amie dont la fille avait des troubles d'apprentissage. Mon premier discours à l'extérieur de cet endroit, je l'ai donné lors de l'assemblée annuelle des organismes de la santé mentale de la province de l'Alberta.

Dès le départ, je suis intervenue dans toutes sortes de secteurs de compétence. Nous sommes un comité fédéral. La Dre Waddell et les autres témoins ont parlé dans leurs exposés de la difficulté de fournir un traitement, des ressources et des efforts de promotion à tous les paliers auxquels cette question nous amène. Sur le plan de nos responsabilités, nous avons connu un certain succès dans le domaine du développement des jeunes enfants. C'est un domaine dans lequel nous pouvons oeuvrer par nous-mêmes; cependant, grâce à des négociations avec Jane Stewart et ses homologues des provinces, nous avons pu conclure une entente plus large qui permettra de combiner tous nos efforts dans le domaine. C'est ce que nous faisons dans le cas de l'alphabétisation des adultes et des troubles d'apprentissage. En tant que gouvernement fédéral, nous pouvons oeuvrer dans les services aux adultes, mais nous avons pu contourner les obstacles de compétence et collaborer avec les provinces.

Il me semble que nous devons trouver un moyen pour amener les deux paliers de gouvernement à s'asseoir pour examiner la question de la santé mentale et des jeunes. À moins de trouver ce moyen, nous aurons de la difficulté, surtout dans le cas des enfants d'âge scolaire. Nous devons faire preuve de créativité pour la promotion des soins de santé, de la santé mentale et de tous les autres aspects. Nous pouvons nous livrer à ce genre d'activité jusqu'à un certain point avant de franchir la ligne.

Nous devrions définir ce que nous pouvons faire à l'intérieur de notre propre domaine de compétence, mais en même temps, c'est un problème qui ne connaît pas de frontière. Compte tenu de votre expérience, vous pouvez peut-être nous donner des conseils sur la façon de définir les lignes directrices et ces moyens, afin que les paliers fédéral et provinciaux puissent conjuguer leurs efforts pour venir en aide aux jeunes plutôt que de laisser un de ces

perhaps the most dangerous ages of all. I do not know whether I am making myself clear, because jurisdictional and constitutional discussions in Canada are never clear, but there is a problem.

The Chairman: I can see that Dr. Davidson wants to comment. I will add one point to what Senator Fairbairn said. This committee has never been hung up on jurisdictional niceties. The example I give you is the care guarantee that we proposed in our report, which the federal government had no way of implementing. It is interesting to note that it was in the Speech from the Throne in Ontario yesterday. It was in the Government of Quebec's program that Premier Charest announced. It is now coming in Alberta. There may well be a role for us in getting an idea rolling, even though we cannot, in any legal jurisdictional sense, enforce it.

Dr. Davidson: I do not know a lot about politics, but when you talk about getting the right people into the room, I do not know who the right people are at the provincial level because there are so many fragments. This gives me a chance to say what I think you already perceive about the child and youth mental health arena. The way you profile child and youth mental health in your report is critical, because it could just get buried amongst all the adult material, as usually happens.

Senator Fairbairn: Exactly.

Dr. Davidson: I have never seen an inter-ministerial anything at the provincial level be effective. I do not know whether one could raise the profile of child and youth mental health to a point where it could be addressed at the level of the premiers, so that they have to assume responsibility in some way for pulling this fragmented system together. Maybe they are the right people to get into the room.

Senator Fairbairn: As Senator Kirby has said, even in the report we have already made, while we could not do something directly, things we suggested are starting to occur at that very level. My point is that this is something on which we really need to work. We can make a real effort to take this child and youth issue and raise its profile.

Maybe we can also construct a few suggestions on what should be done and what must be done at levels other than our own.

Dr. Davidson: Dr. Steiger's point is extremely important as well. How does one make the transition from youth into the adult system? That is another quagmire that needs to be addressed.

Senator Cordy: Thank you. It has been most informative. I will start off with Dr. Steiger and eating disorders. You talked about education and health promotion. Is it working? One looks at the

paliers intervenir pour les plus jeunes tout en étant incapable d'exercer le même type d'influence à un âge qui est peut-être le plus dangereux de tous. Je ne sais pas si je suis assez claire, puisque les questions de compétence et de Constitution ne sont jamais claires au Canada, mais le problème existe.

Le président: Je vois que le Dr Davidson veut présenter un commentaire. Je vais simplement ajouter un point à la déclaration du sénateur Fairbairn. Notre comité ne s'est jamais embarrassé des subtilités de compétences. L'exemple que je vous donne est la garantie de soins que nous avons proposée dans notre rapport, document que le gouvernement fédéral n'a aucun pouvoir de mettre en oeuvre. Il est intéressant de noter que le discours du Trône de l'Ontario en faisait mention hier. Cela fait partie également du programme du gouvernement du Québec annoncé par le premier ministre Charest. Cette notion arrive maintenant en Alberta. Nous aurons peut-être un rôle à jouer pour lancer des idées, même si nous n'avons pas légalement compétence pour les mettre en oeuvre.

Dr Davidson: Je ne m'y connais pas beaucoup en politique, et je suis incapable de vous dire quelles seraient les personnes pertinentes à rassembler au niveau provincial, parce que ce secteur est si fragmenté. Cela me donne l'occasion de préciser ce que vous avez je crois déjà perçu au sujet de la santé mentale des enfants et des jeunes. La façon dont vous présentez la santé mentale des enfants et des jeunes dans votre rapport est absolument capitale, car c'est une question qui risque d'être ensevelie comme d'habitude parmi les questions propres aux adultes.

Le sénateur Fairbairn: Exactement.

Dr Davidson: Je n'ai jamais vu aucune structure interministérielle fonctionner de manière efficace au niveau provincial. Je ne sais pas dans quelle mesure on pourrait mettre en lumière la question de la santé mentale des enfants et des jeunes pour qu'elle soit inscrite à l'ordre du jour des rencontres des premiers ministres afin qu'ils assument leurs responsabilités et fassent en sorte de réunir les morceaux de ce système fragmenté. C'est peut-être eux qu'il faudrait réunir.

