



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, May 6, 2003

Issue No. 14

Sixth and seventh 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 6 mai 2003

Fascicule n° 14

Sixième et septième 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.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Roberston
Keon	Roche
Léger	Rossiter

** Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Rossiter substituted for that of the Honourable Senator Kinsella (*May 2, 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.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, c.p.	Robertson
Keon	Roche
Léger	Rossiter

** Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification 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 Rossiter substitué à celui de l'honorable sénateur Kinsella (*le 2 mai 2003*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONTREAL, Wednesday May 6, 2003
(19)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 8:35 a.m. this day, in the Monet room at the Crowne Plaza Montreal Centre, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, and Robertson (8).

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 Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction.

From Laval University:

Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

From the University of Montreal:

Dr. Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

From the University of Montreal:

Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development.

From the Université du Québec à Montréal:

Mr. Henri Dorvil, Professor, School of Social Work;

Mr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie.

From the Douglas Hospital:

Mr. Eric Latimer, Health Economist.

Michel Maziade, Rémi Quirion and Laurent Mottron each made a presentation and answered questions.

At 10:34 a.m., the committee suspended.

At 10:47 a.m., the committee resumed.

PROCÈS-VERBAUX

MONTRÉAL, le mercredi 6 mai 2003
(19)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 8 h 35, dans la salle Monet du Crowne Plaza Montréal Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (8).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend l'examen des questions soulevées par et depuis le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies.

De l'Université Laval:

Le docteur Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

De l'Université de Montréal:

Le docteur Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

De l'Université de Montréal:

Le docteur Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

De l'Université du Québec à Montréal:

M. Henri Dorvil, professeur et chercheur, École de travail social;

M. Michel Tousignant, professeur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie.

De l'Hôpital Douglas:

M. Eric Latimer, économiste de la santé.

Michel Maziade, Rémi Quirion et Laurent Mottron font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 10 h 34, le comité suspend ses travaux.

à 10 h 47, le comité reprend ses travaux.

Richard Tremblay, Henri Dorvil, Michel Tousignant and Eric Latimer each made a presentation and answered questions.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

MONTREAL, Wednesday May 6, 2003
(20)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:36 p.m. this day, in the Monet room at the Crowne Plaza Montreal Centre, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, and Robertson (8).

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 Montreal:

Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrician, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine;

Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

From the Louis-H. Lafontaine Hospital:

Mr. Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living;

Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes.

From the Douglas Hospital:

Dr. James Farquhar, Psychiatrist;

Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry, Associate Professor, McGill University.

From the Douglas Hospital:

Ms. Myra Piat, Rechercher;

Mr. Amparo Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Divison

Ms. Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Divison;

Mr. Jacques Hendlisz, Director General;

Richard Tremblay, Henri Dorvil, Michel Tousignant et Eric Latimer font chacun un exposé et répondent aux questions.

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

ATTESTÉ:

MONTRÉAL, le mercredi 6 mai 2003
(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 36, dans la salle Monet du Crowne Plaza Montréal Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (8).

Également présents: De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi, 4 février 2003, le comité entreprend l'examen des questions soulevées par et depuis le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De l'Université de Montréal:

Le docteur Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine;

La docteure Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

De l'Hôpital Louis-H. Lafontaine:

M. Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté;

Le docteur Pierre Lalonde, directeur, Clinique jeunes adultes.

De l'Hôpital Douglas:

Le docteur James Farquhar, psychiatre;

La docteure Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie, Professeure agrégée, Université McGill.

De l'Hôpital Douglas:

Mme Myra Piat, chercheuse;

M. Amparo Garcia, chef clinico-administrative, Division des services ultraspecialisés pour adultes;

Mme Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des services sectorisés pour adultes;

M. Jacques Hendlisz, directeur général;

Ms. Robyne Kershaw-Bellemare, Director of Nurses Services.

Mimi Israël, James Farquhar, Pierre Lalonde, Jean-Jacques Leclerc, Renée Roy and Jean Wilkins each made a presentation and answered questions.

At 3:45 p.m., the committee suspended.

At 4:00 p.m., the committee resumed.

Jacques Hendlisz, Robyne Kershaw-Bellemare, Myra Piat, Amparo Garcia and Manon Desjardins each made a presentation and answered question

At 5:40 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Mme Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des soins infirmiers.

Mimi Israël, James Farquhar, Pierre Lalonde, Jean-Jacques Leclerc, Renée Roy et Jean Wilkins font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 15 h 45, le comité suspend ses travaux.

À 16 heures, le comité reprend ses travaux.

Jacques Hendlisz, Robyne Kershaw-Bellemare, Myra Piat, Amparo Garcia et Manon Desjardins font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 17 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

MONTREAL, Tuesday, May 6, 2003

The Standing Senate committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 8:35 a.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

Chairman: Welcome to the first of our hearings in Montreal. I thank our witnesses for coming on a rainy Montreal morning.

I will ask each of the witnesses to make a brief opening statement and then we will ask questions following the last presentation.

Our first witness is Dr. Michel Maziade, the Head of the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, from Laval University.

[*Translation*]

Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Laval University: Thank you honourable senators for listening to me this morning. I will summarize my brief in seven or eight minutes. Besides being a psychiatrist and head of the department, as you mentioned, Mr. Chairman, I am also a researcher on the identification of sick genes in schizophrenia and manic-depressive psychosis, two very widespread illnesses in Canada as well as in other western countries.

I also hold a Canada research chair in genetic psychiatry. I am a board member of our Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, which is headed by my colleague, Dr. Rémi Quirion.

I think that Canada and other western countries have trouble with the concept of mental health and mental illnesses. It is important for the committee to recognize that mental health and mental illness are two different things; they are two important concepts, but two very different ones.

For example, if I read the document you sent me, it clearly illustrates the point I am trying to make. The text reads as follows:

Mental health is each person's ability to feel things, to think and to act in a way that enables them to better enjoy life and better meet challenges.

However, your objective is accountability. I will come back to that a little later. The document also contains a chart on costs. Obviously, the costs you mention pertain to neuropsychiatric

TÉMOIGNAGES

MONTRÉAL, le mardi 6 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 8 h 35 aujourd'hui 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: Je vous souhaite la bienvenue à notre première audience à Montréal. Je remercie les témoins d'être venus malgré la pluie qui tombe sur Montréal ce matin.

J'invite chacun des témoins à faire une brève déclaration préliminaire. Nous poserons des questions après avoir entendu tous les exposés.

Nous entendrons d'abord le Dr Michel Maziade, directeur du Département de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

[*Français*]

Le docteur Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de Médecine de l'Université Laval: Je vous remercie, honorables sénateurs d'entendre mon opinion ce matin. Je vais la résumer en sept ou huit minutes. En plus d'être psychiatre et directeur du département, comme vous l'avez mentionné, monsieur le président, je suis aussi chercheur sur l'identification des gènes malades en ce qui a trait à la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, deux maladies très répandues au Canada comme dans les autres pays occidentaux.

Je suis aussi le détenteur d'une chaire de recherche du Canada en génétique psychiatrique. Je suis membre du Conseil de notre Institut canadien de recherche en santé mentale et en neurosciences, dirigé par mon collègue, le Dr Rémi Quirion.

Je crois que nous avons dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales, au Canada comme dans les autres pays occidentaux, un problème de concept. Il est important pour la Commission de réaliser que la santé mentale et la maladie mentale sont deux choses différentes; ce sont deux concepts importants, mais deux concepts très différents.

Si je lis, par exemple, le document que vous m'avez fait parvenir, il illustre très bien le point que je veux soulever. Le texte dit que:

La santé mentale est la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière de mieux jouir de la vie et à mieux faire face aux défis.

Par contre, vous donnez comme objectif l'imputabilité, en anglais «accountability». J'y reviendrai un peu plus loin. Ensuite, on retrouve dans le document un tableau sur les coûts. Il est clair

illnesses and serious mental illnesses, which, in my humble opinion represent at least 70 to 80 per cent of the costs.

Schizophrenia alone affects one per cent of our citizens, who take up 4 to 7 per cent of Canada's hospital beds. A vague and fleeting concept such as mental health cannot lead us to the desired goal, either from a research standpoint or in terms of providing care.

Mental health does not call neuropsychiatric illnesses by their name, of which there are seven or eight, which are very widespread among children, adults and seniors.

It is now clearly established that neuropsychiatric illnesses such as schizophrenia, manic-depressive psychosis, recurring major depressions and autism are diseases of the brain that have clear indicators. Those indicators exist in this country. They can be compared to figures from other countries. It is far too difficult for the mental health problems, which range from anxiety as a trigger for an infarctus to the quality of life of AIDS sufferers.

The concept of mental health is an important one, but it is different from that of mental illness. Either the two concepts must be dealt with separately or we will have a decision to make to determine which of the two concepts should be adopted, given the available funds.

As a psychiatrist working both in practice and in research in an interdisciplinary context, I would like to underscore the fact that known neuropsychiatric illnesses are diseases of the brain, but with serious biopsychosocial consequences. I certainly do not object to an applied interdisciplinary approach to research or to the treatment of neuropsychiatric illnesses.

In fact, those who want to turn a blind eye to the scientific proof that widespread neuropsychiatric illnesses are diseases of the brain have missed the entire point.

[English]

The Chairman: Thank you very much. Our second speaker is Dr. Rémi Quirion, the Scientific Director at the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction with the CIHR, the Canadian Institutes of Health Research.

[Translation]

Dr Rémi Quirion, Scientific Director of the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction: It is a pleasure to be here with you this morning to give you some statistics and to express my views on the state of research on mental illnesses and mental health in Canada.

que les coûts que vous mentionnez ont trait aux maladies neuropsychiatriques et aux maladies mentales sévères, ce qui représente, à mon humble avis, au moins 70 p. 100 à 80 p. 100 des coûts.

La schizophrénie, à elle seule, touche 1 p. 100 de nos citoyennes et citoyens, qui occupe de 4 à 7 p. 100 des lits d'hôpitaux au Canada. Un concept flou et vaporeux comme la santé mentale ne peut pas nous mener à ce que nous voulons obtenir comme objectif, tant au point de vue de la recherche que du point de vue de la distribution des soins.

Je crois que la maladie mentale et la santé mentale sont deux concepts différents. Le concept de la santé mentale s'abstient de désigner par leur nom les maladies neuropsychiatriques, au nombre de sept ou huit, qui sont très répandues chez les enfants, chez les adultes et chez les personnes âgées.

Il est bien établi maintenant que les maladies neuropsychiatriques comme la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, les dépressions majeures récidivantes et l'autisme sont des maladies du cerveau qui ont des indicateurs clairs. Ces indicateurs existent au pays. Ils peuvent être comparés aux chiffres des autres pays. Cela est beaucoup plus difficile pour les problèmes de santé mentale, qui vont de l'anxiété comme facteur déclencheur d'un infarctus jusqu'à la qualité de vie des malades affectés par le sida.

Le concept de santé mentale est un concept important, mais il est différent du concept de maladie mentale. Ou bien les deux concepts sont visés séparément ou bien on aura une décision à prendre pour savoir lequel des deux concepts on adoptera, compte tenu des fonds disponibles.

Comme psychiatre travaillant aussi en pratique et en recherche dans un contexte interdisciplinaire, j'insiste sur le fait que les maladies neuropsychiatriques connues sont des maladies du cerveau, mais avec de graves conséquences biopsychosociales. Mes idées ne vont nullement à l'encontre d'une approche interdisciplinaire appliquée à la recherche ou au traitement des maladies neuropsychiatriques.

D'ailleurs, c'est l'erreur d'interprétation que font souvent ceux qui veulent se soustraire à la réalité évidente et scientifiquement établie que les maladies neuropsychiatriques répandues sont des maladies du cerveau.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie. Notre deuxième témoin est le Dr Rémi Quirion, directeur scientifique à l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui relève des IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada.

[Français]

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies: C'est un plaisir d'être avec vous ici ce matin pour vous présenter quelques statistiques et exprimer ma position sur l'état de la recherche sur les maladies mentales et la santé mentale au Canada.

I would also like to thank the committee for holding these hearings. I think that they are very important. It is high time that we give greater priority and visibility to mental illness research in Canada.

We would like to commend the recommendations made by Senator Kirby's Senate Committee on Social Affairs to give Canadian institutes a certain percentage of the health budget for research purposes. This is very important and we are very pleased with this recommendation.

[English]

I want to make it very clear that the research in mental health and mental illnesses is underfunded in Canada compared with the costs to society. In 1998, the estimate was 14 billion dollars per year. It is likely to be higher today post-September 11, following the stress of the recent war and all of these things.

What about investment and research related to mental health and mental illnesses? It is hard to get complete data so I will talk here about the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. I do not have all the data for Health Canada and other governing councils.

Even at CIHR, it is not easy to dissect the relevance of mental illnesses compared with other aspects of brain research. However, the figure I have, which is partial at the moment, is in the range of about 40 million dollars per year for mental health, mental illnesses and addiction.

We need to increase funding in this critical area. I will argue that the model at CIHR, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction is the right one. It is a unique model. This is the first time we have put these elements together under one umbrella to try to stimulate collaboration among scientists interested in brain research.

Before I go in more detail about the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction in CIHR, I would like to emphasize that an important question to ask is: Why is research in mental health and mental illness underfunded compared with other areas?

[Translation]

Even with all the progress that has been achieved in medical research, it is still much more difficult to diagnose major depression than high-blood pressure or a cardiac problem, despite the knowledge of the two cardiologists, Senator Morin and Senator Keon. The brain is truly the last frontier. It is difficult to make an accurate diagnosis of brain-related illnesses.

Consequently, there tends to be some discrimination and stigmatization pertaining to mental illnesses and addictions. People with these afflictions still hide, people still are

J'aimerais aussi remercier le comité pour la tenue de ces audiences. Je pense qu'elles sont très importantes. Il est grand temps de mettre la recherche sur les maladies mentales en première position et sur la place publique au Canada.

Nous louons les recommandations du comité sénatorial des affaires sociales du sénateur Kirby d'allouer aux instituts canadiens un certain pourcentage du budget de la santé pour la recherche. C'est très important et nous sommes très heureux de cette recommandation.

[Traduction]

Je tiens à souligner que la recherche sur la santé mentale et les maladies mentales est sous-financée au Canada compte tenu des coûts que ces maladies entraînent pour la société. En 1998, ces coûts étaient évalués à 14 milliards de dollars par année. Ils sont vraisemblablement plus élevés aujourd'hui étant donné les événements du 11 septembre 2001, le stress occasionné par la guerre récente, etc.

Qu'en est-il des investissements et des recherches dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales? Comme il est difficile de recueillir des données complètes sur ce domaine, je me limiterai aux Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Je n'ai pas de données complètes pour Santé Canada et d'autres conseils subventionnaires.

Même pour les IRSC, il n'est pas facile de distinguer la recherche en santé mentale des recherches portant sur d'autres aspects du cerveau. Cependant, même si les chiffres que j'ai obtenus sont partiels, je dirais que les sommes investies dans le domaine de la santé mentale, des maladies mentales et des toxicomanies s'élèvent à environ 40 millions de dollars.

Il faut absolument subventionner davantage ce domaine de recherche capital. À mon avis, il faut privilégier le modèle des IRSC, notamment de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. C'est une formule unique car c'est la première fois qu'on a regroupé tous ces éléments afin de stimuler la collaboration entre les scientifiques intéressés par la recherche sur le cerveau.

Avant de vous parler plus longuement de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui relève des IRSC, j'aimerais souligner que nous devons nous poser une question importante: pourquoi la recherche dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales est-elle sous-financée comparativement à d'autres secteurs de recherche?