Le sénateur Fairbairn: Comme l'a dit le sénateur Kirby, même dans le rapport que nous avons présenté, si nous ne pouvons pas agir directement, les propositions que nous avons faites commencent à s'imposer à ce niveau. Je tiens à souligner que c'est un aspect sur lequel nous devons vraiment insister. Nous pouvons véritablement nous donner pour objectif de mettre en lumière cette question qui concerne les enfants et les jeunes.

Nous pouvons peut-être également proposer certaines suggestions sur ce qui pourrait et devrait être fait aux niveaux autres que le nôtre.

Dr Davidson: Le point soulevé par le Dr Steiger est lui aussi extrêmement important. Comment faire la transition entre les services destinés aux jeunes et les services visant les adultes? C'est une autre énigme dont il faut trouver la solution.

Le sénateur Cordy: Merci. Vos exposés ont été des plus instructifs. Je vais commencer par poser une question au Dr Steiger au sujet des troubles alimentaires. Vous avez parlé

images that are portrayed in the media and the positive reinforcement that young girls, particularly, receive, at least initially. As time goes on and some girls get thinner and thinner, they may not receive positive reinforcement. However, among their peers, initially, a loss of five or ten pounds will attract comments about looking great. That gets more attention than the education coming from the Department of Health or from others. Is education working?

The Chairman: To piggyback on that question, we were told in our previous health study that one of the reasons why smoking is more prevalent among teenage girls than boys is they believe that they will eat less if they smoke. Is that true?

Dr. Steiger: That certainly is one rationale that we hear from our patients for continuing to smoke. It is often listed as a cause of smoking. They are not really interested in the cigarette.

I think anyone who works in the area of eating disorders must feel a little as I do sometimes; that is, as if I am standing on a beach as this tidal wave of social pressure comes rolling in, at least with respect to favouring thinness. That is probably where a much more concerted social effort is required.

I will deal first with your question about the efficacy of prevention. We have some results to show that we can intervene at an early age through schools and institutions like that. We can challenge some of the beliefs of kids who favour thinness by addressing the risk of eating disorders, the idea that thinness is the be-all and end-all, or that self-worth has to be attached to weight. The results also show that which you were alluding to in your question: the beneficial effects are short-lived and are washed out by the tidal wave I spoke of after about six months. Clearly we must invest in the development of more effective efforts.

Some of the more interesting prevention efforts actually bring together health practitioners, teachers, parents and kids into the same kind of program. We can then really challenge the basic beliefs that are transmitted from generation to generation and that promote eating-disorder development. That may be one of the many levels where governments can become involved, because we are talking about real public education and media campaigns to change the values that we associate with thinness.

Spain actually has legislation against the use of overly slim models in certain kinds of advertising. That may sound overly concrete, but it is one way in which governments may become involved. We must mount a campaign with a power that matches that of the tidal wave. It starts by re-evaluating closely held values.

d'information et de promotion de la santé. Est-ce que cela donne de bons résultats? Regardons les images qui sont véhiculées par les médias et le renforcement positif qu'elles renvoient aux jeunes filles en particulier, au départ tout au moins. Au fil des années, les jeunes filles deviennent de plus en plus minces. Elles ne reçoivent peut-être pas de renforcement positif. Au départ, pourtant, une perte de poids de cinq ou dix livres leur valait des commentaires flatteurs de la part des membres de leur entourage. Ce genre de remarques reçoivent plus d'attention que les messages éducatifs provenant du ministère de la Santé et d'ailleurs. Est-ce que les campagnes d'éducation donnent de bons résultats?

Le président: Je vais rajouter un élément à cette question. Dans une étude précédente de la santé, on pouvait lire qu'une des raisons pour lesquelles les jeunes filles étaient plus incitées à fumer que les garçons est tout simplement qu'elles croient qu'elles mangeront moins si elles fument. Est-ce exact?

Dr Steiger: C'est une des raisons qu'invoquent nos patients pour continuer à fumer. Cette croyance est souvent citée comme une des causes du tabagisme. Ce n'est pas vraiment la cigarette qui les intéresse.

Je pense que tous les intervenants du secteur des troubles alimentaires doivent de temps à autre avoir la même impression que moi à savoir, l'impression d'être debout sur une plage alors que le raz-de-marée des pressions sociales s'apprête à déferler. Par exemple, le goût de la majorité pour la minceur. C'est probablement là que nous avons besoin d'un effort social beaucoup plus concerté.

Je vais traiter d'abord de votre question concernant l'efficacité de la prévention. Nous avons certains résultats montrant que nous pouvons intervenir de manière précoce au niveau des écoles et des établissements analogues. Nous pouvons contester certaines des croyances des jeunes qui privilégient la minceur en exposant les risques des troubles alimentaires, l'idée que la minceur est l'idéal, ou que l'estime de soi est liée au poids. Les résultats confirment également ce dont vous parliez dans votre question: les effets positifs sont de courte durée et sont balayés par le raz-de-marée dont j'ai parlé, au bout de six mois environ. Il est clair que nous devons investir dans des efforts plus efficaces.

Certains efforts de prévention plus intéressants réunissent des spécialistes de la santé, des enseignants, des parents et des jeunes dans le même type de programme. Ce type d'intervention nous permet véritablement de remettre en question les croyances fondamentales qui sont transmises de génération en génération et qui encouragent la naissance des troubles alimentaires. C'est peut-être un des nombreux niveaux où les gouvernements peuvent intervenir, parce qu'il s'agit de lancer de véritables campagnes de sensibilisation du public et des campagnes médiatiques qui permettent de modifier les valeurs que nous associons à la minceur.

L'Espagne est par exemple un pays où la loi interdit l'utilisation de mannequins trop minces dans certains types de publicité. Cela peut paraître trop concret, mais c'est un niveau où les gouvernements peuvent intervenir. Nous devons mettre sur pied une campagne d'une puissance égale à celle du raz-de-marée. Il faut commencer par réévaluer les valeurs qui nous tiennent à coeur.

Senator Cordy: It is amazing the number of young girls who are continuously worried about thinness. I have two daughters who have said to me that so-and-so throws up every time she eats. These are pretty average kids who are suffering from eating disorders.

Dr. Sacks, we have talked about many children not being diagnosed. Why is that? Is this a result of society's thinking that young people do not suffer from mental illness?

Dr. Sacks: It starts with that very premise, that young people do not get mental illness. As I said, this is new to the health field — 25 years new. Second, we are not teaching our medical students to pick up early signs and symptoms. I do not expect parents or teachers to do that unless we start educating them. Finally, as I said in relation to suicide, when one diagnoses something, it would be nice to know what to do with it.

At this point, the services are just not there. We have learned to think in terms of prevention, diagnosis and treatment. Certainly we do not have prevention yet; we do not have treatment in place yet. To isolate diagnosis makes life very difficult for us on the frontline. They say, "Now what will you do, doctor?" And I answer, "Well, do you have private insurance? Fast or free?"

Dr. Davidson: We run a universal program called YouthNet that has given us a data set of 12,000 youth. A full one-third of youth — and roughly 40 per cent of that third are male — feel that if they have a mental health problem, they have to tackle it themselves and they should not tell anyone. That is partially because, as an adolescent, you are meant to be invulnerable and you want to be more independent. It is also partially because of the stigma.

Senator Cordy: We want groups to work together, but school boards are facing cutbacks, and unless there is a certain diagnosis, very often the special service resources are not available. Teachers and parents can explain the difficulties the child is having, but unless there is actually a medical diagnosis, the administration may not pay much attention.

Dr. Sacks: I will also say that if you really want to scare a teacher, tell him or her that one of the students is missing school due to depression and that the child may arrive late because he or she cannot get up in the morning. It is very frightening. Again, education is essential.

I run a CBT group for anxiety disorders in the community hospital where I work. After initially dragging them in and someone opening up the conversation, they look up because someone has said something that makes sense to them. There is no better relief for these youngsters than to know they are not alone. These kids are struggling, thinking they are the only ones

Le sénateur Cordy: Les jeunes filles qui sont constamment préoccupées par leur poids sont incroyablement nombreuses. J'ai deux filles qui m'ont raconté qu'une autre jeune fille qu'elles connaissent vomit à chaque fois qu'elle mange. Les enfants qui souffrent de troubles alimentaires sont des enfants tout à fait ordinaires.

Docteur Sacks, nous avons parlé des nombreux enfants chez lesquels ce trouble est diagnostiqué. Comme expliquer cela? Est-ce parce que la société pense que les jeunes ne souffrent pas de troubles mentaux?

Dre Sacks: C'est exactement l'opinion reçue. On pense que les jeunes ne souffrent pas de maladie mentale. Comme je l'ai dit, c'est nouveau dans le domaine de la santé — depuis 25 ans. Deuxièmement, nous n'apprenons pas à nos étudiants en médecine à déceler les premiers signes et symptômes. Je ne m'attends pas à ce que les parents ou les professeurs s'en rendent compte eux-mêmes, sauf si nous décidons de les sensibiliser à ce sujet. Enfin, comme je l'ai dit au sujet du suicide, une fois que l'on a posé le diagnostic, ce serait bien de savoir comment agir ensuite.

Pour le moment, les services n'existent pas encore. Nous avons appris à réagir en termes de prévention, de diagnostic et de traitement. Pour le moment, il est clair que la prévention n'existe pas encore; et il n'y a pas de traitement non plus. Le diagnostic isolé rend la vie très difficile pour nous qui sommes des intervenants de première ligne. Les gens nous disent: «Et maintenant docteur, qu'allez-vous faire?» Et je réponds: «Avez-vous une assurance privée? Sinon, bonne chance!»

Dr Davidson: Nous exploitons un programme universel appelé YouthNet qui nous a fourni un ensemble de données sur 12 000 jeunes. Un bon tiers de ces jeunes — et environ 40 p. 100 d'entre eux sont des garçons — pensent que s'ils sont touchés un jour par un problème de santé mentale, ils devront le régler eux-mêmes et n'en parler à personne. Cela est dû en partie au fait que les adolescents se pensent invulnérables et veulent être indépendants. C'est aussi causé en partie par la stigmatisation.

Le sénateur Cordy: Nous voulons que les groupes collaborent, mais les conseils scolaires font face à des compressions budgétaires et sans un certain diagnostic, ils manquent très souvent de ressources pour les services spécialisés. Les enseignants et les parents peuvent expliquer les difficultés que vit l'enfant, mais tant qu'il n'y a pas de diagnostic médical, l'administration n'y prête guère attention.

Dre Sacks: Si vous voulez vraiment effrayer un professeur, dites-lui qu'un de ses élèves va manquer l'école parce qu'il est en dépression et qu'il va peut-être arriver en retard parce qu'il a du mal à se lever le matin. C'est très effrayant pour un enseignant. Là encore, l'information est essentielle.

J'anime un groupe de thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux dans l'hôpital communautaire où je travaille. Une fois qu'on a réussi à réunir les membres du groupe et à amorcer la conversation, ils prêtent attention lorsqu'un de leurs semblables dit quelque chose qui leur parle. Il n'y a rien de plus rassurant pour ces jeunes que de sentir qu'ils ne sont pas

on earth who at 14 must sleep with their parents or who cannot go to camp — that is a “biggie” in Canada. It is really quite amazing.

I think the kids would get help if we de-stigmatized it. We have to start with parents and then schools; get at it that way. We need national programs to teach people about child and adolescent mental health issues.

Senator Cordy: You are absolutely right.

Is there an increase in the number of young people with ADHD or is it just being diagnosed more?

The Chairman: This is a surprising moment of silence from people who are very talkative.

Dr. Sacks: The diagnostic tool is fair; it is not well taught to the frontline workers who make the diagnosis. To make a good diagnosis, one needs specialized services that many cannot afford. That is one point.