[Français]

Même avec les progrès de la recherche médicale, il est beaucoup plus difficile de diagnostiquer la dépression majeure qu'une hausse de tension artérielle ou un problème cardiaque, en dépit des connaissances de deux cardiologues, le sénateur Morin et le sénateur Keon. La dernière frontière, c'est vraiment le cerveau. Il y a des problèmes en termes de diagnostic précis des maladies associées au cerveau.

Il en résulte une certaine discrimination et stigmatisation des maladies mentales et des toxicomanies. On se cache encore, on a encore honte de souffrir d'une maladie mentale. Ceci fait que la

embarrassed about suffering from a mental illness. As a result, the family is not there to support the patient. The general public is not as knowledgeable as it should be. We are not exerting enough pressure on the various government levels, including the federal government, to provide adequate funding for research on mental health and mental illnesses.

The federal government and the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction must play a significant role in finding ways to reduce the discrimination against people suffering from mental illness and addiction in Canada.

My objective is that it should be as easy to talk about mental illness as it is about cancer and heart disease, without judging the individual suffering from the mental illness.

Because of this discrimination, there are not many strong charitable organizations that can really form an effective lobby at the government level.

The Canadian Institute of Mental Illness and Mental Health does play a role, but a very small one. We do not have the funds available to the National Cancer Institute, for example, in order to establish some kind of lobby. That, therefore, is another problem.

Another important point that has already been raised by my colleague, Michel Maziade, pertains to the dichotomy that exists between mental health and mental illness. Nobody can be against mental health, everybody is in favour of health, obviously. Nevertheless, we must not forget about the people who suffer from mental illness.

We, as the specialists in the field, must agree amongst ourselves, but also with you and the government leaders, that mental illnesses are indeed brain diseases. These are truly physical illnesses, brain diseases.

I mentioned that the Canadian Institutes of Health Research provide approximately \$40 million per year for mental illnesses and addictions.

Approximately \$50 million per year is spent on neuroscience research, research into the way that the brain and the neurons operate. This is not an insignificant hand out of money, but it needs to be increased, we have to go farther. We are in an excellent position to do so.

Canada is one of the world leaders in the area of neuroscience research. In terms of the impact of our discoveries in neuroscience, we rank second or third. We therefore have excellent capacity. We are quite strong in the area of mental health. We need to do some rebuilding on the addiction side: we lost many of our significant researchers in the 90s.

famille n'est pas là pour supporter le malade. Le grand public n'est pas aussi connaissant qu'il devrait l'être. On ne met pas suffisamment de pression sur les différents niveaux de gouvernement, incluant le gouvernement fédéral, pour financer adéquatement la recherche en santé mentale et sur les maladies mentales.

Le gouvernement fédéral et l'Institut neurosciences, santé mentale et toxicomanies doivent jouer un rôle majeur afin de trouver des moyens pour diminuer la discrimination contre les personnes atteintes de maladie mentale et souffrant de toxicomanie au Canada.

Mon objectif est qu'il soit aussi facile de parler de cancer et de maladies cardiaques que de maladies mentales, sans jugement de la personne qui souffre de la maladie mentale.

À cause de cette discrimination, il n'y a pas beaucoup d'organismes bénévoles puissants qui peuvent vraiment avoir un lobby efficace au niveau du gouvernement.

L'Institution canadienne des maladies mentales et santé mentale est présente, mais très petite. On n'a pas les fonds que le National Cancer Institute, par exemple, peut avoir pour faire un certain lobby. C'est donc un autre problème.

Un autre point important qui a déjà été souligné par mon collègue, Michel Maziade, concerne la dichotomie entre la santé mentale et la maladie mentale. Personne ne peut être contre la santé mentale, tout le monde est pour la santé, évidemment. Il ne faut toutefois pas oublier les personnes qui souffrent de maladie mentale.

Il faut se mettre d'accord entre nous, spécialistes dans le domaine, mais aussi avec vous et avec les dirigeants gouvernementaux, à savoir que les maladies mentales, ce sont des maladies du cerveau. Ce sont vraiment des maladies physiques, des maladies du cerveau.

J'ai mentionné qu'environ 40 millions de dollars par an viennent des Instituts de recherche en santé du Canada, ayant comme cible les maladies mentales et les toxicomanies.

On peut imputer à cette somme environ 50 millions de dollars par an pour des recherches en neurosciences, des connaissances du fonctionnement du cerveau et des connaissances du fonctionnement des neurones. Ce n'est pas négligeable, mais il faut l'augmenter, il faut aller plus loin. Nous sommes en excellente position pour le faire.

Le Canada est une des forces en recherche en neurosciences à travers le monde. On s'est classé deuxième ou troisième à travers le monde pour l'impact de nos découvertes en neurosciences. On a donc une bonne capacité. On est assez fort aussi en santé mentale. Il faut reconstruire du côté toxicomanies: nous avons perdu plusieurs de nos grands chercheurs dans les années 1990.

[English]

By putting all these specialists together at the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, we have a unique opportunity to have a great impact — not only in terms of discovery of the cause of mental illnesses but also to better treatment for Canadians that suffer from these diseases.

For example, there is a substance in our brain called dopamine. A person with too much can develop schizophrenia; a person with too little can develop Parkinson's disease. Dopamine is also important in addiction. Therefore, rather than having the neurologists, the psychiatrists and the addiction specialists working in their own corners, we try to put them together. At the end of the day, I think, the impact of their research will be much greater.

To give you a sense of what we do, I have provided information on our strategic plan and a summary of what we have been doing over the past few years. I would like to describe some of the more recent initiatives at the institute. We have supported a training ground to train the next generation of scientists: One on suicide here at the Université du Québec in Montreal; two on autism, one at McGill and one at Queen's University; two on tobacco abuse; one on mental health in First Nation; and two in health services research on or how to improve treatment. A grant of \$15 million covers these projects.

We also have a new emerging teams program, which promotes the development of multidisciplinary research teams. We have also undertaken programs addressing Fetal Alcohol Syndrome, FAS, and Post-Traumatic Stress Disorder, and a national placebo initiative. We also have a program on discrimination. We are now sponsoring a team at the University of Victoria in on trying to find better ways to reduce stigma against people suffering from mental disorders. We need your support on that one; it is a key program at the institute.

The question of ethics is closely related and very important to mental health issues and mental illnesses. I have submitted a copy of our call for applications for a neuroethics program to provide you with a little more detail on what is different in terms of ethics when you think about mental illnesses compared with some other disorders.

Knowledge translation is another important area. It is important to ensure that the work of scientists such as Michel Maziade and Laurent Mottron is translated into practice — that it is not left on the shelf.

[Traduction]

En rassemblant tous ces spécialistes au sein de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, nous avons une occasion exceptionnelle d'accroître les retombées de nos recherches, non seulement pour ce qui est d'élucider les causes de la maladie mentale mais également d'améliorer le traitement des Canadiens et des Canadiennes affligés de ces maladies.

Je vous donne un exemple. Le cerveau humain contient de la dopamine. Or, un excès de dopamine peut entraîner la schizophrénie, alors qu'une quantité insuffisante de cette même substance peut causer la maladie de Parkinson. La dopamine joue également un rôle important dans la toxicomanie. Voilà pourquoi nous avons essayé de rassembler des neurologues, des psychiatres et des spécialistes du traitement de la toxicomanie qui jusque-là travaillaient de façon isolée. Grâce à cette mise en commun des compétences, leurs recherches auront sans doute des retombées beaucoup plus considérables.

J'ai préparé de l'information sur notre plan stratégique ainsi qu'un résumé de nos activités des dernières années pour vous donner une idée de ce que nous faisons. Je vais passer en revue certains des projets récents de l'Institut. Nous appuyons un centre qui contribuera à la formation de la prochaine génération de scientifiques: un de ces centres, qui porte sur le suicide, est situé à l'Université du Québec à Montréal; il y en a deux sur l'autisme, dont l'un à l'Université McGill et l'autre à l'Université Queen's. Nous contribuons également à d'autres centres de ce genre, dont deux portent sur l'usage du tabac, l'un sur la santé mentale des Premières nations et deux, sur la recherche sur les services de santé, c'est-à-dire sur les moyens d'améliorer les traitements. Ces différents projets bénéficient d'une subvention de 15 millions de dollars.

Nous avons également un nouveau programme de subventions aux équipes en voie de formation qui favorise la formation d'équipes de recherche multidisciplinaires. Nous avons également mis sur pied des programmes de recherche sur le syndrome d'alcoolisme foetal et sur l'état de stress post-traumatique, de même qu'un projet national sur les placebos. Nous avons également un programme sur la discrimination. Nous subventionnons les travaux d'une équipe de l'Université de Victoria qui cherche à trouver les meilleurs moyens de combattre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Du reste, nous avons besoin de votre soutien à cet égard, car c'est un des programmes essentiels de l'Institut.

La question de l'éthique est étroitement liée à la recherche sur la santé mentale et les maladies mentales et elle revêt beaucoup d'importance. Je vous ai remis une copie de notre appel de demandes relativement à un programme de neuroéthique, afin de vous donner plus de précisions sur les facteurs différents dont il faut tenir compte lorsqu'on fait des recherches sur une maladie mentale par rapport à des recherches sur d'autres maladies.

La mise en application des connaissances est également importante. Il faut faire en sorte que les résultats des travaux de scientifiques comme Michel Maziade et Laurent Mottron soient traduits dans la pratique, au lieu d'accumuler la poussière sur les étagères.

Finally, where do we go from here? We will be undertaking national strategies on tobacco abuse and nicotine addiction, suicide, neurogenetics, gambling and addiction. We have our work set out over the coming years.

We have two recommendations: First, increase funding for neurosciences, mental health and addiction research in Canada, and second, a national action plan for research in the field for this country. Of course, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction will be very pleased to play a key role on that one.

[Translation]

Dr. Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Montreal: Thank you for giving me the opportunity to present opinions which come from 15 years of clinical research in the field of neurosciences and developmental disorders.

I am a research physician responsible for a specialized clinic working in the area of autism, which is a field that combines development neurology and psychiatry.

My remarks will emphasize two points that are mainly organizational and legislative and that seem to me to have the possibility of significantly improving the quality of psychiatric research in Canada.

My first point deals with clinical research in the hospital setting. I will take a simple example. To fund my scientific research, I obtain a grant of some \$130,000 a year from the Canadian Institutes of Health Research, which is not really very much money.

Moreover, in order to have subjects for my research and a specialized clinic, it costs about \$300,000 a year at the hospital. That means that the costs of clinical research are paid mainly by the hospital and do not count as research costs.

What makes the situation much worse is that it is generally the hospitals that decide on their own whether to invest in a specialized clinic that will be used for research or whether to allow clinicians to concentrate on their practices. Some physicians in clinical practice have no interest in research.

So my point is that two things seem to be changing where clinical research in hospitals is concerned. It seems to me that clinicians have too much leeway with respect to research requirements.

They can decide not to do research and, even though they have a scientific background, they can decide to practice without any involvement in research.

Enfin, quelles sont nos orientations futures? Nous allons élaborer des stratégies nationales sur l'usage du tabac et la dépendance à la nicotine, le suicide, la neurogénétique, le jeu pathologique et la toxicomanie. Voilà nos domaines de travail pour les prochaines années.

J'ai deux recommandations à vous adresser. Premièrement, il faudrait accroître le financement des recherches dans le domaine des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies au Canada. Deuxièmement, il faudrait tracer un plan d'action national pour les recherches dans ce domaine. Bien entendu, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies sera très heureux de jouer un rôle primordial à cet égard.

[Français]

Le docteur Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal: Je vous remercie de me donner l'occasion de présenter les opinions qui viennent d'une quinzaine d'années de recherche clinique dans le domaine des neurosciences et des troubles du développement.

Je suis médecin chercheur et responsable d'une clinique spécialisée qui travaille dans un domaine intermédiaire entre la neurologie du développement et la psychiatrie: l'autisme.

Dans mon intervention, je veux insister sur deux points plutôt organisationnels et législatifs, qui me paraîtraient pouvoir augmenter de façon significative la qualité de la recherche en psychiatrie au Canada.

Mon premier point traite de la recherche clinique dans le cadre des hôpitaux. Je vais partir d'un exemple simple. Pour financer ma recherche scientifique, j'obtiens des Instituts canadiens de recherche en santé environ 130 000 \$ par an, ce qui est en fin de compte assez peu.

Par ailleurs, pour avoir les sujets sur lesquels se font ma recherche, pour avoir une clinique spécialisée, il en coûte environ de 300 000 \$ par an à l'hôpital. Ceci veut dire que lorsqu'on fait de la recherche clinique, le coût principal est en général défrayé par l'hôpital et n'est pas un coût de recherche.

Ce qui est beaucoup plus grave, c'est que les hôpitaux sont en général les seuls à décider s'ils investissent dans une clinique spécialisée qui servira à la recherche ou s'ils donnent libre cours aux cliniciens dans leur pratique. Dans certains cas, on retrouve des cliniciens qui n'ont aucun souci de la recherche.

Mon point est donc le suivant: deux choses semblent à modifier dans le cadre de la recherche clinique dans les hôpitaux. Premièrement, le niveau de liberté dont bénéficient les cliniciens en ce qui a trait à la recherche me semble actuellement trop important.

Les cliniciens peuvent décider de ne pas faire de recherche, et bien qu'ils soient de formation scientifique, ils peuvent décider de faire une pratique complètement déconnectée de la recherche.

On the other hand, hospitals do not have the funding needed to enable some of their clinical physicians to carry out research. It is still very difficult for physicians and non-physicians to spend part of their time on research without having the status of full-time or half-time clinical researcher.

Another aspect of this suggestion relates to the status of Ph.D.s in hospitals. Although their careers are entirely devoted to research, these people are at a lower level in the hierarchy than physicians. It is very difficult, for example, for a non-physician Ph.D. to head up a specialty in a hospital. It seems to me that that should be changed.

My second point is quite different. We are talking today about mental health research. There are a certain number of brain disorders that, traditionally or because of the efforts of lobby groups, come under the heading of mental illness: I talked about mental retardation and autism.

Many lobby groups insisted that autism be “removed” from psychiatry. This has had a lot of beneficial effects. It had resulted in autism — in part as to integrate those affected and help them lead normal lives — has been shifted completely to regular schools and rehabilitation centres.

Now we need to look at the negative and troubling side of this development. “Removing” autism and development disorders in general, such as mental retardation, from psychiatry has led, in my opinion, to a huge drop in the expertise brought to bear in working with these people.

When an autistic child is in a regular school, the teacher applying a rehabilitation method is under no constraint to take a scientific approach. The method can be completely unscientific.

I am highlighting the perverse effect of what is basically a very good idea, that is, to help people with development problems lead normal lives and integrate them into a regular system.

Senator Pépin: When you say that people are less aware when it comes to mental illnesses, there is also the fact that they are afraid, since this is definitely a medical area that is not well-known but that people would like to know more about. There is still a lot of fear about mental illness.

Although I worked as a nurse in a psychiatric hospital for a couple of months, that was a very long time ago. I am certainly not an expert in that field.

But it is important to be out there and to get the message out. But when people realize just how much research you do, it is easy to understand why it is very difficult to get things done.

I read that by the year 2020, many more young people will have mental health problems. I therefore think it is high time to tackle the problem and demand the necessary funding for research.

Par ailleurs, les hôpitaux n'ont pas d'aide financière pour permettre à certains de leurs cliniciens de participer à des tâches de recherche. Il reste très difficile pour des médecins ou des non-médecins de consacrer une part de leur temps à la recherche sans obtenir, de façon absolue ou à mi-temps, le statut de chercheur clinicien.