Second, the treatment for ADHD is use of stimulants, which are excellent. They also work for people who do not have ADD and ADHD, too, for a while. The actual numbers are not as clear as we would like. Those of us who have been around a while know that this is a major problem in our school systems, for our kids, for the parenting of these children and in our emergency rooms. We have a “sew and go” policy. Kids with ADHD bounce off the walls; they are always getting stitches and broken bones. No one ever asks why. They just say: “You have a number of scars; you are a real tough guy.” No one really thinks there may be an underlying medical diagnosis there.

Again, the incidence of ADHD is very difficult to determine but it is definitely not small.

Dr. Davidson: The other point is who is diagnosing it. When I came into practice 20-some years ago, if I made a diagnosis of ADHD and tried to talk to the teacher about it, often the teacher was highly resistant to this diagnosis, and even more so to the management of it, which is, of course, a combination of medication, behavioural approaches, parenting strategies and cognitive approaches. Today, we are getting referrals from teachers, saying this kid has ADHD. I do not really know how to answer your question, except to say that it is now a more accepted diagnosis in the educational system.

Senator Fairbairn: What about parents themselves? To what degree is there denial, not wanting to admit that there is anything wrong?

seuls. Ces jeunes luttent et se débattent, pensant qu'ils sont les seuls adolescents de 14 ans à devoir dormir avec leurs parents ou à ne pas pouvoir aller au camp — ça c'est quelque chose de très important au Canada. C'est vraiment étonnant.

Je pense que les jeunes pourraient se faire aider si l'on déstigmatisait le trouble dont ils souffrent. Il faut commencer par les parents et les écoles et s'attaquer au problème de cette manière. Il nous faut des programmes nationaux pour sensibiliser le public au sujet des troubles de santé mentale des jeunes et des adolescents.

Le sénateur Cordy: Vous avez tout à fait raison.

Est-ce que le nombre de jeunes souffrant de THADA est en hausse ou est-ce que le diagnostic de ce genre de trouble se fait plus couramment?

Le président: Voilà un silence surprenant de la part de personnes pourtant très volubiles.

Dre Sacks: L'instrument de diagnostic est assez bon, mais il n'est pas bien enseigné aux travailleurs de première ligne qui établissent le diagnostic. Pour trouver un bon diagnostic, il faut faire appel à des services spécialisés dont beaucoup n'ont pas les moyens. Ça c'est une première chose.

Deuxièmement, le traitement du THADA fait appel à des stimulants qui donnent d'excellents résultats. Ils donnent également de bons résultats, temporairement, pour les personnes qui ne souffrent pas du TDA ni du THADA. Les chiffres réels ne sont pas aussi clairs que nous le souhaiterions. Ceux d'entre nous qui avons un peu d'expérience savent que c'est là un grave problème dans les écoles pour nos jeunes, pour les parents de ces jeunes et dans les salles d'urgence. Nous appliquons une politique du «pansement». Les enfants atteints du THADA débordent d'énergie et se blessent souvent; ils ont toujours des points de suture et des os cassés. Personne ne leur pose des questions. On leur dit simplement: «Tu as beaucoup de cicatrices; tu es un vrai dur.» Personne ne pense que vraiment à décoder le diagnostic médical sous-jacent.

Là également, l'incidence du THADA est très difficile à déterminer, mais elle est loin d'être limitée.

Dr Davidson: Tout dépend également de la personne qui établit le diagnostic. Quand j'ai commencé à exercer, il y a une vingtaine d'années, lorsque je posais un diagnostic de THADA et que j'essayais d'en parler à l'enseignant, celui-ci résistait beaucoup au diagnostic et encore plus au traitement du trouble qui fait appel à une combinaison de médicaments, d'approches comportementales, de stratégies parentales et d'approches cognitives. Aujourd'hui, ce sont les enseignants qui nous signalent les enfants atteints de THADA. Je ne sais pas comment répondre à votre question sinon pour dire que le diagnostic est plus accepté actuellement dans le système éducatif.

Le sénateur Fairbairn: Et les parents eux-mêmes? Dans quelle mesure refusent-ils d'admettre qu'il y a un problème?

Dr. Davidson: There are several aspects to that. The first one is the denial that you are talking about. The second is the failure of self-identification. Sometimes I think that kids come almost as back-door referrals. In the process, the parents say, "Oh, that is what I have had a struggle with all my life. I did not identify it in myself, so how can I identify it in my kid?" That brings me to that other point, about how important working with children and youth who have parents with mental illness will be. As we have all indicated, we are so busy putting our fingers in the holes in the dikes and trying to deal with the overwhelming demands of active cases that I do not think nearly enough attention has been paid to working with these high-risk children.

Senator Robertson: Dr. Sacks, you mentioned something that caught my interest. When discussing the mental health problems of children and youth, you talked about genetics and environmental and chemical effects. I believe that is what I heard you say. Then I also heard you say something about prevention. I know these cross over, or at least we have been advised that they cross over, but have you any idea what percentage of child and youth mental health problems would be a response to genetic, environmental and chemical factors?

Dr. Sacks: In the disorders that I spoke about, ADHD, anxiety and depression, the genetic load is probably quite significant. As we work more through the genome and genetics, we will probably find that is the case throughout. However, we are finding that if we pick up these young children early in the way we described, through knowing the parental history, in fact there are programs that have shown, especially for anxiety, that if you give these young people social skills training early on, if you give them relaxation tools, which sounds very basic, and tools of self-talk, you can avert some of the crises of anxiety disorders. The fact that it is genetic is not an excuse for not trying to find programs that work. We must study these programs before we implement them. Some of us who are older have said that everything will be blamed on genetics and we do not have to worry, but in fact I think that we will learn that we can do much with the genes with which we are born and we will have to learn how.

Senator Robertson: That is helpful.

Mr. Steiger: If I can add to that, although it is a little brash to say this, because we have not pinned it down with research yet, it is very likely that all of these conditions have some sort of genetic substrate. What is fascinating in our findings is the way in which we see experience and environmental pressures turning on the effect of a gene. In my particular area, we are seeing the impact on certain biological processes that are programmed into some people that might have absolutely no expression if it were not for the compulsive dieting that certain people do, putting themselves at risk.

Dr Davidson: Il y a plusieurs aspects. Le premier est la dénégation dont vous avez parlé. Le deuxième est l'échec de l'auto-identification. Il arrive parfois que les enfants nous soient envoyés presque par hasard. Au cours de l'examen, les parents s'écrient soudain: «Ah c'est donc ça que j'ai traîné toute ma vie. Je n'ai jamais su que j'avais cette maladie, comment savoir que mon enfant en souffrait aussi?» Cela m'amène à l'autre point qui concerne l'importance de l'intervention auprès d'enfants et de jeunes dont les parents souffrent de maladie mentale. Comme nous l'avons tous indiqué, nous sommes tellement occupés à parer au plus pressé pour répondre à l'énorme demande de cas actifs que nous n'accordons pas assez d'attention à ces enfants très vulnérables.

Le sénateur Robertson: Docteure Sacks, vous avez dit quelque chose qui a attiré mon attention. En parlant des problèmes de santé mentale des enfants et des jeunes, vous avez évoqué la génétique et les effets environnementaux et chimiques. C'est, je crois, que vous avez dit. Ensuite, je vous ai entendu parler de prévention. Je sais qu'il y a des interactions ou c'est ce qu'on nous a dit, mais pouvez-vous nous dire quel est le pourcentage des problèmes de santé mentale touchant les enfants et les jeunes qui sont causés par des facteurs génétiques, environnementaux et chimiques?

Dr Sacks: Dans le cas des troubles dont j'ai parlé, le THADA, le trouble anxieux et la dépression, le facteur génétique est probablement assez important. À mesure que progresseront les recherches sur le génome et la génétique, nous découvrirons probablement que cette influence est généralisée. Nous remarquons cependant que l'on peut repérer ces jeunes enfants assez tôt, de la manière que nous avons décrite, grâce à leur histoire parentale. En fait, certains programmes ont prouvé, surtout dans le cas du trouble anxieux, qu'en donnant assez tôt à ces jeunes une formation aux aptitudes sociales, des outils de relaxation qui peuvent paraître très simples, et des outils d'autopersuasion; on peut éviter certaines crises de troubles anxieux. Le fait que l'origine soit génétique ne doit pas nous empêcher de mettre au point des programmes qui donnent de bons résultats. Nous devons étudier ces programmes avant de les mettre en application. Les plus âgés d'entre nous ont dit qu'il ne fallait pas s'en faire puisque tout a une cause génétique, mais en fait, je crois que nous découvrirons que l'on peut beaucoup améliorer les troubles, malgré les facteurs génétiques et que nous devrons nous initier à la façon de procéder.

Le sénateur Robertson: C'est très utile.

Dr Steiger: J'aimerais ajouter un petit commentaire pour compléter, même si cela peut paraître un peu prétentieux, puisque la recherche ne l'a pas encore confirmé, mais il est très probable que tous ces troubles aient une sorte de substrat génétique. Ce qui est fascinant dans nos recherches, c'est de voir l'expérience et les pressions environnementales activer un gène. Dans mon domaine, nous constatons l'impact de certains processus biologiques programmés qui ne se manifesteraient absolument pas sans les habitudes alimentaires compulsives de certaines personnes qui se placent elles-mêmes dans une situation à risque.

Not only is that very important in terms of understanding what we treat and that having a genetic vulnerability does not imply hopelessness about the utility of treatment, but also in terms of the stigma. Mental health problems have to be understood as not a sign of moral weakness or moral bankruptcy on the part of the sufferer. Sometimes, it is important to realize it is a little more like walking along the sidewalk when the piano fell. Some of the factors that converge to explain why someone develops an eating disorder, or any other mental health problem, are really quite beyond the volition of that person.

Dr. Waddell: If you can take your mind back to the table that we presented earlier, listing an array of children's mental disorders, it is fair to say, and I hope that most of the colleagues at the table would agree with me, that pretty much all the disorders involve some interaction between genes and environment when it comes to what causes the problem. There is also a spectrum, however, in which some disorders have more of a genetic "flavour," if you will, than others. For instance, schizophrenia and bipolar disorder are more likely to be influenced by genetic vulnerabilities than are things at the other end of the spectrum, such as conduct disorder. There it looks like there may indeed be some genetic influences, but the environment and the impact of early parenting are so influential that it looks like serious parenting problems involving child abuse and neglect are the real cause. The environment outweighs the genes in that situation.

You also made a comment about what we can do or what we can hope for from prevention programs. It is fair to say that the research evidence could be better, although many things are emerging. However, there is sufficient evidence that we can intervene in some things that do have a strong environmental component, like anxiety, depression and conduct disorder in particular.

The other message is we have been talking a great deal about clinical programs and school programs, all of which are important, but prevention really works better if we can put it into effect as early as possible, even prenatally. For instance, prevention does not start at zero; it starts before that. I would remind people again about one of the most successful prevention programs that could be a model for tackling many of these things, which is the work based on public health nurse home visitation, a very simple, old-fashioned model. You take parents at risk in the prenatal period. You work carefully on ensuring healthy parenting and healthy personal practices, trying to prevent things like fetal alcohol syndrome and other sorts of issues that can be established even before birth, and then working with parents closely over a couple of years to monitor parenting practices to try to prevent some of the things that may be precursors for later disorders. By investing in this over the first two or three years only, you can prevent a host of problems later on and do a great deal to dampen down these enormous

C'est très important, non seulement pour comprendre ce que nous traitons et pour savoir qu'une faiblesse génétique ne compromet pas nécessairement l'utilité d'un traitement, mais également au niveau de la stigmatisation. Il faut comprendre les problèmes de santé mentale et ne pas les considérer comme un signe de faiblesse ou de faillite mentale de la part du patient. Il est important de comprendre que les choses sont parfois imprévisibles et causées par le hasard. Certains facteurs qui contribuent à expliquer la cause de certains troubles alimentaires ou d'autres problèmes de santé mentale sont tout à fait indépendants de la volonté de la personne touchée.