Une autre corrélation reliée à cette suggestion concerne le statut des Ph.D. dans les hôpitaux. Ce sont des gens dont la carrière est entièrement consacrée à la recherche, mais ils sont dans une situation hiérarchiquement inférieure à celle des médecins. Il est, par exemple, très difficile pour un Ph.D non-médecin de diriger une clinique spécialisée dans un hôpital. Il me semble que cela devrait être changé.

Mon deuxième point est tout à fait différent. Nous parlons aujourd'hui de la recherche en santé mentale. Il existe un certain nombre de maladies du cerveau qui, traditionnellement ou par l'action des groupes de lobbying, relèvent de la maladie mentale: j'ai parlé de la déficience intellectuelle et de l'autisme.

Beaucoup de groupes de lobbying ont insisté pour ce qu'ils appellent «sortir» l'autisme de la psychiatrie. Cela a eu beaucoup d'aspects bénéfiques. Le résultat est que l'autisme — pour des raisons aussi d'intégration et de normalisation —, est complètement pris en charge par les écoles régulières et les centres de réadaptation.

Il faut maintenant voir le côté négatif et inquiétant de cet aspect. Le fait d'avoir «sorti» l'autisme de la psychiatrie et des troubles du développement en général, comme la déficience intellectuelle, se traduit, à mon avis, par une impressionnante baisse de technicités des prises en charge effectuées.

Lorsqu'un autiste est dans une école régulière, l'enseignant qui applique une méthode réadaptative n'a, en fait, aucune contrainte quant au niveau de scientificité des méthodes qu'il applique. Il peut fonctionner complètement hors science.

J'insiste sur l'effet pervers de ce qui, au départ, est une très bonne idée, soit la normalisation des personnes qui ont des problèmes de développement, et le fait de les intégrer dans un système régulier.

Le sénateur Pépin: Lorsque vous dites qu'on connaît moins ce qui se fait en maladies mentales, on est aussi effrayé, en ce sens que c'est définitivement un domaine médical qu'on ne connaît pas mais qu'on aimerait connaître. On est encore très craintif à ce sujet.

Même si j'ai passé quelques mois en tant qu'infirmière dans un hôpital psychiatrique, cela fait déjà très longtemps de cela. Je me sens tout à fait incertaine dans ce domaine.

On réalise donc l'importance d'être beaucoup plus visible et d'en parler de plus en plus. Évidemment, lorsqu'on voit le montant de recherche que vous faites, on comprend une des raisons pour lesquelles c'est très difficile de fonctionner.

J'ai lu dans des documents que vers l'année 2020, on verra un pourcentage très élevé de jeunes qui souffriront de maladie mentale. Je pense donc qu'il est grand temps qu'on s'y attarde et qu'on réclame les fonds nécessaires pour la recherche.

I will probably make some wrong assumptions, since you reeled off so many names of associations, but please feel comfortable, because we have with us two illustrious doctors who know everything, whereas we have everything to learn.

Is there a national mental health research program or a program dealing with the different kinds of mental illnesses? Does Canada have an umbrella organization today? Who would manage and fund such an organization?

Do we have a national organization which is on top of the latest developments in the field?

Dr. Quirion: We do have a new organization, which was created three years ago, and which is called the Canadian Institutes of Health Research. I am in charge of one of these institutes, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction. It is a kind of umbrella organization. Dr. Michel Maziade sits on the board of directors.

However, we do not really have an integrated national research network on depression, for instance, along with a Canada-wide network. There are only a handful of embryonic organizations.

Usually a researcher and some of his or her colleagues work in close cooperation, but not usually on a national scale. I do not think we necessarily need a national network dedicated to mental illnesses, because researchers must work together when they share the same views and not just because they may share an interest in a particular area. However, team work should be promoted and Michel Maziade heads a fairly important team.

Senator Pépin: In other medical area, there is a certain interaction. I understand that your organization collects data from many sources.

Is there interaction? Do you have the necessary funding to bring people together?

Dr. Quirion: Yes, there is a fair amount of collaboration. Another advantage we Canadians have over our American colleagues is that there is a lot of collaboration amongst Canadian teams. It is easier to work together. So if we have the means to fulfil our intentions, I think our research will have a much greater impact.

Dr. Maziade: I would like to add, senator, that another reason why we are lagging, apart from the reasons mentioned by Dr. Quirion, namely ostracism and guilt, is the fact that families affected by neuropsychiatric illnesses stay hidden. Rich families who may have a member with a neuropsychiatric illness...

Senator Pépin: Do not want to get involved.

Dr. Maziade: You will see them make donations for cancer research. Corporations compete with one another. At the beginning of the 1970s, there was an anti-medical movement in the West. In Canada, the movement appeared in Quebec. This, of course, hindered networking.

Je vais probablement faire des erreurs parce que je vous ai entendu prononcer les noms de toutes vos associations mais, en fait, sentez-vous bien à l'aise, parce qu'on a deux éminents docteurs qui savent tout, alors que nous, nous avons tout à apprendre.

Y a-t-il un programme national de recherche en santé mentale ou en maladies mentales? Cela existe-il en ce moment, à l'échelle nationale, où tout le monde travaille ensemble? Et par qui est-il géré et financé?

Y a-t-il un organisme national qui est au courant de tout ce qui se produit?

Dr Quirion: L'organisme national en émergence, qui existe depuis trois ans, s'appelle Les Instituts canadiens de recherche en santé. Donc, l'institut que je dirige aux Instituts canadiens, l'Institut de recherche en neurosciences, santé mentale et toxicomanies est un genre de chapeau national. Le Dr Michel Maziade fait partie du conseil d'administration.

Par contre, il n'y a pas vraiment de réseau intégré national de recherche sur la dépression, par exemple, avec un réseau pancanadien. Il n'y a que des embryons, et très peu.

Il demeure encore le chercheur et quelques collègues qui travaillent un peu en collaboration, mais pas très souvent à l'échelle nationale. Je ne pense pas qu'il soit absolument nécessaire d'avoir un réseau national dans tous les domaines des maladies mentales parce que les chercheurs doivent travailler ensemble s'ils ont des affinités personnelles, et non seulement selon les sujets traités. Par contre, on devrait promouvoir un peu plus le travail en équipe, et Michel Maziade dirige une équipe assez importante.

Le sénateur Pépin: On voit dans différents autres domaines médicaux, qu'il peut y avoir une certaine interaction. Je comprends que votre organisme ramasse les données de ce qui se fait à peu près partout.

Y a-t-il de l'interaction? Avez-vous assez de fonds pour permettre à tous les gens de travailler tous ensemble?

Dr Quirion: Il y a quand même beaucoup de collaboration. L'autre avantage que nous avons au niveau canadien comparativement à nos collègues américains, c'est qu'il y a beaucoup plus de collaboration entre les équipes au Canada. C'est plus facile de collaborer. Donc, si nous avons les moyens qui correspondent à nos intentions, je pense que l'impact de notre recherche serait beaucoup amélioré.

Dr Maziade: J'ajouterais à cela, sénateur, que ce qui nous a retardés, en plus des raisons mentionnées par le Dr Quirion, soit l'ostracisme et la culpabilité, c'est que les familles atteintes par les maladies neuropsychiatriques se cachent. Les familles riches atteintes par les maladies neuropsychiatriques...

Le sénateur Pépin: Ne veulent pas s'impliquer.

Dr Maziade: Elles vont plutôt donner des fonds pour le cancer. Il y a des luttes entre les corporations. On a vu, au début des années 1970 un mouvement antimédical dans tous les pays occidentaux. Au Canada, on l'a vu au Québec. Et cela a nuit au réseautage.

But it also hinders, which leads me back to my point, the development of concepts. We have to talk about these illnesses. I realize that your objectives include setting priorities, finding the right indicators and comparing them to other countries.

But to reach these objectives, there is no getting around talking about mental illnesses. You have to talk about schizophrenia and manic-depressive psychosis, which alone affect over a million Canadians, as you probably know. Some people are hit with these illnesses by the age of 20. Ten per cent commit suicide when they are still young and others are affected for the rest of their lives.

Another 2 per cent of the population suffers from recurring major depression and 8 per cent suffer from major depression their entire life. And if you consider that eight or nine neuropsychiatric illnesses for which we now have clear scientific data, in my humble opinion, it will be easier for you to set priorities and to look at Canada as a whole.

Right now, if you look at Canada's mental health policy and Quebec's, it is difficult to find the word "schizophrenia." You find the expressions "severe and persistent problems," which are catch-all phrases, that have a non-medical, anti-psychiatric origine. You find that the term "psychiatrised." In cardiology, you never say "a cardiologized patient." You say a person, a patient suffering from infarctus or ischemic heart failure.

In the Canadian government policy, you do not say cellular health, you say cancer. And you talk about every type of cancer. So I think that in our field, one must talk about schizophrenia. There are clear, international indicators of manic-depressive psychosis, severe hyperactivity, et cetera. The syndromes exist.

It took several years for the WHO to say something very simple. The WHO worked for several decades before realizing it was important to have a good medical diagnostic tool in the health sector to establish and assess the care, distribution of care and research.

In our field — and I am sure you will notice this during your study — the concepts are vague. And it will be difficult to find people who will talk about neuropsychiatric illnesses and diseases of the brain, who talk about the concept of mental illnesses rather than the concept of mental health.

Senator Pépin: It is because people are very scared to speak out. People want to know more, to work on the problem, but they feel they are venturing into the unknown. This is the first time I have opened a document and when reading it, I realize I do not understand it very well.

Dr. Maziade: Senator Pépin, we must bear in mind that 750,000 Canadians who suffer from schizophrenia and manic-depressive psychosis are between the ages of 16 and 75. And you will ask yourself the following question: Where are they, since they are no longer in institutions?

Mais cela nuit — je reviens sur mon point —, surtout au niveau des concepts. On doit parler des maladies. J'ai compris que vos objectifs étaient d'établir des priorités, de trouver les bons indicateurs, et de comparer les indicateurs aux autres pays.

Pour atteindre ces objectifs il faut absolument parler de maladies mentales. Vous devez parler de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive qui, à elles seules, touchent plus de un million de Canadiens, comme vous le savez sans doute. Certains tombent malades à l'âge de 20 ans. Dix pour cent se suicident en jeune âge, d'autres sont malades toute leur vie.

Un autre 2 p. 100 de la population souffre de dépression majeure récidivante, et 8 p. 100 souffre de dépression majeure toute leur vie. Et si vous tenez compte des huit ou neuf maladies neuropsychiatriques sur lesquelles nous avons des données scientifiques maintenant claires, il vous sera, à mon humble avis, plus facile d'établir des priorités et de regarder l'ensemble du Canada.

Actuellement, lorsqu'on examine la politique de santé mentale du Canada et la politique de santé mentale du Québec, il est difficile de trouver le mot «schizophrénie». On trouve les expressions «troubles sévères et persistants», qui sont des concepts fourre-tout, qui ont une origine antimédicale, antipsychiatrique. On retrouve le terme «psychiatrisé». Dans le domaine de la cardiologie, on ne dit pas: un malade cardiologisé. On dit une personne, un patient qui souffre d'infarctus ou d'insuffisance coronarienne.

On ne dit pas, dans la politique du gouvernement canadien, la santé cellulaire; on dit: le cancer. Et on parle de chaque type de cancers. Donc, je crois que dans notre domaine, il faut parler de schizophrénie. Il existe des indicateurs clairs, internationaux, de psychose maniaco-dépressive, d'hyperactivité sévère, et cetera. Les syndromes existent.

D'ailleurs, après plusieurs années, l'OMS en est venue à dire une chose bien simple. L'OMS a travaillé pendant plusieurs décennies avant de se rendre compte qu'il fallait un bon diagnostic médical dans le domaine de la santé pour pouvoir établir et évaluer les soins, la distribution des soins et la recherche.

Dans notre domaine — et vous allez sans doute le remarquer durant votre enquête — les concepts sont flous. Et ce sera difficile d'avoir des gens qui parlent de maladies neuropsychiatriques et de maladies du cerveau, qui parlent du concept des maladies mentales plutôt que du concept de santé mentale.

Le sénateur Pépin: C'est parce que c'est un domaine où on est très craintif. On veut en savoir plus, on veut travailler, mais on sent qu'on s'en va dans un domaine inconnu. C'est la première fois que j'ouvre un dossier et en le lisant, je me rends compte que je ne le comprends pas très bien.

Dr Maziade: Sénateur Pépin, nous devons garder en mémoire que 750 000 Canadiens et Canadiennes, qui souffrent de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive, sont âgés entre 16 et 75 ans. Et vous allez vous poser la question: où sont-ils, puisqu'on a les désinstitutionnalisés?

Where are the new patients? Twenty per cent of schizophrenic patients still do not respond to drugs and are readmitted to hospital.

In other words, if you talk about illness and think in terms of illness, I think that some of your concerns will disappear. I think we must stop waffling and call a spade a spade. That is a basic concept that Canada has not yet grasped.

Dr. Quirion: Perhaps we could draw an analogy with cancer research. At the end of the 1950s and the beginning of the 1960s, everyone was very scared of cancer. Breast cancer, for example, meant a quick death.

Heart problems were viewed very much the same way. Now, in terms of our understanding, we may be late in the field of brain research. It is a little more complicated.

The time is now. There is a great deal of expertise in Canada because of the national health care system. That allows us to collect data and to have data banks that are much more impressive than in the United States. Take the new genome research, for example.

I think we could have a major impact and we should not be afraid to forge ahead. If we forge ahead with the expertise we currently have, we will succeed in finding the causes of brain diseases and of mental illnesses.

[English]

The Chairman: I have one supplementary question. I always use Alzheimer's as the example of something; it used to be that older people were "senile" or they were just "old" Now the public uses the word Alzheimer's.

All three of you made comments that deal with what I would call really obvious illnesses. You talked about bipolar; you talked about schizophrenia; you talked about autism. Where does the notion of "common depression" fit in the research agenda? Does it have a place or is it essentially like the common cold in that it is sufficiently uninteresting from a research standpoint and most people can live with it — sometimes with medication — so it never gets to the research agenda.

I ask this because Dr. Quirion said, for example, there is no national focus on depression or stress-related diseases. However, the data indicates that the percentage of Canadians who suffer at least some element of mild depression — I do not know if the term is mental illness — is growing very rapidly. There is an increased demand for services — not only from psychiatrists, but also from psychologists, social workers. Many family practitioners are now spending one third or half of their time acting as counsellors, because it is the only way they can get it covered under medicare.

Les nouveaux malades, où sont-ils? Il y a encore 20 p. 100 de patients schizophrènes qui résistent aux médicaments et qui sont admis de nouveau à l'hôpital.

Autrement dit, si vous parlez de maladie et vous pensez en termes de maladie, je crois que certaines de vos inquiétudes disparaîtront. Il faut, je pense, cesser de faire la langue de bois et appeler les choses et les maladies par leur nom. C'est un aspect conceptuel de base qui n'a pas encore été atteint au Canada.

Dr Quirion: Nous pourrions peut-être faire une analogie avec la recherche sur le cancer. À la fin des années 1950 et au début des années 1960, on avait très peur du cancer. Le cancer du sein, par exemple, signifiait une mort rapide.

Même face aux problèmes cardiaques, à ce moment-là, la crainte était énorme. À l'heure actuelle, en termes de niveau de connaissance, on est peut-être en retard dans le domaine des recherches sur le cerveau. C'est un peu plus compliqué.

En anglais, on dit souvent: «The time is now.» On a vraiment beaucoup d'expertise au Canada à cause du système de santé national. Cela permet d'avoir des collectes de données et des banques de données beaucoup plus impressionnantes que ce qu'il peut y avoir aux États-Unis. Je pense, par exemple, aux nouvelles recherches sur le génome.