Dre Waddell: Le tableau que nous avons présenté un peu plus tôt contenait une liste des divers troubles mentaux dont peuvent souffrir les enfants. Je crois que la plupart de mes collègues autour de cette table conviendront avec moi que pratiquement tous ces troubles résultent de l'interaction des gènes et de facteurs environnementaux. Cependant, l'influence génétique peut avoir plus d'importance dans le cas de certains troubles que dans d'autres. Par exemple, la schizophrénie et le trouble bipolaire sont probablement plus influencés par les faiblesses génétiques que d'autres troubles situés à l'autre extrémité de la gamme, comme le trouble de comportement. Bien sûr, certaines influences génétiques peuvent s'exercer, mais l'environnement et la jeunesse des parents exercent une telle influence qu'il semble que la cause réelle est liée au problème d'incapacité d'exercer le rôle parental qui conduit au mauvais traitement et à la négligence de l'enfant. Dans de tels cas, l'environnement exerce une plus grande influence que les gènes.

Vous avez aussi demandé ce que l'on pouvait faire ou ce que l'on pouvait espérer de la part des programmes de prévention. Je dois dire que les résultats de la recherche pourraient être meilleurs, même si beaucoup de choses commencent à poindre. Cependant, les preuves sont suffisantes pour nous permettre d'intervenir dans certains domaines où l'élément environnemental est important, en particulier dans les troubles anxieux, la dépression et les troubles du comportement.

Par ailleurs, nous avons beaucoup parlé des programmes cliniques et des programmes scolaires, qui sont tous importants, mais la prévention donne de bien meilleurs résultats si on peut la pratiquer le plus tôt possible, même avant la naissance. Par exemple, la prévention ne commence pas à zéro, elle commence avant. Permettez-moi de citer encore une fois un des programmes de prévention les plus fructueux qui pourrait servir de modèle dans bien des cas. Il s'agit des visites à domicile des infirmières de la santé publique, un modèle simple et traditionnel. Il permet d'intervenir auprès des parents à risque pendant la période prénatale. Il permet d'encourager de bonnes habitudes chez les parents et de saines habitudes personnelles afin de prévenir des problèmes comme le syndrome d'alcoolisme foetal et d'autres types de problèmes qui peuvent s'implanter même avant la naissance, et de suivre étroitement les parents pendant quelques années afin de surveiller leur façon de faire et tenter de prévenir certains éléments précurseurs de troubles ultérieurs. En investissant dans ce type de programme au cours des deux ou

requirements for clinical services that we cannot meet because we leave things until children are 5 years old or 15 years old.

Prevention is not possible across the board, and we need to weigh many of the important things going on in genetic research, but there is sufficient evidence now to warrant acting, particularly for those disorders like anxiety, depression and conduct disorders, where there is a substantial environmental component.

Senator Cook: Thank you for some compelling and complex information-sharing. You mentioned genetics. I am wondering what responsibility the state has for parenting issues and where we go with that. That takes me to the environment to which the child is brought home.

It is accepted in our society that both parents work. Sometimes there is only one parent and that parent works. A sitter, nanny or daycare manages that child. I wonder if many childhood diseases are increasing as a result of changing lifestyles.

We talk about early diagnosis leading to appropriate treatment. Parents only see their young children when they are being bundled into a snowsuit to go to the daycare. They are picked up at 6:00 p.m. and are out somewhere while supper is put on the table. We are in a cauldron with this parenting business. Would any of you like to comment on the environment in which we see the child?

There is also the parent who would like little boys and girls to go to ballet, guides, scouts or martial arts. Those children are over-programmed, too. What can we as a committee do to ensure that there is some stability, if nothing else, in that child's life?

Dr. Sacks: Those who have a predisposition, genetically or chemically, will be in a weakened state. That is why we are seeing as many kids as we are. This is a difficult time for people who need a slow-paced, consistent, close-knit family. Such a lifestyle causes vulnerable children to present themselves earlier.

You are saying that we going at such a pace that maybe we do not recognize when our children are in pain. Again, we need to teach the public about signs and symptoms. The little kid with the stomach ache or headache means something else may be happening that should be investigated.

Society has caused these conditions to be much more apparent earlier. That may be an interesting insight into why we see so many of these young people.

trois premières années seulement, on peut prévenir beaucoup de problèmes et diminuer énormément les immenses besoins de services cliniques auxquels nous ne pouvons faire face parce que nous n'intervenons pas avant que les enfants aient 5 ans ou 15 ans.

Il est impossible de généraliser la prévention et il faut soupeser bon nombre des aspects importants de la recherche génétique, mais nous disposons de suffisamment de preuves pour agir, en particulier dans les cas de troubles comme l'anxiété, la dépression et les troubles de conduite où le facteur environnemental joue un rôle important.

Le sénateur Cook: Merci de nous fournir ces informations intéressantes et complexes. Vous avez parlé de la génétique. Je me demande quelle est la responsabilité de l'État en matière de formation au rôle de parent et ce que nous pouvons faire à partir de là. Cela m'amène à parler de l'environnement dans lequel l'enfant vit chez lui.

Il est accepté dans notre société que les deux parents travaillent. Il y a aussi des familles monoparentales où le seul parent travaille. C'est une gardienne, la bonne d'enfants ou la garderie qui s'occupe de l'enfant. Je me demande si ces nouveaux styles de vie entraînent une augmentation de plusieurs troubles touchant les enfants.

Nous avons dit que le diagnostic précoce permet d'offrir le traitement approprié. Or, certains parents ne voient leurs jeunes enfants que lorsqu'ils sont emmitouffés dans leur habit de neige pour aller à la garderie. Ils les reprennent à 18 heures et ils sont occupés ailleurs au moment du souper. L'art d'être parent est vraiment mis à mal. Est-ce que certains d'entre vous souhaiteraient commenter l'environnement dans lequel les enfants grandissent?

Il y a aussi les parents qui veulent que leurs enfants fassent du ballet, des arts martiaux, qu'ils soient guides ou scouts. Ces enfants sont aussi surprogrammés. Que peut faire le comité pour apporter tout au moins une certaine stabilité dans la vie de l'enfant?