Je pense qu'on pourrait avoir un impact énorme et on ne devrait pas avoir peur de foncer. Si on fonce avec l'expertise qu'on a présentement, on va réussir à trouver des causes des maladies du cerveau, des maladies mentales.

[Traduction]

Le président: J'ai une question complémentaire. Je donne toujours l'exemple de la maladie d'Alzheimer; auparavant, on disait que les personnes âgées étaient «séniles» ou tout simplement «vieilles». Mais aujourd'hui, tout le monde connaît et utilise le nom de la maladie d'Alzheimer.

Vous avez tous les trois parlé de maladies qui sont évidentes: le trouble bipolaire, la schizophrénie, l'autisme. Mais qu'en est-il de la «dépression commune»? Fait-elle partie de votre programme de recherche ou s'agit-il d'une maladie comme le rhume banal, qui n'intéresse pas les chercheurs puisque personne n'en meurt, si bien qu'elle n'est jamais le sujet de recherches.

Si je pose la question, c'est parce que le Dr Quirion a déclaré, entre autres, qu'il n'y a pas de centre national de recherche sur la dépression ou les maladies causées par le stress. Et pourtant, d'après les statistiques, le pourcentage de Canadiens qui souffrent d'une affection liée à une dépression légère augmente très rapidement. Je ne sais pas si on peut parler de maladie mentale dans ce cas. On assiste donc à une augmentation de la demande de services non seulement de psychiatres, mais également de psychologues et de travailleurs sociaux. Beaucoup de médecins de famille passent désormais le tiers ou la moitié de leur temps à faire de la psychothérapie, parce que c'est la seule façon dont ces services peuvent être payés par le régime d'assurance-maladie.

Does that whole area fit in the research agenda, or is it at a sufficiently low level that nobody pays any attention?

Dr. Quirion: No, to the contrary. Although in terms of genetic studies such as Dr. Maziade's group is doing, there is more focus on bipolar, there is a lot of research activity on depression and on what is commonly called "burn-out," which can be politically correct in a sense — a man will suffer "burn-out" and a woman will suffer "depression." Again, there is a stigma associated with these terms. One "owns" a burnout as a result of hard work. "Depression" connotes weakness. This is the reality.

The Chairman: He is right.

Senator Pépin: That is true. It is a reality.

Dr. Quirion: There is a lot of basic neuroscience research on the processes that relate to what you call a kind of common depression and burn out. At the institute, we are starting to look at mental health in the workplace. Mental well-being and depression are major issues in the work place. Stress-related illnesses are big issues as well. Therefore, these are part of our research agenda.

Senator Keon: Thank you. All three presentations have been very interesting. I have been sitting here thinking — to quote Yogi Bera — "It is déjà vu all over again."

Some 30 years ago when there was a bit of money and so much to be done, we used to sit around the Medical Research Council table and debate where we should go. Should we invest our money in good basic research and stop wasting our money on anecdotal research or anecdotal cataloguing and some of the clinical research we were doing?

As that universe unfolded, we have reached a point through CIHR where we are investing in good basic research and the clinical research in which we investing is funded on the base knowledge that is coming out of the basic research. The drug trials are classical examples. You have to discover the drug before you can do the trials.

Here we are talking about research into and the management of mental illness. On the one hand, we seem to be getting to a point where we are beginning to understand the psychopharmacology of mental illness. Dr. Quirion used a good example, with dopamine in the brain and whether there is too much or too little. Tweak the dopamine and you get rid of two problems, one of each side of the equation — if you know how to tweak it.

Dr. Quirion raised the question of an action plan, but I would like the two other speakers to comment as well. We cannot cover everything because there are not enough resources, there is not enough money and there are not enough people. Therefore, an

Est-ce que ce domaine de recherche figure dans votre plan ou est-il délaissé par les chercheurs?

Dr Quirion: Non, bien au contraire. Dans le cadre des études génétiques comme celles qu'effectue l'équipe du Dr Maziade, on met davantage l'accent sur le trouble bipolaire, mais beaucoup de recherches se font sur la dépression et sur ce qu'on appelle communément le «burn-out» ou l'épuisement professionnel. Soit dit en passant, c'est pour des raisons de rectitude attitude politique que l'on utilise ce terme: On dira qu'un homme souffre de «burn-out», tandis qu'une femme souffre de «dépression». Et il y a des préjugés associés à ces termes. On fait un burn-out parce qu'on a travaillé très fort, alors que la dépression est associée à la faiblesse. Ces préjugés sont réels.

Le président: Il a raison.

Le sénateur Pépin: C'est tout à fait vrai.

Dr Quirion: Il se fait beaucoup de recherche fondamentale en neurosciences sur les mécanismes de ce que vous appelez la dépression commune et le burn-out. À l'Institut, nous avons commencé à nous pencher sur la santé mentale dans le monde du travail. Le bien-être psychique et les dépressions sont des questions importantes en milieu de travail. Les maladies causées par le stress le sont également. Par conséquent, elles font partie de notre programme de recherche.

Le sénateur Keon: Merci. Vos exposés étaient tous les trois très intéressants, mais je ne pouvais m'empêcher de penser, en vous écoutant, à une citation du légendaire Yogi Bera: «Voilà le déjà vu qui recommence».

Voilà 30 ans, quand on avait un peu d'argent et qu'il y avait tant de choses à faire, nous nous réunissions autour de la table du Conseil de recherches médicales pour débattre de ce que nous allions faire. Devions-nous consacrer l'argent à de solides recherches fondamentales et cesser de le gaspiller dans des recherches ou du catalogage anecdotiques et dans certaines études cliniques que nous menions?

Les choses ont évolué et maintenant, les IRSC subventionnent de bonnes recherches fondamentales, si bien que les études cliniques que nous finançons reposent sur des connaissances de base que nous avons acquises grâce aux recherches fondamentales. Les essais de médicament en sont l'exemple classique. Il faut bien sûr découvrir le médicament avant de pouvoir procéder aux essais cliniques.

En l'occurrence, nous discutons des recherches sur les maladies mentales et de leurs traitements. Ainsi, nous commençons à comprendre les aspects psychopharmacologiques de la maladie mentale. Le Dr Quirion en a donné un bon exemple, en décrivant les effets d'un excès ou d'une insuffisance de dopamine dans le cerveau. Ainsi, en modifiant légèrement la quantité de dopamine — pourvu qu'on sache le faire correctement — on peut corriger deux problèmes différents, l'un dû à la carence et l'autre à la surabondance de cette substance dans le cerveau.

Le Dr Quirion a évoqué la nécessité d'un plan d'action, mais j'aimerais entendre l'avis des deux autres témoins à ce sujet. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour faire des recherches sur tout, car il n'y a ni assez d'argent ni assez de personnel. Par

action plan must have a flagship. It must have a strong direction. Should that strong direction be in the area of the understanding of psychopharmacology or should we continue to smatter the money out into all of the dimensions of mental illness that we know?

I would like all three of you to comment on that.

Dr. Maziade: I would say that when we look at research and practice, disease by disease, we already have data that can help us to improve our situation in Canada. For instance, with respect to Senator Kirby's comment on depression, it is now established scientifically that when you focus on depression, with established international criteria to define depression, the most efficient treatment is the combination of appropriate pharmacotherapy medication plus psychotherapy of specific type — called cognitive therapy, working on self-esteem, et cetera — combined. It has been well established that the combination is better than the medication alone and better than psychotherapy alone. However, when you talk about mental health problems in general, you cannot derive this from the literature or from the people to whom you are speaking.

For schizophrenia, it is established that for those who respond well to the new antipsychotic drugs, alleviating symptoms is again the combination of pharmacotherapy and familial support and what we call "social support therapy" is most efficient than medication alone or psychotherapy alone. This is a trend that has been established for 10 years, yet we never see that in Health Canada documents, in the policies of the provincial governments. It is the same situation for autism, although there has been less research there than in schizophrenia or depression.

In terms of the clinical practice, we need both sides — the psychotherapy or psychosocial, and action direct on brain physiology. Research also shows that psychotherapy can affect connectivity and the neurobiology of the brain.

It is also affecting research. We also need research on both sides — to improve psychotherapy and the efficiency of psychosocial support and to learn more about neurobiological forms of treatment such as pharmacology.

I am talking about disorders. I am talking about specific diseases. I am not talking about helping Canadians to be happy in life. We must focus on disorders and categories on a disease-by-disease basis. For the past 20 to 30 years, there has been a bias against our field. In my view, that was a social movement that was anti-medical, anti-psychiatry and so on. That is over now. It is clear that there are specific disorders and environmental factors triggering a genetic vulnerability in most of our patients — schizophrenia, for example, which has a very strong genetic basis — but we know that those are susceptibility genes and that

conséquent, tout plan d'action doit avoir une orientation très nette. Devrions-nous nous orienter très clairement vers l'élucidation des mécanismes psychopharmacologiques ou plutôt continuer à saupoudrer l'argent à droite et à gauche, en finançant des recherches sur toutes les dimensions de la santé mentale que nous connaissons?

J'aimerais connaître l'avis de chacun de vous à ce sujet.

Dr Maziade: À la lumière des recherches et des pratiques relatives à chacune des maladies, je dirais que nous avons déjà des données qui nous permettront d'améliorer la situation au Canada. Par exemple, pour revenir à ce que le sénateur Kirby a dit au sujet de la dépression, il est désormais établi scientifiquement que le traitement le plus efficace de la dépression — cette maladie étant définie en fonction des critères internationaux établis — est la combinaison d'une pharmacothérapie appropriée et d'une psychothérapie d'un type particulier, appelée thérapie cognitive, qui comporte entre autres des méthodes d'amélioration de l'estime de soi. Il est prouvé que la combinaison de ces méthodes donne de meilleurs résultats que le recours uniquement au traitement médicamenteux ou à la psychothérapie. Cependant, pour ce qui est de l'ensemble des problèmes de santé mentale, on ne peut pas obtenir de données aussi concluantes en dépouillant la littérature médicale ou en discutant avec certaines personnes.

Ainsi, dans le cas des schizophrènes qui répondent bien aux nouveaux antipsychotiques, ce qui soulage le mieux les symptômes c'est la combinaison d'un traitement médicamenteux, du soutien familial et de ce que nous appelons une «thérapie de soutien social»; nous savons que cette approche est plus efficace que le traitement médicamenteux à lui seul ou la psychothérapie sans médication. C'est une tendance bien établie depuis dix ans, et pourtant elle n'est jamais abordée dans les documents de Santé Canada ni dans les politiques des gouvernements provinciaux. Il en va de même pour l'autisme, même si cette maladie a été moins étudiée que la schizophrénie ou la dépression.

Dans la pratique clinique, nous avons besoin de ces deux éléments du traitement: la psychothérapie ou le soutien psychosocial, d'une part, et un médicament agissant directement sur la physiologie du cerveau. Les recherches indiquent par ailleurs que la psychothérapie peut avoir un effet sur la connectivité et la neurobiologie du cerveau.

Ces nouvelles connaissances ont également des effets sur la recherche. Il faut faire des recherches sur ces deux aspects afin d'améliorer la psychothérapie et l'efficacité du soutien psychosocial tout en élargissant nos connaissances au sujet de modes de traitement neurobiologiques comme la pharmacologie.

Je vous parle de troubles mentaux et de maladies précises. Je ne parle pas d'aider les Canadiens et les Canadiennes à être heureux. Nous devons cibler des troubles et des catégories de troubles précises. Depuis 20 ou 30 ans, notre domaine est mal vu. Cela découle à mon avis d'un mouvement social qui rejetait la médecine, notamment l'antipsychiatrie. Cette époque cependant est révolue. Il est clair aujourd'hui que certains facteurs du milieu déclenchent des troubles particuliers chez des gens ayant une vulnérabilité génétique. C'est le cas de la schizophrénie, par exemple, qui est fortement associée à des facteurs génétiques.

environmental factors trigger or help the brain to develop a disorder. It is the same for most depressions, hyperactivity, for obsessive-compulsive disorder, and for Tourette's Syndrome, which is a prevalent disorder of ticks and other brain symptoms.

[Translation]

Dr. Mottron: I would like to answer the question as to whether we should put the onus on fundamental research or clinical or applied research?

I would like to get back to organizational issues. The objective of this meeting was to deal with issues pertaining to research funding. What I am talking about is how to get more bang for our buck from the two current systems, whose primary raison d'être is not research, while limiting their freedom to remain isolated from research. The two systems to which I refer are, on the one hand, medical clinics and, on the other hand, education and rehabilitation.

As things stand, a doctor working in a hospital is in no way bound to be involved in a research project. A teacher using a rehabilitation technique when working with a mentally retarded or autistic child is, at the moment, by no means bound to transparency regarding the scientific methods he applies.

In terms of budgets, the amount of money allocated to rehabilitation and health in general far exceeds the amount allocated to research.

I wish to underscore that, in the case of a clinic specialized in clinical research, the money spent on fundamental research constitutes perhaps 20 per cent of the total research costs, by which I mean access to patients and evaluating patients using standardized methods, as well as the costs associated with the outcome of this fundamental research on diagnosis and care provided.

I, therefore, suggest that organizational issues pertaining both to the link between medicine and research and to that between special education and research, be studied.

The autonomy in terms of research which is currently enjoyed by both the medical and teaching professions is in some ways very positive but can, in some cases, lead to a lack of openness towards research.

Let it be understood that I am not an anti-medicine apologist. I am not really bothered whether those who carry out research are doctors or not. The question is not relevant to our discussion.

[English]

Dr. Quirion: I would like to add a couple of comments. What Dr. Mottron has described is critical. It is always difficult in this country because there are federal and provincial jurisdictions. With respect to provision of services at the hospital level, it falls

Nous savons qu'il y a des gènes qui prédisposent à certaines maladies et que certains facteurs du milieu jouent le rôle d'un déclencheur ou amènent le cerveau à développer une maladie. Il en va de même, dans la plupart des cas, pour la dépression, l'hyperactivité, le trouble obsessionnel-compulsif et le syndrome de Gilles de la Tourette, trouble courant caractérisé par des tics et d'autres symptômes cérébraux.

[Français]

Dr Mottron: Je voudrais répondre à la question, à savoir: est-ce qu'on doit plutôt s'orienter vers des choix de recherche fondamentale ou vers des choix de recherche clinique ou plus appliquée?

Je voudrais revenir sur les aspects organisationnels. Le but de cette rencontre devait traiter de questions de financement de recherche. Ce dont je vous parle vise l'augmentation de la rentabilité de deux systèmes existants qui ne sont pas en premier lieu des systèmes de recherche, c'est-à-dire la clinique médicale d'un côté, la pédagogie de la réadaptation de l'autre, en restreignant dans les deux cas leur liberté de fonctionner hors recherche.

Actuellement, un médecin qui travaille dans un hôpital n'est aucunement obligé d'être impliqué dans un projet de recherche. Un enseignant qui applique une méthode de réadaptation à un enfant déficient intellectuel ou à un enfant autiste n'est actuellement, en aucun cas, contraint à être transparent dans les méthodes scientifiques qu'il applique.

Au niveau des budgets, les sommes consacrées à la réadaptation et à la santé en général sont extraordinairement plus importantes que la somme qui est consacrée à la recherche.

Je veux insister sur l'ensemble du budget de recherche d'une clinique spécialisée en recherche clinique, la part de recherche pure comprend peut-être 20 p. 100 de ce qu'il en coûte pour que la recherche soit possible, c'est-à-dire l'accès aux patients, l'évaluation des patients selon des méthodes standardisées, ainsi que la retombée de la recherche fondamentale sur le diagnostic et sur le soin.