Dre Sacks: Les enfants qui ont une certaine prédisposition génétique ou chimique seront en position de vulnérabilité. C'est pourquoi les cas sont si nombreux chez les enfants. Les temps sont difficiles pour les personnes qui ont besoin d'un rythme lent, de stabilité et d'une famille aux liens étroits. Les nouveaux styles de vie déclenchent plus tôt les problèmes chez les enfants vulnérables.

Vous dites que nous vivons à un rythme si frénétique que nous n'avons pas le temps de nous apercevoir que nos enfants souffrent. Là encore, il faut informer le public au sujet des signes et des symptômes. Les maux de tête ou d'estomac chez un petit enfant révèlent peut-être un trouble plus profond sur lequel il faudrait se pencher.

La société fait en sorte que ces troubles apparaissent beaucoup plus souvent et plus tôt. Cela explique peut-être pourquoi nous devons intervenir auprès de si nombreux jeunes.

However, it has not made it easier for people to come forward. It has not made it socially acceptable to come forward with the conditions that we have been talking about this morning. The parents are stressed out and trying to do the best for their kids, but perhaps we need to make it easier for them.

Dr. Davidson: That is a really insightful question. We know that the definition of the traditional family in Canada changed several years ago. To simplify it, the have kids are over-programmed and the have-not kids are in a fairly fragmented environment. We do know that most parents are doing the best they can.

The way in which we tackle this is critical. The last thing we want is to have parents feel that they are not adequate, or they are not doing a good enough job. Maybe we have to focus much more on lifestyle, and perhaps change of lifestyle, without pointing any fingers.

Dr. Waddell: We have talked a great deal about mental illness, mental disorders and things that require treatment. There is also a great deal of work, and certainly huge bodies of community and personal experience, regarding what creates mental health for children.

I want to highlight some wonderful, long-term work in Hawaii by Emmy Werner on children and populations at risk, such as the have-not kinds of kids to whom Dr. Davidson was referring.

What is it that enables children, even from some disadvantaged circumstances, to nevertheless go on to do well and be what we might call "resilient" or to thrive? Her work seems to depict some essential elements of positive mental health "goods," if you will, that the children need in order to be resilient and overcome disadvantage. The kids who did well had good learning abilities, enjoyed basic good health status and were connected through their parents, their communities or other sources to some sense of higher meaning, values or importance in their role in the world. The other crucial aspect was that kids needed the presence of one caring adult, one person in their life long term who was crazy about them and stuck with them. It did not have to be a biological parent, but every kid did need to have one adult who was there for him or her.

That is perhaps a very minimal standard if you are talking about the most basic things that children need for mental health, but I do not know that we could say that all Canadian children currently enjoy that. However, it certainly may help to focus things regarding what we posit as mental health goals.

Mr. Steiger: One measure of health might be adaptability to one's environment. We have to understand better the intrinsic factors that might knock one person out of balance more easily than another. I do not want to underplay in any way the importance of the social environment and the kinds of social and familial supports to which Dr. Waddell was referring.

Cependant, cela n'amène pas les gens à consulter plus facilement. Sur le plan social, il n'est pas plus acceptable de déclarer un des troubles dont nous avons parlé ce matin. Les parents sont stressés et font de leur mieux pour leurs enfants, mais il faudrait peut-être leur simplifier la tâche.

Dr Davidson: C'est vraiment une question très pertinente. Nous savons que la définition de la famille traditionnelle au Canada a changé depuis quelques années. Pour simplifier, on peut dire que les enfants des nantis sont surprogrammés et que les enfants pauvres vivent dans un environnement assez fragmenté. Nous savons que la plupart des parents font de leur mieux.

Tout dépend de la façon dont nous intervenons. Nous ne voulons surtout pas que les parents aient l'impression qu'ils ne sont pas à la hauteur ou qu'ils ne s'acquittent pas bien de leurs responsabilités. Nous devons peut-être mettre beaucoup plus l'accent sur le style de vie ou peut-être amener les gens à modifier leur style de vie, sans les pointer du doigt.

Dre Waddell: Nous avons beaucoup parlé de la santé mentale, des troubles mentaux et des maladies qui nécessitent un traitement. Mais il y a aussi beaucoup à faire et une énorme expérience communautaire et personnelle en ce qui a trait aux facteurs qui influencent la santé mentale chez les enfants.

J'aimerais souligner le merveilleux travail à long terme que réalise Emmy Werner à Hawaï auprès des enfants et des populations vulnérables telles que les enfants pauvres dont parlait le Dr Davidson.

Qu'est-ce qui permet aux enfants, même lorsqu'ils sont placés dans des situations désavantagées, de s'en tirer, de se débrouiller ou même de prospérer? Son travail semble pointer sur certains facteurs positifs de santé mentale dont les enfants ont besoin pour acquérir une résistance et surmonter leur handicap. Les enfants qui s'en tirent ont de bonnes aptitudes d'apprentissage, jouissent d'une bonne santé générale et adhèrent, par l'intermédiaire de leurs parents, de leur communauté ou d'autres sources, à des valeurs ou à un sens de la vie plus élevé, ou sont convaincus qu'ils ont un rôle important à jouer dans le monde. L'autre aspect crucial est que les enfants ont besoin de la présence d'un adulte aimant, d'une personne présente à long terme dans leur existence qui les aime et qui les appuie. Ce n'est pas nécessairement leur parent biologique, mais tous les enfants ont besoin d'un adulte sur lequel ils peuvent compter.

C'est peut-être le minimum que l'on puisse offrir aux enfants si l'on tient compte de leurs besoins les plus élémentaires en matière de santé mentale, mais je ne sais pas si tous les enfants canadiens obtiennent de nos jours ce minimum. Cependant, cela peut nous aider à préciser ce que nous préconisons comme but en matière de santé mentale.

Dr Steiger: L'adaptabilité à l'environnement est un des critères de santé. Nous devons mieux comprendre les facteurs intrinsèques qui sont susceptibles de déséquilibrer une personne plus facilement qu'une autre. Je ne veux absolument pas sous-estimer l'importance de l'environnement social et des appuis sociaux et familiaux auxquels la Dre Waddell faisait allusion.