Je suggère donc que des aspects organisationnels sur la nature du lien entre la médecine et la recherche d'une part, et entre la pédagogie spécialisée et la recherche d'une autre part, doivent être soulevés.

À l'heure actuelle, l'autonomie de la profession médicale d'un côté, et de la profession pédagogique de l'autre, en ce qui a trait à la recherche, présente des aspects très salutaires, mais aussi, dans certains cas, une certaine fermeture à l'égard de la recherche.

Bien entendu, je ne souscris pas à l'antimédecine. Que ce soient des médecins ou des non-médecins qui font la recherche, cela me laisse un peu indifférent. La question est ici non pertinente.

[Traduction]

Dr Quirion: Je voudrais ajouter deux choses. Ce que vient de décrire M. Mottron est essentiel. C'est toujours un problème dans notre pays, à cause des domaines de compétence fédéraux et provinciaux. En ce qui concerne la prestation de services en milieu

under the provincial mandate. However, we need to work with the provincial organization, the various ministers, as well as research organizations such as the FRSQ here in Quebec to try to promote research in clinical 'milieu'.

It is true they have a lot of demands, they are overworked, and that some of them do not have the training to be able to be involved in a research project. However, at least in institutions that have a university affiliation, it should be understood that for a clinician to be there part of the job is associated with research, that there is a goal to try to advance knowledge. It is not just providing services. That is true of all kinds of clinicians — not just medical doctors — but also nursing staff, psychologists, and social workers.

We need a national plan. It is a big mandate and of course, some provinces would support it more than others, but that is politics. I think we need to move in that direction.

I am always very optimistic and that is probably why I took the job that I have now. One of the beauties of CIHR is that we are trying to have an integrated approach. We are not there yet, but we are trying to do more and more in the strategic initiative of the institute is an integrated approach. The health services specialist talks with the basic scientist and the clinician. They information and eventually they will start to share or exchange language. When I started in that field a few years ago, it was as though one professional was speaking French and the other one was speaking Chinese. The culture was so different.

Yet, increasingly, in some of the more integrated programs, I think each side has started to see the benefits of working together. That has occurred in the suicide training ground program that we are just beginning to fund here in Montreal. Previously, the focus was social. I never talked to someone interested in brain neurochemistry. Now, it is part of the team. Likewise, with autism research — it now covers the whole spectrum.

Rather than having different fields compete with one another, we are trying to work together. It will take some time; it will not happen overnight. There are some who resist change. However, it is my hope that the next generation of scientists that will have been through these kinds of more multidisciplinary programs will be more open to it.

For example, let us say that tomorrow we find a gene associated with depression or autism. What does the team or the person do with that gene? I would think they would need to then talk to an epidemiologist and to a population health specialist to study what the impact might be on the developed population.

hospitalier, elle relève du mandat provincial. Cependant, nous sommes obligés de collaborer avec l'organisme provincial, les différents ministres ainsi que les organismes de recherche comme le FRSQ au Québec pour promouvoir la recherche en milieu clinique.

Évidemment, la demande est forte, tout le monde est surchargé de travail et certains intervenants n'ont pas la formation nécessaire pour intervenir dans un projet de recherche. Néanmoins, dans les organismes affiliés à une université, il faudrait considérer que pour qu'un médecin participe à des travaux, ceux-ci doivent comprendre un élément de recherche et comporter un objectif de progrès scientifique. Il ne s'agit pas simplement de faire une prestation de services. Et c'est vrai pour toutes les catégories de cliniciens, non seulement les médecins, mais aussi le personnel infirmier, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Il nous faut un plan national. Évidemment, c'est un mandat considérable et certaines provinces y seront plus favorables que d'autres, mais ça, c'est une question de politique. Je pense qu'il faut nous engager dans cette direction.

Je suis toujours très optimiste et c'est sans doute pour cela que j'ai accepté le poste que j'occupe actuellement. L'un des avantages des IRSC, c'est qu'ils visent une formule intégrée. Nous ne l'avons pas encore atteinte, mais notre initiative stratégique vise de plus en plus une approche intégrée. Les spécialistes des services de santé dialoguent avec les scientifiques et les cliniciens. Ils échangent de l'information et finissent par partager le même langage. Lorsque j'ai débuté dans ce domaine il y a quelques années, on avait l'impression qu'un professionnel parlait français tandis qu'un autre parlait chinois, tant les cultures étaient différentes.

Mais de plus en plus, dans les programmes les mieux intégrés, chacun commence à voir les avantages de la collaboration. C'est ce qu'on a constaté dans le programme de prévention du suicide que nous avons commencé à financer à Montréal. Auparavant, le programme mettait l'accent sur l'élément social. Je n'avais encore jamais dialogué avec un spécialiste en neurochimie du cerveau. Maintenant, nous en avons un dans l'équipe. Dans le domaine de la recherche sur l'autisme, c'est la même chose. Toutes les spécialités sont représentées.

Au lieu de mettre les différents domaines de connaissances en concurrence, nous les amenons à collaborer. C'est parfois fastidieux; les résultats n'apparaissent pas du jour au lendemain. On remarque une certaine résistance au changement, mais j'espère que la prochaine génération de scientifiques qui entreront en contact avec ces programmes plus multidisciplinaires manifesteront une plus grande ouverture.

Supposons que nous découvriions demain un gène lié à la dépression ou à l'autisme. Que va faire l'équipe ou le responsable de ce gène? Je suppose qu'il va falloir consulter un épidémiologiste et un spécialiste de la santé de la population pour étudier les conséquences éventuelles de la découverte pour la population concernée.

This integrated approach is a bit of a paradigm shift, but that is what we are trying to achieve at CIHR. It is still very young — it started only three years ago and we need to give the system a chance to succeed. Of course, we need a bit more money, but I think we have a potential for partners. There are possible partners in both the provincial and federal governments.

[Translation]

Senator Pépin: If I understand you correctly, you are saying that you would agree that medical personnel working in a university centre or teaching hospital carry out research. You also said that not all clinicians are involved in research.

So, doctors at teaching hospitals should be doing research. Is that what you think? You said that many doctors, or clinicians, do not carry out research.

Dr. Mottron: What I am saying is that there is a marked conflict between the autonomy of certain professions and their involvement in research.

For example, a doctor who has a clinic is perfectly free to enter his data into a data base which is compatible with research but, on the other hand, he is also free to use a language which would be used by no one but him.

If we try to limit this freedom we are normally met by a general outcry. In the field of rehabilitation, to give a parallel example, a mentally retarded child will perhaps spend only two days in his entire life with a specialized team.

However, he will spend several years with teachers. This means that the teachers who are the ones using special education techniques are, it could be argued, 200 times more important than the specialized speech language pathologist who only spent three hours contact with the child.

This means that using research findings in a way which is beneficial to those involved in the health care and education systems is essential, because research, as an activity in its own right, will never receive enough funding.

For example, when somebody needs research subjects, he or she cannot, with the funds available from the ICRC, finance a clinic to get these subjects. He would have to ask a clinician.

I made a different choice because, given that I am also a clinician, I was able to find subjects myself. This, however, is a luxury which I can allow myself because I have a foot in both camps. In the majority of cases, where a doctor of something other than medicine, I would be completely at the mercy of a doctor being kind enough to fill in the files in the way in which they could be used for research.

Cette approche intégrée constitue plus ou moins un changement de paradigme, mais c'est ce que nous voulons faire aux IRSC. L'initiative est encore jeune — elle n'a commencé qu'il y a trois ans, et il faut lui laisser une chance d'aboutir. Évidemment, il nous faut des crédits supplémentaires, mais nous pouvons trouver des partenaires, aussi bien parmi les autorités provinciales que fédérales.

[Français]

Le sénateur Pépin: Si je comprends bien, vous seriez d'accord que le personnel médical qui travaille dans un centre universitaire, dans un hôpital universitaire, fasse la recherche clinique. Vous dites que ce n'est pas tous les cliniciens qui font de la recherche.

Donc, les médecins rattachés à un hôpital universitaire devraient faire de la recherche. Ne serait-ce pas une de vos approches? Vous dites que vous voyez plusieurs médecins, en fait des cliniciens, qui ne font pas de recherche.

Dr Mottron: Ce que je dis, c'est qu'il existe un conflit profond entre l'autonomie et la liberté de certaines professions et leur implication dans la recherche.

Le médecin qui tient une clinique, par exemple, est tout à fait libre d'entrer ses données dans une base de données compatible avec la recherche ou, au contraire, d'avoir un langage complètement à lui qui ne sera utilisé par personne.

Si on essaie d'empiéter sur cette liberté, en général, les professions poussent de hauts cris. Dans un autre domaine, tout à fait parallèle, qui est celui de la réadaptation, un enfant ayant une déficience intellectuelle va peut-être passer deux jours en tout et partout dans sa vie en contact avec une équipe spécialisée.

Il va passer plusieurs années en contact avec des enseignants. Ce qui veut dire que les enseignants en tant que transmetteurs de méthodes de pédagogie spécialisée sont, on pourrait dire, deux cents fois plus importants que l'orthophoniste spécialisé qui n'aura passé que trois heures avec l'enfant.

Ce signifie que multiplier les conséquences des acquis de recherche auprès des professions qui font partie du système de santé ou du système pédagogique est essentiel, parce que jamais la recherche n'aura les sous pour mener entièrement à bien ce qui est en fait inhérente à elle.

Par exemple, lorsqu'on a besoin de sujets pour une recherche, on ne peut pas, avec le montant des subventions du CIHR, financer une clinique qui va fournir ces sujets. Il faut demander à un clinicien.

Moi, j'ai fait un choix différent parce que, étant clinicien aussi, je les ai retrouvés moi-même. C'est toutefois un luxe que je peux me permettre parce que j'ai les deux affiliations. Dans la plupart des cas, si j'étais Ph.D non-médecin, je serais complètement à la merci d'un médecin qui voudra bien, dans son infinie bonté, remplir les dossiers de façon à ce qu'ils soient utilisables pour la recherche.

However, in the medical profession, as in any profession, there is the good and the bad in terms of civic engagement. There are those who work solely in their own interests and then there are those who work a little or a lot for others.

I think that this conflict between professional freedom and civic engagement in terms of research must be addressed openly and frankly. This is particularly true when we ask teachers to be transparent regarding the rehabilitation methods that they use. We have to ask questions. Why are you doing that? What evidence are you basing yourselves on?

People say to us: "Why are you sticking your nose in? What do hospitals and researchers have to do with school? We do not want you here."

It is a bit like a stock reaction, and it probably is understandable. However, in terms of applying research findings to daily life, it is not a good thing. I think that we have to dare to encroach a little on the autonomy of the medical and teaching professions in this field.

Currently, the College of Physicians tells doctors that they are duty bound to promote and carry out research. It does not go any further than that.

Senator Morin: I am going to put three short questions to each of you. Dr. Maziade, I would like to read you a text which was published in one of this country finest newspapers on Saturday, in other words, three days ago. Allow me to read an extract:

According to basic medical principles, we cannot prevent a disease if we do not know its causes. Consequently, when dealing with mental illness, if we focus most of our efforts on prevention or the promotion of a healthy lifestyle, we are simply diverting attention from those diseases which cost Canadians the most money. Mental health problems are hard to define concepts and, rather than facilitating accountability to the population and the government, they simply muddy the waters.

First, I would like to ask Dr. Maziade what he thinks of the author who wrote this article.

Second, I would like to know what he thinks about this seemingly fairly radical article. I will pass it around.

Dr. Maziade: In fact, senator, it is not a radical article. I think that it is very clear. It is clear in the sense that, currently, we are moving towards a laudable approach which entails preventing disease rather than waiting for it to affect all sectors of society. This brings me back to your comments and to those made by Senator Kirby regarding depression. I approve of such a medical philosophy. What I wrote was that we cannot prevent any disease without understanding its causes.

To prevent an atmospheric phenomenon, to prevent an earthquake or to prevent a disease, we have to understand the causes and target the causes before the disease raises its head.

Or, dans la profession médicale, on a du meilleur au pire, comme dans n'importe quelle profession, en terme d'engagement civique des gens qui travaillent juste pour eux et des gens qui travaillent un peu ou beaucoup pour les autres.

Je pense que ce conflit entre la liberté d'une profession et son engagement civique pour la recherche devrait être adressé franchement, sans gêne, en particulier, lorsqu'on s'adresse à des enseignants pour leur demander d'être transparents dans les méthodes réadaptatives qu'ils utilisent. Pourquoi faites-vous cela? Sur quelles preuves vous basez-vous?

On nous dit: «Mais de quoi vous mêlez-vous? Qu'est-ce que l'hôpital ou la recherche vient faire dans l'école? N'entrez pas ici, et laissez vos chaussures à l'entrée.»

Cela peut être une réaction quasiment corporative; elle a probablement ses raisons d'être. Dans le domaine de l'application dans la vie courante des acquis de recherche, cela a de mauvaises conséquences. Et il faut probablement oser enfreindre un tout petit peu la liberté d'autonomie des professions médicales et enseignantes dans ce domaine.

Actuellement, le Collège des médecins dit à ses médecins que cela fait partie de notre devoir de faire de la recherche et de la favoriser. Cela ne va pas plus loin.

Le sénateur Morin: Je vais poser trois courtes questions à chacun d'entre vous. Docteur Maziade, j'aimerais vous lire un texte qui a été publié dans un des meilleurs journaux du pays, samedi dernier, il y a trois jours. J'en lis un extrait:

D'après un principe médical fondamental, on ne peut prévenir une maladie dont on ignore les causes. Par conséquent, dans le traitement des maladies mentales, orienter le gros des efforts sur la prévention ou la promotion de la santé en ce moment ne fera que détourner notre attention des maladies qui occupent le plus de coûts au Canada. Les problèmes de santé mentale sont des entités vagues qui brouillent les pistes au lieu de faciliter l'imputabilité auprès de la population et du gouvernement.

J'aimerais demander au Dr Maziade, premièrement, ce qu'il pense de l'auteur qui a écrit un tel article.

Deuxièmement, je voudrais savoir ce qu'il pense d'un texte qui semble assez radical. Je vais faire circuler le document.

Dr Maziade: En fait, sénateur, ce n'est pas un texte radical. Je crois que c'est un texte clair. Clair dans le sens que, pour revenir à plusieurs de vos commentaires ou à celui du sénateur Kirby à propos de la dépression, c'est qu'actuellement, on s'est dirigé vers une philosophie qui est effectivement louable, qu'il faut tenter de prévenir la maladie plutôt qu'attendre que la maladie ne survienne dans tous les secteurs. J'approuve cette philosophie médicale. Ce que j'ai écrit, c'est qu'on ne peut prévenir une maladie, quelle qu'elle soit, si on en ignore les causes.

Pour prévenir un phénomène atmosphérique, pour prévenir un tremblement de terre ou pour prévenir une maladie, il faut connaître les causes et agir sur les causes avant que la maladie n'apparaisse.

In various specialties, we can, to a certain extent, prevent certain diseases. But for schizophrenia, manic-depressive psychosis and major recurring depression, we do not understand what makes the brain more vulnerable. We do not know the causes, in a specific environment, which trigger these diseases.

As I wrote in my text, concentrating funds on prevention will be to the detriment of “[...] the three or four diseases which affect more than a million Canadians because we have to move towards what is termed secondary prevention,” in other words, we have to act early, as soon as the disease raises its head.

All of the new drugs for schizophrenia, manic-depressive psychosis and several other syndromes such as autism have improved recently, but they only relieve the symptoms, none of them provide a cure.