These are evidently essential. We know that unacceptable experiences, such as childhood abuse, invariably figure among the risk factors for some of the more important mental health problems that we face.

In that same regard, there are certain areas, the eating disorders area in particular, where it may be possible to identify particular social factors and pressures. There is excellent research by Anne Becker, who looked at the impact of the introduction of television on an island community. She found a dramatic increase in preoccupation with weight and dieting among kids in that population. There is a fairly direct and simple relationship that could be targeted as a means of health prevention and promotion.

We can broaden that from simply saying that eating disorders or mental health problems are related to something as simple as dietary concerns. We are a kind of “more-ish” society. We do not have good concepts of limits or “good enoughness.” As a result, that presents a tremendous challenge to anyone who does not have an internal sense of where “good enough” lies. Perhaps that is another thing that we should encourage through schools and through the way we raise children. We should give that to our children.

Senator Cook: I am sure that in 10 years we will be dealing with addiction problems among young people using computers. I am convinced of it.

Can the state intrude into family life, and how can we help? As the chairman knows, I always go back to population health. I prefer to focus on wellness and population health. There is an opportunity for this committee, with your help and expertise, to make a difference there. It will be in the wellness area, and it will be in population health, given the way health is delivered through the federal to the provincial regimes. Thank you.

Senator Léger: There is power in the media image and fashion shows. Parents are dressing a six-month-old baby in Christian Dior. When the children are two or three, they are all dolls. It is costing immense amounts.

Should some of that teaching be done and should we hear more about that power? The child is born and he must be very cute. It is not surprising that when one becomes a teenager and spring is here, all the belly buttons will also be on display. Those who cannot do it feel inferior. That is the power of the image. That is all I wanted to say.

The Chairman: I thank all of our witnesses today. If you have any further thoughts on this issue as we progress, please feel free to contact us with your views. We are at the early stage of our study and your comments this morning have been helpful.

The committee adjourned.

Il est évident qu'ils sont essentiels. Nous savons que les expériences inacceptables telles que la maltraitance des enfants figurent invariablement parmi les facteurs de risque des problèmes de santé mentale les plus graves auxquels nous sommes confrontés.

Au même titre, il est possible dans certains cas, en particulier dans les troubles alimentaires, de pointer du doigt certaines pressions et certains facteurs sociaux. Anne Becker a consacré une excellente recherche à l'incidence qu'a pu avoir l'avènement de la télévision dans une petite collectivité insulaire. Elle a noté une augmentation spectaculaire de l'intérêt pour le poids et les régimes parmi les enfants de cette population. C'est un lien assez direct et simple que pourraient utiliser les campagnes de prévention et de promotion de la santé.

On peut extrapoler en disant tout simplement que les troubles alimentaires ou les problèmes de santé mentale sont liés à des facteurs aussi simples que les préoccupations alimentaires. Nous sommes une société d'opulence. Les limites ou la modération ne sont pas des notions bien définies. Par conséquent, il est extrêmement difficile de savoir «où s'arrêter» pour une personne qui n'a pas vraiment le sens de la modération. Voilà peut-être une autre chose que nous devrions transmettre par l'intermédiaire des écoles et par nos principes d'éducation. Voilà ce que nous devrions transmettre à nos enfants.

Le sénateur Cook: Je suis certaine que dans 10 ans les jeunes qui sont toujours derrière leur ordinateur souffriront de problèmes de drogues. J'en suis convaincue.

L'État peut-il intervenir dans les familles et que pouvons-nous faire pour aider? Le président sait que je reviens toujours à la santé de la population. Je préfère mettre l'accent sur le bien-être et la santé de la population. Le comité a la possibilité, grâce à votre aide et vos compétences, d'améliorer la situation. Il le fera dans le domaine du bien-être et de la santé de la population, puisque la santé relève des régimes fédéral et provinciaux. Merci.

Le sénateur Léger: Il ne faut pas oublier le pouvoir de l'image véhiculée par les médias et la mode. Les parents habillent leur bébé de six mois avec des habits signés Christian Dior. Quand les enfants ont deux ou trois ans, ce sont de véritables petites poupées. Tout cela coûte une fortune.

Est-ce qu'il faudrait tenir compte de cela dans les programmes d'information et parler plus du pouvoir de l'image? À la naissance, les enfants sont tous très mignons. Et dès qu'arrive le printemps, les adolescentes s'empressent de montrer leur nombril. Celles qui ne peuvent pas le faire se sentent inférieures. C'est ça le pouvoir de l'image. Voilà ce que je voulais dire.

Le président: Je remercie tous les témoins que nous avons entendus aujourd'hui. Si vous avez d'autres commentaires à faire sur le sujet, n'hésitez pas à nous les communiquer. Nous en sommes aux premières étapes de notre étude et les commentaires que vous nous avez présentés ce matin ont été très utiles.

La séance est levée.

From McGill University:

Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department; Director,
Eating Disorders Program, Douglas Hospital.

From the Children's Hospital of Eastern Ontario:

Dr. Simon Davidson, Chairman, Division of Child and Adolescent
Psychiatry.

From the Canadian Paediatric Society:

Dr. Diane Sacks, President-Elect;

Ms. Marie-Adèle Davis, Executive Director.

De l'Université McGill:

Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie;
directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas.

Du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario:

Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent.

De la Société canadienne de pédiatrie:

Dre Diane Sacks, présidente élue;

Mme Marie-Adèle Davis, directrice exécutive.



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

WITNESSES

TÉMOINS

Wednesday, April 30, 2003

From Health Canada:

Pam Massad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence; Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch.

From the University of Toronto:

Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children.

From the Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine:

Dr. Johanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist; Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research.

Thursday, May 1, 2003

From the University of British Columbia:

Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

(Continued on previous page)

Le mercredi 30 avril 2003

De Santé Canada:

Mme Pam Massad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

De l'Université de Toronto:

Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children.

Du Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine:

Dre Johanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé du Canada.

Le jeudi 1^{er} mai 2003

De l'Université de la Colombie-Britannique (par vidéoconférence):

Dre Charlotte Waddell, professeure adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

(Suite à la page précédente)