There is no cure for major neuropsychiatric syndromes. There is no biological diagnostic test, as there is for diabetes. As Dr. Qurion mentioned, it is still difficult to diagnose those illnesses. It takes us a few years before being sure of the diagnosis.

A certain percentage of major depressions, however, are the exception because the new antidepressants combined with specific psychotherapy treatments have proven very effective for some of those major depressions.

We all know that major depression is heterogeneous and is therefore caused by several illnesses that have varying environmental and biological causes, as is the case with anemia.

So this is not a radical article, senator. I think you have just quoted a rather clear statement.

Senator Morin: You agree with the author?

Dr. Maziade: I agree with the author.

Senator Morin: I think a basic principle could be that research is surely one of the fundamental solutions to the problem of mental illnesses at the current time in Canada and that adequate resources should be earmarked for that purpose.

I see three problems here, which you in fact referred to. The absence of volunteer groups who fund mental health research in Canada is a serious problem.

Research funding by volunteer organizations in Canada is a Canadian success story. In the United States, the American Heart Association does not fund heart research. That concept is very Canadian. Our Canadians are generous. It is a Canadian tradition to be generous towards health research.

Volunteer groups provide funding for research on cancer, Parkinson's disease and a whole list of illnesses. I think that is something you should consider.

Dans diverses spécialités, il y a certaines maladies que nous pouvons prévenir, jusqu'à un certain point. Mais pour la schizophrénie comme pour la psychose maniaco-dépressive et les dépressions majeures récidivantes, nous ignorons les causes qui rendent le cerveau plus vulnérable. Nous ignorons les causes, dans l'environnement spécifique, qui déclenchent ces maladies.

Pour l'instant, détourner les fonds vers la prévention nous fera ignorer ce que j'ai écrit dans le mémoire: «[...] les trois ou quatre maladies qui affectent plus de un million de Canadiens parce qu'il faut plutôt aller vers la prévention dite secondaire», c'est-à-dire qu'il faut agir très tôt, dès que la maladie est apparue.

Tous les médicaments actuels qui touchent la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive et plusieurs autres syndromes comme l'autisme, se sont améliorés récemment mais ils soulagent les symptômes, aucun ne guérit.

Il n'existe actuellement aucun traitement curatif pour les grands syndromes neuropsychiatriques. Il n'existe pas encore aucun test diagnostique biologique comme pour le diabète. Comme l'a mentionné le Dr Qurion, c'est encore difficile de diagnostiquer ces maladies. Il nous faut quelques années avant d'être certain du diagnostic.

Un certain pourcentage des dépressions majeures fait exception car, à l'heure actuelle, les traitements liés aux nouveaux antidépresseurs associés à une forme spécifique de psychothérapie démontrent une efficacité excellente pour une proportion des dépressions majeures.

On sait que la dépression majeure est hétérogène et donc, elle est formée, comme l'anémie, par exemple, de plusieurs maladies ayant des causes environnementales et biologiques différentes.

Ce n'est donc pas un texte radical, sénateur. Je pense que vous avez cité un texte qui est clair, tout simplement.

Le sénateur Morin: Vous êtes d'accord avec l'auteur?

Dr Maziade: Je suis d'accord avec l'auteur.

Le sénateur Morin: Je pense qu'on peut adopter comme principe de base que la recherche est sûrement une des solutions fondamentales au problème de maladies mentales à l'heure actuelle au pays et ceci doit se traduire par l'attribution de ressources au domaine.

Je vois ici trois problèmes auxquels, d'ailleurs, vous avez fait allusion. L'absence de groupes volontaires qui financent la recherche au Canada dans le domaine de la maladie mentale est un problème sérieux.

Le financement de la recherche par les organisations volontaires au Canada, est un «success story» canadien. Aux États-Unis, on n'a pas le financement de la recherche cardiologique par l'American Heart Association. C'est tout à fait canadien, cela. Nos Canadiens sont généreux. C'est une tradition canadienne d'être généreux envers la recherche en santé.

On parle du cancer, du Parkinson, et de toute une série de maladies dont le financement est assuré par des groupes volontaires. Je pense que c'est une chose que vous devriez envisager.

I do not see why Canadians would not voluntarily fund schizophrenia or autism. Nowadays, people are much more aware of those illnesses and I am sure they would get involved if an organization was willing to help financially and, of course, in another way.

My second question also shows a gap, I think. I asked your assistant to read me the total amount allocated to research in the field of mental illnesses and drug addiction in Canada as compared with other countries. I wanted the exact figures and the percentages that go to research, in absolute terms and by population. We could see whether Canada gives less money to mental illnesses than other countries. If Canada gives more, great. If it gives less, that must be mentioned.

This is a very hot issue for politicians. Politicians are very sensitive to Canada's position compared to other OECD countries, for example.

As for medical equipment, for example, it was shown that Canada spent less than other countries. Quickly money became available because of Canada's position within the OECD in terms of investment in medical equipment.

I think we should use that argument. You should use that same argument with us so that we can help you get funding for research on mental illnesses. I realize those figures are not easy to obtain, but I think you should make the effort to get them for us so that we can help you.

My last question is on your share of funding among the health research institutes in Canada. This maybe a difficult question to answer, as a director, but do you feel that your institute gets sufficient funding, within the overall budget for institutes, especially the sums allocated for mental illness and drug addiction?

Or are you disadvantaged for various reasons? Do you think we could help?

Dr. Quirion: Those are three very good questions. On the first — working very closely with volunteer organizations — it is true that there are not many right now who raise a lot of money from the Canadian public, compared to the National Cancer Institute or the Heart and Stroke Foundation, where my colleagues, both directors of these institutes, can form partnerships with those two organizations. And both contribute between 40 and \$50 million annually to research in Canada.

We are the Institute with the largest number of non-governmental associations associated with it. There are some 60 nationally, but they are all very small, and many have no money for research.

Je ne vois pourquoi les Canadiens ne financeraient pas volontairement la schizophrénie ou l'autisme. Aujourd'hui, les gens sont beaucoup plus conscients de ces maladies et ils s'impliqueraient, j'en suis sûr, s'il y avait une organisation qui serait prête à aider financièrement et, évidemment, d'une autre façon.

Ma deuxième question aussi représente une lacune, je pense. J'ai demandé à votre adjoint de me dire le montant total attribué aux recherches dans le domaine des maladies mentales et dans le domaine des toxicomanies au Canada par rapport aux autres pays. Je voulais le montant en chiffres absolus et en pourcentage des sommes qui sont attribuées à la recherche, en chiffres absolus et par population. On pourrait savoir si le Canada donne moins aux maladies mentales que d'autres pays. Enfin, si le Canada donne plus, tant mieux. S'il donne moins, il faut le dire.

Ceci est une arme très puissante auprès des politiciens. Les politiciens sont très sensibles à la position que le Canada occupe par rapport aux autres pays de l'OCDE, par exemple.

Du point de vue de l'équipement médical, par exemple, on a pu démontrer que le Canada était inférieur à d'autres pays. Rapidement, il y a eu un financement à cause de la position que le Canada occupait dans l'OCDE au point de vue équipement médical.

Je pense que nous devons avoir cet argument. Il faut que vous nous donniez cet argument pour que nous vous aidions en ce qui a trait au financement de la recherche dans le domaine des maladies mentales. Je comprends que ce ne sont pas des données faciles à obtenir, mais je pense que vous devriez faire l'effort pour nous les fournir, afin que nous puissions vous aider.

Ma dernière question traite de votre part de financement à l'intérieur des instituts de recherches en santé du Canada. C'est peut-être une question difficile à répondre, comme directeur, mais est-ce que vous avez l'impression que les sommes attribuées à votre institut, à l'intérieur du budget global des instituts, en particulier du côté des maladies mentales et toxicomanies, sont adéquates?

Où vous trouvez-vous pénalisés pour différentes raisons? Pensez-vous qu'on pourrait vous aider à ce niveau?

Dr Quirion: Ce sont trois très bonnes questions. Pour ce qui est de la première, soit de travailler très étroitement avec les organismes volontaires, c'est vrai que ceux vont vraiment chercher beaucoup de sous dans le public canadien pour l'instant ne sont pas nombreux, en comparaison au National Cancer Institute ou les Fondations des maladies du cœur, où mes collègues, les deux directeurs de ces instituts, peuvent faire des partenariats avec ces deux organismes-là. Et tous les deux contribuent entre 40 millions et 50 millions de dollars par an pour la recherche au Canada.

C'est nous qui avons le plus grand nombre d'organismes non gouvernementaux associés à notre Institut. Il y en a environ une soixantaine à l'échelle nationale, mais ils sont tous très petits, et plusieurs n'ont pas de sous pour la recherche.

It comes down to stigma and discrimination. True, it is now a little bit easier to raise funds for mental illnesses, but it is still a bit complicated.

When the Institute was created, we organized two national workshops with these organizations. We invited them. There were about 30 of them at each workshop. They participated in the drafting of the Institute's strategic plan. There are two members of the general public on our Institute's board of directors, and we invite them to our annual meeting. I want them to play a growing role in helping us to develop a strategy for greater funding.

I think you can help us here too. We need to decrease the stigma associated with mental illnesses and find champions. We need champions who will promote this cause. Former Minister Michael Wilson did a truly admirable job of that.

I would also like to be able to count on a few senators as our champions, and a few members of the House of Commons, a bit like they do in the United States, where some senators and congressmen are involved. They are visible, and they advocate for mental illnesses and research on mental illnesses in that country.

I think that would be one way to increase donations from Canadian taxpayers, donations for mental illness research. Canadians are indeed willing to give. The stigma has to be reduced somewhat.

For mental illnesses, I think that we are nearly there. For addiction, it is still complicated. To fight alcoholism, cocaine addiction and so on, people are not willing to give. But if we were to start with mental illness, that would be a good start.

As for the overall amount of funding for mental illnesses and mental health research in Canada, it is true that we should have this very important data.

The figures I gave you this morning are probably relatively accurate for the Canadian institutes. Now we need the figures for the provinces and some non-governmental organizations. It would also be very helpful for me to have this information. My assistant at the Institute, Richard Brière, is going to focus on that in the coming months.

Very often, the same grant is counted four or five times, under neurosciences, mental health, and addiction, so all of that has to be dissected. It takes a specialist who understands the research project summary in order to see where things are okay and where they are not, et cetera. I hope that we will have the information within a few months to help out with your deliberations.

Turning to the last question, all 13 of the Canadian institutes have the same budget for their strategic initiatives. When I was interviewed for the position of Director of the Institute, my future boss at the time, Dr. Alan Bernstein, President of the Institutes,

On revient aux notions de «stigmatisé» et de discrimination. C'est vrai qu'il est maintenant un peu plus facile d'aller chercher des sous pour les maladies mentales, mais ça reste encore un peu compliqué.

Dès la création de l'Institut, on a organisé deux ateliers nationaux avec ces organismes. On les a invités. Il y en a une trentaine chaque fois qui sont venus. Ils ont participé à l'élaboration du plan stratégique de l'Institut. Il y a deux membres du grand public qui siègent au conseil d'administration de notre Institut, et nous les invitons à notre réunion annuelle. Je désire qu'ils soient de plus en plus impliqués avec nous pour développer une stratégie qui permettrait d'aller chercher plus de financement.

Je pense qu'ici aussi, vous pouvez nous aider. Il faut diminuer la stigmatisation rattachée aux maladies mentales et trouver des champions. Ça nous prend des champions qui vont promouvoir cette cause. Michael Wilson, l'ancien ministre, fait vraiment un travail admirable de ce côté.

J'aimerais pouvoir compter aussi sur quelques sénateurs qui pourraient être nos champions, quelques membres de la Chambre des communes, un peu comme ils le font aux États-Unis où certains sénateurs et des personnes du Congrès sont impliqués. On va les voir, et ils défendent la cause des maladies mentales et des recherches sur les maladies mentales au pays.

Ce serait, je pense, une façon d'augmenter les contributions des contribuables canadiens, les dons à la recherche sur les maladies mentales. Il est vrai que les Canadiens sont prêts à donner. Il faut diminuer un peu la stigmatisation.

Pour ce qui est des maladies mentales, je pense qu'on est presque là. Pour les toxicomanies, cela reste compliqué. Pour combattre l'alcoolisme, d'addiction à la cocaïne et tout ça, les gens ne sont pas prêts à donner. Mais si on commençait avec maladies mentales, ce serait déjà très bien.

Pour ce qui est du montant total qui va au financement de la recherche sur les maladies mentales et sur la santé mentale au Canada, il est vrai que nous devrions connaître ces données très importantes.

Probablement que les chiffres que je vous ai mentionnés ce matin s'avèrent assez justes pour les instituts canadiens. Il faut maintenant obtenir les chiffres au niveau des provinces et au niveau de certains organismes non gouvernementaux. Et ce serait aussi très utile pour moi d'avoir cette information. Mon adjoint à l'Institut, Richard Brière, va se concentrer sur cela au cours des prochains mois.

Très souvent, la même subvention est comptée quatre, cinq fois, en neurosciences, en santé mentale, en toxicomanies, ce qui fait qu'il faut disséquer tout cela. Il faut un spécialiste, quelqu'un qui est capable de comprendre le résumé du projet de recherche pour voir où ça va et où ça ne va pas, et cetera. J'espère que nous aurons l'information d'ici quelques mois pour nous aider dans vos travaux.

Passons à la dernière question. Du côté des Instituts canadiens, les treize instituts canadiens ont le même budget pour les initiatives stratégiques des instituts. Lorsque j'ai eu mon entrevue pour prendre la direction de l'Institut, mon futur

asked me the following question: "If all of the institutes had the same budget, do you think that would be fair?" I said no. I still say no today.

Once again, the model we have is unique. I think it is the right model for neurosciences, mental health and addiction. I worked very hard to promote and make sure we had an institute that brought together all of these subject areas.

On the other hand, had there been three separate institutes, there would surely have been three separate budgets. I am talking about strategic initiatives, not individual grants that researchers get.

So to start up the Canadian institutes, the fact that each institute had the same budget was probably the right formula and it encourages us to cooperate with our fellow scientific directors. We have a high level of cooperation with all of the other institutes.

I forgot to mention that the Institute has an Aboriginal health training program. There is a real need to train people as specialists in first nations mental health.

So, we got off to a very good start. In the medium term, if we are truly to develop the vision and mission of the Institute, I think that the allocation of strategic initiative portfolios among the various institutes will have to be re-examined. And my boss, Alan Bernstein, is aware of that. I discussed it with him yesterday.

Senator Morin: I would like to ask Dr. Mottron one last question. You referred to the organizational aspects of research. I understood you, and we are surely going to take an interest in that.

I would like you to tell us a bit about your field, autism. As you know, it is a unique field, not only in terms of mental illness, but also in the field of health in Canada.

That seems to be the area where the most parents sue the government to get care. We have seen that in British Columbia, in Quebec and elsewhere.

Surely there is a problem when parents are suing their own government to get care, and we may not always get to hear from experts like yourself in this field.

I would like you to provide us with some insight. I must tell you that at our first meeting, we heard from the father of an autistic child, who described in detail the difficulty he had had in getting treatment for his child and all of the problems he had had in taking care of his child. It was really very moving and very touching, and it made a strong and lasting impression on us.

I would like you to tell us about the research side of things, but also about care. We might not have another opportunity to hear from a clinician. How do you see the future of autism in terms of the lawsuits we are seeing and the cost of treatment?

patron à l'époque, le Dr Alan Bernstein, le président des Instituts, m'avait posé cette question: «Si tous les instituts avaient le même budget, est-ce que vous pensez que ce serait juste?» J'avais répondu non. Je réponds encore non aujourd'hui.

Encore une fois, le modèle que nous avons est unique. Les neurosciences, la santé mentale et les toxicomanies, je pense que le modèle est correct. J'ai travaillé très fort pour faire la promotion, pour s'assurer qu'on ait qu'un Institut qui regroupe toutes ces thématiques.

Par contre, c'est sûr que si on en avait eu trois, on aurait eu trois budgets. C'est au niveau de l'initiative stratégique, je ne parle pas des subventions individuelles que les chercheurs obtiennent.

Donc, pour démarrer aux Instituts canadiens, le fait d'avoir tous le même budget, était probablement la bonne formule et ça nous encourage à collaborer avec nos collègues directeurs scientifiques. Nous avons beaucoup de collaboration avec tous les autres instituts.

J'ai oublié de mentionner que l'Institut a un programme de formation sur la santé des autochtones. Il faut vraiment former des gens, des spécialistes en santé mentale reliée aux Premières nations.

C'était donc très bien au point de départ. À moyen terme, si on veut vraiment développer la vision et la mission de l'Institut, je pense qu'il va falloir revoir l'attribution des portefeuilles aux initiatives stratégiques des différents instituts. Et mon patron, Alan Bernstein, est au courant de cela. J'en ai discuté avec lui hier.

Le sénateur Morin: J'aimerais poser une dernière question au Dr Mottron. Vous avez parlé des aspects organisationnels de la recherche. Je vous suis, et on va sûrement s'intéresser à cela.

J'aimerais que vous nous parliez un peu de votre domaine à vous, l'autisme. Comme vous le savez, c'est un secteur unique, non seulement au point de vue maladie mentale mais aussi dans le domaine de la santé au Canada.

Je pense ce c'est là où il y a le plus de parents qui poursuivent les gouvernements pour obtenir des soins. On a vu cela en Colombie-Britannique, au Québec et un peu partout.

Il y a là sûrement un problème quand on voit des parents qui poursuivent leur propre gouvernement pour avoir des soins, et on n'aura peut-être pas toujours des experts comme vous dans ce secteur.

J'aimerais que vous nous éclairiez un peu. Je dois vous dire qu'on a entendu, lors de notre première séance, le père d'un enfant autistique nous relater en détail les difficultés qu'il a eues à faire traiter son enfant et toutes les difficultés qu'il a eues à en prendre soin. C'était vraiment très émouvant, très touchant comme témoignage et on en garde un vif souvenir.

J'aimerais que vous nous parliez de l'aspect recherche, mais aussi des soins. Nous n'aurons peut-être pas l'occasion d'entendre le témoignage d'un clinicien. Quelle est votre perspective d'avenir dans le domaine de l'autisme concernant les poursuites qu'on voit et le coût de ces traitements?

What do you expect? Is the future bleak or is there reason for optimism?

Dr. Mottron: Like you say, it is a field where there are a lot of lawsuits, and I myself am very afraid to say anything about that.

Senator Morin: You are protected here. You are completely protected here, in other words you cannot be sued for what you say here.

Dr. Mottron: Oh, well in that case! First of all, I may have to saw off the limb that I am sitting on. There is absolutely nothing special about autism as compared to other neurodevelopmental disorders.

The fact that the media give it special attention is a stroke of luck, because that is an excellent way to expose the problems and further the research. But it is quite unfair to attach greater importance to this neurodevelopmental disorder than to others, like Rett syndrome, Williams syndrome, Prader-Willi syndrome, foetal alcohol syndrome, fragile X syndrome and in fact all kinds of neurodevelopmental cognitive or mental impairment. So my position is a little bit ambivalent, because I work in the area of autism, and therefore I benefit, as a researcher, from this incredible media favour. At the same time, I do a lot of work with lobby groups to get them to include other rare illnesses.

By the way, I suggest that the committee look into what is being done in the European Union on rare neurodevelopmental illnesses. There is an excellent initiative there.

If you were a parent who belonged to one of the 60 associations Rémi referred to earlier, and 300 people in Canada had the same illness as your son, you would have no lobbying clout. You would obviously have no specialized training and no special knowledge about how to educate your child.

If you were the parent of an autistic child, then in a way, you would be the luckiest of the unlucky in terms of services, because at least autism is a known and recognized illness.

That means that what is true of autism is generally true of the other neurodevelopmental disorders. But if there is autism combined with cognitive impairment, that no longer holds true.

Autism is one of a handful of neurological causes of cerebral sclerosis, or neurodevelopmental disorders, but in terms of the number of actual cases, autism is no more common than fragile X syndrome and probably less common than foetal alcohol syndrome. Neurodevelopmental disorders must therefore be taken as a whole, and autism's special place in the media must be used for the benefit of all the other disorders.

Second, the issue of lawsuits is an extremely thorny one. What are these parents doing? I was saying earlier that an autistic child, especially if there is an associated impairment, has to be placed in a special school.

Que voyez-vous? Est-ce que l'avenir est fermé ou est-ce qu'on a raison d'être optimiste?

Dr Mottron: Comme vous le dites, c'est un domaine où il y a beaucoup de poursuites et j'ai moi-même très peur de prendre la parole à ce sujet.

Le sénateur Morin: Vous êtes protégé ici. Vous êtes complètement protégé ici, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas être poursuivi pour ce que vous dites ici.

Dr Mottron: Bon, bien allons-y! Tout d'abord, je voudrais scier un peu la branche sur laquelle je suis assis. L'autisme n'a absolument rien de particulier par rapport aux autres troubles neurodéveloppementaux.

La faveur dont il jouit dans les médias est une chance, parce que c'est un excellent moyen de démontrer des problèmes et faire avancer la recherche. Mais il plutôt injuste de donner plus d'importance à ce trouble neurodéveloppemental qu'à d'autres, par exemple, au Rett, au William, au Prader-Willi, au syndrome d'alcoolisme foetal, à l'X-fragile, et, en fait, à toutes les sources neurodéveloppementales de déficience intellectuelle ou d'atteinte cognitive. Ma position est donc un petit peu ambiguë parce que je travaille dans le domaine de l'autisme et donc, je bénéficie, en tant que chercheur, de cette incroyable faveur médiatique. En même temps, je fais beaucoup de travail auprès des associations de lobbying pour qu'elles incluent dans leur mouvement les autres maladies rares.

En passant, je suggère au Comité de se renseigner sur ce qui se fait dans la communauté européenne sur les maladies rares neurodéveloppementales. On y voit là une excellente initiative.

Si vous êtes un parent faisant partie d'une des soixante associations dont parlait Rémi tout à l'heure, et que trois cents personnes ont la même maladie que votre fils au Canada, vous n'avez aucun pouvoir de lobbying. Vous n'avez, évidemment, aucune formation spécialisée et aucune connaissance particulière sur la façon d'éduquer votre enfant.

Si vous êtes parent d'un enfant autistique, dans un sens vous êtes le plus heureux parmi les malheureux en termes de services, parce que l'autisme, au moins, est une maladie connue et elle est reconnue.

Cela signifie donc que ce qui est vrai pour l'autisme est vrai en général pour les autres atteintes neurodéveloppementales. Mais si on dit qu'il y a l'autisme et la déficience intellectuelle, cela ne marche plus.

En termes de nombre de cas atteints, l'autisme n'est pas plus fréquent que l'X-fragile et probablement moins fréquent que le syndrome d'alcoolisme foetal. Il faut donc voir les troubles neurodéveloppementaux comme un tout et se servir de la faveur médiatique liée à l'autisme pour faire avancer le reste.

Deuxièmement, l'affaire des poursuites est un point extrêmement délicat. Que font ces parents? Je vous disais tout à l'heure qu'un enfant autiste, surtout s'il a une déficience d'accompagnement, doit être admis dans une école spécialisée.

At what age does school start? At age 5 or 6. What happens between the time when the child is diagnosed at age 2 and the time when school starts? Currently, in Quebec, rehabilitation services take care of that and do what is called early intervention.

All of the lawsuits in Canada were filed by parents seeking a certain number of hours of early intervention for their child between diagnosis at around age 2 and the point at which, at age 5, the same early intervention will be provided free of charge by the school.

I should tell you that I am acting as an expert in a class action, so I cannot say I am against class actions. It is only natural that children should get the same type of free services between ages 2 and 5 as they will get between age 5 and adulthood.

Currently, because of a legal oddity, the parents of an autistic child are entitled to services for the child from age 5 to 18. After 18, the child is considered an adult.

By the way, there is a little gem in your document: "Autism, a Childhood Illness?" But they do not all die at 18. After 18, they are still autistic. And before 5, they were also autistic.

The main point of class actions is obviously to seek services for this period from age 2 to 5, which is extremely important for neuroplasticity, because things that can be acquired between ages 2 and 5 can no longer be acquired later.

Clearly, they have to have the same quality of services before school and after school. That is the main point in these class actions.

Class actions are extremely litigious. And they have taken the worst page from the book of American experience: A Capacity to Distort Information for Trial Purposes. In order to win a class action, some go too far. They say, for example, that if autistic children are treated between age 2 and 5, they will be completely healed.

I regularly protest against that in *La Presse*. And Rémi has set up a committee of the greatest experts in diagnosis in the world, which produced an extraordinary report on the value of these rehabilitation therapy methods, saying that were conducive to improvement. But, first, these improvements are not, in general, correctly quantified by the research. Second, the patients are not cured, contrary to what some have been saying.

That is of no importance. Are we going to stop providing palliative care because it does not cure people? Unfortunately, class actions have tended to overstate the impact or rather to overstate our scientific knowledge of the impact of early rehabilitation methods to make their point. I fully support these methods, but there is no need to lie to justify them.

À quel âge commence-t-on à l'école? À 5 ou 6 ans. Qu'est-ce qui se passe avant entre deux ans, le moment du diagnostic, et le moment d'aller à l'école? À l'heure actuelle, au Québec, c'est le service de la réadaptation qui se charge de cela et il fait ce qu'on appelle de la stimulation précoce.

Toutes les poursuites que nous avons au Canada sont des poursuites de parents qui demandent un certain nombre d'heures de stimulation précoce pour leur enfant entre le moment où il est diagnostiqué vers 2 ans et le moment où, à 5 ans, la même stimulation précoce va être prise en charge gratuitement par l'école.

Je dois dire que je sers d'expert pour un recours collectif et donc, je ne peux pas dire que je suis contre les recours collectifs. Il est tout à fait normal qu'on obtienne pour les enfants le même type de services gratuits entre l'âge de deux à cinq ans que les services qu'ils recevront entre l'âge de cinq ans et la majorité.

À l'heure actuelle, à cause d'une bizarrerie légale, les parents d'un enfant autiste ont droit à des services pour l'enfant âgé de 5 à 18 ans. Après 18 ans, l'enfant est considéré comme un adulte.

En passant, il y a une petite perle dans votre document: «L'autisme, c'est une maladie des enfants?» Mais ils ne meurent pas tout à 18 ans. Après 18 ans, ils sont toujours autistes. Et avant 5 ans, ils étaient aussi autistes.

Le point fort des recours collectifs, c'est évidemment de demander des services pour cette période de 2 à 5 ans, qui est extrêmement importante pour la plasticité cérébrale, parce que les choses qui peuvent s'acquérir entre deux et cinq ans ne peuvent plus s'acquérir après.

Il faut, évidemment, qu'ils aient la même qualité de services avant l'école qu'après l'école. C'est le point fort dans les recours collectifs.

Les recours collectifs sont extrêmement judiciairisés. Et ils ont pris le pire de ce qu'on voit chez nos voisins américains: une capacité de détourner l'information pour faire des procès. Pour gagner ce recours collectif, certains vont trop loin. Ils disent, par exemple, que si on traite les enfants autistes entre l'âge de 2 à 5 ans, ils seront totalement guéris.

Régulièrement dans la presse je me dresse contre cela. Et Rémi a mis sur pied un comité où le plus grand expert en diagnostics de l'autisme au monde a fait un extraordinaire rapport sur la valeur de ces méthodes thérapeutiques de réadaptation en disant qu'elles favorisent des progrès. Mais, premièrement, ces progrès ne sont pas, en général, quantifiés correctement par la recherche. Deuxièmement, les patients ne guérissent pas, contrairement à ce qu'on disait.

Cela n'a aucune importance. Est-ce qu'on va arrêter de donner des soins palliatifs parce qu'ils ne guérissent pas? Malheureusement, les recours collectifs ont eu tendance à exagérer l'impact ou plutôt à exagérer ce que l'on sait scientifiquement de l'impact des méthodes de réadaptation précoce pour gagner leur point. Je soutiens à fond ces méthodes, mais il n'est nul besoin de mentir pour qu'elles soient justifiées.

[English]

Senator Robertson: I am impressed. Thank you very much for your presentations this morning. You have separated mental health and mental illness very nicely. Some of you have spoken about prevention in certain areas — a topic about which some of us feel strongly.

Usually, in Canada, the first door that a patient goes through is the family practitioner's door. I suppose it depends on the province in which you live, but often the family practitioner knows very little about psychiatric problems.

Generally speaking, how much time medical students who are going into general practice spend on problems related to mental illness?

We had a similar situation with geriatrics about 20 years ago. Family practitioners were seeing senior patients, yet they had no training in geriatrics; they did not know what kinds of strengths of medications to prescribe. It was really quite sad.

I should like to know your appraisal of what is going on in mental health, please?

Dr. Maziane: There is a problem at both ends of the continuum. There is certainly a problem at the training stage. There has been a great development of knowledge in medicine in general. Then there are the increasingly complex specialties. For example, today in psychiatry, there are 10 or 15 sub-specialties — several in child psychiatry, several in adult psychiatry, and several in geriatric psychiatry.

However, it is difficult for a medical doctor to get everything or most of the basic knowledge at the medical school level. That is why we are trying to get continuing education in medicine operating in all provinces in Canada. There is training, but it is not necessarily sufficient as a result of the continuing increase in knowledge.

The problem at the other end of the continuum is for the medical doctor to have access to the specialists. The average age of medical specialists in the Province of Quebec is between 52 and 54 — largely as a result of government policies. I would expect the statistics would be similar throughout the rest of Canada. We need these specialists to provide continuing education. Family doctors know they will have a problem getting a fast consultation from a specialist because there is a lack of specialists in psychiatry.

There are problems at both ends of the continuum.

Dr. Quirion: It is true that we need to work to ensure that the curriculum is adequate with respect to mental health and mental illness at the medical school level — we need to cover the spectrum from basic science to population health. We also need to work closely with groups that promote continuing medical education.

At this institute, we have met with the Canadian Medical Association and the Canadian Psychiatric Association to see how we can work together to try to provide access or better access to

[Traduction]

Le sénateur Robertson: Je suis impressionnée. Je vous remercie de vos exposés. Vous avez bien fait la distinction entre la santé mentale et la maladie mentale. Vous avez parlé de prévention dans certains domaines, et c'est un sujet qui nous passionne.

Généralement, au Canada, le patient va tout d'abord frapper à la porte du médecin de famille. Tout dépend de la province où il réside, mais généralement, le médecin de famille n'est pas très bien renseigné sur les problèmes psychiatriques.

De façon générale, combien de temps les étudiants en médecine qui veulent devenir généraliste consacrent-ils aux problèmes liés aux maladies mentales?

La situation était semblable en matière de gériatrie il y a une vingtaine d'années. Les médecins de famille voyaient des patients âgés, mais ils n'avaient suivi aucune formation en gériatrie; ils ne savaient pas quels dosages prescrire. C'était déplorable.

J'aimerais savoir comment vous évaluez la situation actuelle en ce qui concerne la santé mentale.

Dr. Maziane: Il y a un problème aussi bien en aval qu'en amont. De toute évidence, il y a un problème au niveau de la formation. L'ensemble des connaissances en médecine a progressé considérablement. Les spécialités sont de plus en plus complexes. Ainsi, il existe aujourd'hui 10 ou 15 sous-spécialités en psychiatrie, dont plusieurs en pédopsychiatrie, plusieurs en psychiatrie de l'adulte et plusieurs en psychiatrie gériatrique.

Cependant, il est difficile, pour un médecin, de tout apprendre pendant ses études de médecine. C'est pourquoi nous essayons d'assurer une formation continue dans toutes les provinces. Cette formation existe, mais elle n'est pas forcément suffisante, compte tenu de l'élargissement constant des connaissances.

À l'autre extrémité, il faut aussi que le médecin ait accès à des spécialistes. Au Québec, l'âge moyen des médecins spécialistes est de l'ordre de 52 à 54 ans, notamment à cause de l'action des pouvoirs publics. Je suppose que les statistiques sont du même ordre dans le reste du Canada. Il faut que ces médecins spécialistes donnent de la formation continue. Les médecins de famille savent qu'il est difficile d'obtenir rapidement une consultation auprès d'un spécialiste, à cause de la pénurie de psychiatres.

Il y a donc des problèmes en amont aussi bien qu'en aval.

Dr. Quirion: Il faut effectivement veiller à ce que le programme d'enseignement soit satisfaisant au niveau des facultés de médecine en ce qui concerne la santé mentale et les maladies mentales. Il faut couvrir l'ensemble des domaines, de la science pure à la santé de la population. Il faut aussi assurer une collaboration étroite pour faire la promotion de la formation continue en médecine.

Dans notre institut, nous avons rencontré l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne de psychiatrie pour voir comment on pouvait faciliter l'accès à ces cours de

these kinds of refresher courses. We know that the physicians in primary care will see a lot of mental health patients — particularly those suffering from depression.

We also need to work with other groups at the federal level. The federal government now deals with telehealth. There is an opportunity for us there. Last week I visited the University of Moncton. There is no real hope that we will be able to have 15 psychiatrists providing services to the French community in New Brunswick and the Maritimes. We need to find a way to link them with Dalhousie, Sherbrooke, Laval, and Montreal by using telehealth-type systems to provide continuing medical education at that level.

Finally, we need to decrease stigma not only at the level of the public, but also in the medical profession. Psychiatrists are still stigmatized compared with the other types of doctors. It is still often seen more as an art than a science. This needs to change. We need to make sure that the young students will be stimulated to go into psychiatry.

Senator Robertson: At some point, our committee will have to recommend to the federal government increases in funding for mental health research. If we are able to do that and get a positive response — which we would expect to get — would the research agencies be able to come up with an agreed agenda that we could recommend to the federal government?

As you respond, please think about where we have to start with the public so that we can eliminate stigmatization or discrimination.

I am thinking about an awareness campaign. If you think back many years ago when smoking was considered “cool” and cigarette companies financed sporting events, dance events and all sorts of glamorous things. With the proper type of advertising, that soon turned around. Perhaps we should not overlook the power of advertising to get the public on our side.

However, I should like to know what you think would be a practical list. Where would we start in recommending to the government?

Dr. Quirion: We are rather fortunate because we have a national organization called CIHR. The Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction is under one umbrella so we do not have to discuss such topics with 15 scientific directors as they do at the National Institutes of Health in the United States.

What we will have to do — and we can do it relatively quickly — is to meet with potential partners at the federal level. For example, we should meet with Mr. Marc Renaud at the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, SSHRCC, because there is a social component. We should also work with Health Canada to ensure that mental health and mental illnesses are placed high on the agenda in that department. It is not there now. They talk about physical health and mental health should be part of that. You cannot cut it off there.

perfectionnement. Nous savons qu'au niveau des soins de première ligne, les médecins voient de nombreux cas de santé mentale, en particulier des personnes qui souffrent de dépression.

Il faut aussi collaborer avec d'autres instances au niveau fédéral. C'est le gouvernement fédéral qui s'occupe désormais de télésanté. Pour nous, c'est une possibilité nouvelle. J'étais la semaine dernière à l'Université de Moncton. On ne peut pas vraiment espérer trouver 15 psychiatres pour desservir la communauté francophone du Nouveau-Brunswick et des Maritimes. Nous devons trouver une solution pour les mettre en rapport avec Dalhousie, Sherbrooke, Laval et Montréal par un service de type télésanté afin d'assurer la formation médicale continue à ce niveau.

Enfin, il faut atténuer la stigmatisation non seulement auprès de la population, mais aussi à l'intérieur même de la profession médicale. Les psychiatres sont toujours stigmatisés par rapport aux autres médecins. La psychiatrie est encore souvent considérée comme un art plutôt qu'une science. Il faut que cela change. Il faut veiller à inciter les étudiants à s'orienter vers la psychiatrie.

Le sénateur Robertson: Notre comité va devoir demander au gouvernement fédéral d'augmenter le financement de la recherche en santé mentale. Si nous obtenons une réponse positive, comme nous l'espérons, les organismes de recherche pourront-ils se mettre d'accord sur un programme que nous pourrions recommander au gouvernement fédéral?

En répondant, songez à tout le chemin que nous avons à faire avec le public pour éliminer la stigmatisation ou la discrimination.

Je songe à une campagne de sensibilisation. Rappelez-vous qu'il y a de nombreuses années, lorsque fumer était considéré «dans le vent», les compagnies de tabac finançaient des événements sportifs, des spectacles de danse, toutes sortes d'événements prestigieux. Grâce à une publicité appropriée, cela a vite changé. Il ne faudrait pas oublier le pouvoir de la publicité pour s'attirer la sympathie du public.

Toutefois, j'aimerais savoir quel serait, à votre avis, une liste pratique. Quel genre de recommandation faut-il commencer par faire au gouvernement?

Dr Quirion: Nous avons de la chance car il y a un organisme national appelé les IRSC. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies relève de lui et donc nous n'avons pas à discuter de ces questions avec 15 directeurs scientifiques comme on le fait à l'Institut national de la santé aux États-Unis.

Ce que nous devons faire — et nous pouvons le faire assez rapidement — c'est nous réunir avec d'éventuels partenaires au palier fédéral. Par exemple, il nous faut rencontrer M. Marc Renaud du Conseil de recherche en sciences humaines, le CRSH, à cause de la composante sociale. Il nous faut également travailler avec Santé Canada afin de nous assurer que la santé mentale et les maladies mentales figurent en tête de liste du programme de ce ministère. Ce n'est pas le cas actuellement. On parle de santé physique et on doit inclure la santé mentale dans cette perspective. On ne peut pas s'arrêter là.

We could create a national research agenda that would include advertising and an anti-discrimination campaign. We could do that fairly rapidly and provide it to you to help you in your deliberations.

Senator LeBreton: Those were all excellent and compelling pieces information and testimony.

Dr. Quirion, you talked about the whole, of being the “final frontier.” I think those are very important operative words. In response to a question, you said, “the time is now.” Then we had the discussion of stigma.

In your presentation, you used the term “neuroethics.” Would you expand a little on what that term means for a layperson such as myself?

Dr. Quirion: That is a good question.

There are aspects of ethics related to mental illnesses that are a bit different from those related to other disorders such as cardiovascular disease or cancer. For example, there is the issue of informed consent to participate in drug trials. If a patient is in a depressed state, there is always discussion as to whether he or she understands everything about the consent form. There are other ethical issues related to privacy and to the placebo effect that may be quite different from those related to other kinds of illness.

The term “neuroethics” is rather new and not necessarily accepted by everyone. However, it is a way for us to highlight the fact that there is something special about mental health, mental illness and other brain diseases. We need to pay special attention to these issues and invest in research that addresses issues related to mental health and mental illness.

There is also the moral aspect. We know more and more about the brain function. For example, now using brain imaging, you can provide evidence that a person could be, perhaps, more sensitive and more responsive under high stress. There are concerns that such information could be used to prevent people from working in professions of their choice because of a particular weakness in a particular part of their brains.

As we learn more about brain function, we have to make sure that society will not use the information to practice discrimination. Last fall I gave a lecture at UNESCO on ethics. I have provided copies of my related slides in the handout.

Senator LeBreton: Incidentally, I loved your example of a double standard on the stigma, men/burn-out versus women/depression.

The Chairman: I think you can guarantee that will end up in our final report in some form.

Senator LeBreton: You also talked about losing researchers in the 1990s. To whom did we lose them and has the situation improved since that time?

Nous pourrions créer un programme national de recherche qui inclurait une campagne de publicité et de lutte contre la discrimination. Nous pourrions le faire assez rapidement et vous en faire part afin que cela vous aide dans vos délibérations.

Le sénateur LeBreton: Les exposés et les témoignages étaient excellents et convaincants.

Docteur Quirion, vous avez parlé de la «dernière frontière». Je pense que c'est très important. En réponse à une question, vous avez dit: «Le temps est venu». Ensuite nous sommes passés à cette discussion de la stigmatisation.

Dans votre exposé, vous avez utilisé le terme «neuroéthique». Pourriez-vous en dire un peu plus long là-dessus pour une simple profane comme moi?

Dr Quirion: Voilà une excellente question.

Il y a des aspects de l'éthique dans le contexte des maladies mentales qui sont un peu différents de ceux pour d'autres maladies telles que les maladies cardio-vasculaires ou le cancer. Par exemple, il y a la question du consentement éclairé pour participer à des essais cliniques de médicaments. Si un patient est déprimé, il y a toujours une discussion pour déterminer s'il comprend tout ce qui découle du formulaire de consentement. Il y a d'autres questions d'éthique relativement à la vie privée et au placebo qui peuvent être très différentes de celles liées à d'autres types de maladies.

Le terme «neuroéthique» est assez récent et n'est pas nécessairement accepté par tous. Toutefois, pour nous, c'est une façon de souligner le fait qu'il y a quelque chose de spécial dans le cas de la santé mentale, des maladies mentales ou des maladies du cerveau. Il nous faut accorder une attention toute particulière à ces questions, investir dans la recherche sur ces questions.

Il y a également l'aspect moral. Nous savons de plus en plus comment fonctionne le cerveau. Par exemple, maintenant, grâce à une imagerie cérébrale, il est possible de démontrer qu'une personne pourrait peut-être être plus sensible, plus réceptive en état élevé de stress. On s'inquiète que ce genre d'information pourrait servir à empêcher des gens de travailler dans la profession de leur choix à cause d'une faiblesse particulière dans cette région de leur cerveau.

Plus nous en apprenons sur le fonctionnement du cerveau, plus nous devons nous assurer que la société n'utilisera pas cette information à des fins discriminatoires. L'automne dernier, j'ai donné une conférence à l'UNESCO sur l'éthique. J'ai inclus des copies des diapositives dans la trousse.

Le sénateur LeBreton: En passant, j'ai beaucoup aimé votre exemple de deux poids deux mesures quand vous avez comparé le burn-out chez les hommes et la dépression chez les femmes.

Le président: Je pense que l'on peut vous promettre que cela figurera quelque part dans notre rapport final.

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé de la perte de chercheurs dans les années 90. Où sont-ils allés et la situation s'est-elle améliorée depuis lors?

Dr. Quirion: Yes. The situation has improved quite a lot. It is still very competitive. Research has no boundaries; it is international. The best researchers always have offers to move elsewhere. However, programs such as the Canadian Fund for Innovation have helped to recruit some of these young scientists back into the country. It is a very competitive area.

Addiction research was quite strong in Canada in the '70s, '80s, and early '90s. However, as a result of a crisis in funding, the already small addiction research community was cut drastically. We lost key people to the National Institute on Drug Abuse in the United States.

Now, we have to find ways to attract people into the country. The University of Toronto recently recruited a first-class addiction specialist from Germany and he got a Canada Research Chair position. There are opportunities. We will always lose some; and we will gain others.

Most of my students are not working in Canada; they are working in the United States and Europe. I hope to be able to recruit them back to the country. The best ones will always have a lot of opportunities, so we have to offer them good conditions in our centre at the university to make sure they will stay in the country.

Senator LeBreton: You face the same situation as many of the other areas in keeping them here.

Is there anything that deals with the stigma within your own profession? Is it difficult to get people to practice in this particular field? There was a time when everybody used to call psychiatric doctors "Shrinks." My sense is that this is a highly specialized field and if I were one of you, I would not to be seen by the general public as odd or different because of the profession I have chosen.

How do you deal with that in your own profession?

Dr. Maziade: I think that discrimination from our colleagues in other specialties is more prevalent in the older section of the profession. It is understandable. However, we do not see it so much in the younger ranks because the new image of psychiatry is both brain and environment; it is pharmacotherapy and psychotherapy. It is now recognized at the medical school and by the residents in other specialties.

We have been, and still are, discriminated against as psychiatrists and it is our own fault. Our patients are not to blame; it is our own history. In the 1950s and up until the late 1960s, psychoanalysis was very prevalent and everything was environmental. It is as if the brain did not exist at all. If you look at papers published at the time, all those disorders — schizophrenia, autism, and manic-depressive depression — were

Dr Quirion: Oui. La situation s'est considérablement améliorée. C'est toujours un milieu très concurrentiel. La recherche ne connaît aucune frontière, c'est un domaine international. Les meilleurs chercheurs reçoivent toujours des offres pour aller ailleurs. Toutefois, des programmes tels que ceux de la Fondation canadienne pour l'innovation nous ont aidés à attirer à nouveau ces jeunes chercheurs au Canada. Il y a beaucoup de concurrence dans ce secteur.

Les recherches en toxicomanie étaient très solides au Canada dans les années 70, 80 et au début des années 90. Toutefois, suite à une crise au niveau du financement, la petite communauté de chercheurs dans ce domaine a été réduite de façon marquée. Nous avons perdu du personnel essentiel à la National Institute on Drug Abuse aux États-Unis.

Maintenant, il nous faut trouver des façons d'attirer des chercheurs au Canada. L'Université de Toronto a récemment recruté un spécialiste en toxicomanie de premier plan de l'Allemagne et il a obtenu une chaire de recherche au Canada. Il y a des possibilités. Nous allons toujours perdre des chercheurs, nous allons toujours en attirer d'autres.

La plupart de mes étudiants ne travaillent pas au Canada; ils travaillent aux États-Unis et en Europe. J'espère pouvoir les faire revenir au Canada. Les meilleurs auront toujours toutes sortes de possibilités, et donc nous devons leur offrir de bonnes conditions dans notre centre à l'université pour nous assurer qu'ils restent au Canada.

Le sénateur LeBreton: Nous faisons face à la même situation dans de nombreux autres domaines.

Est-ce qu'il y a une façon de s'attaquer à la stigmatisation au sein de votre propre profession? Il est difficile de trouver des gens qui pratiquent dans certains domaines. Il y a eu une époque où on qualifiait les médecins en psychiatrie de «shrinks». Or j'ai l'impression que c'est un domaine extrêmement spécialisé et si j'étais des vôtres, je ne voudrais pas que la population en général me considère différent à cause de la profession que j'ai choisie.

Comment faites-vous face à cela dans votre propre profession?

Dr Maziade: Je pense que la discrimination provenant de nos collègues dans d'autres disciplines existe en plus grande mesure dans les secteurs plus anciens de notre profession. Ça se comprend. Toutefois, c'est beaucoup moins commun chez les jeunes à cause de la nouvelle image de la psychiatrie où le cerveau et le milieu ont tous deux leur place; c'est de la pharmacothérapie et de la psychothérapie. C'est un domaine reconnu par les écoles de médecine et par les résidents dans d'autres disciplines.

Nous avons été et demeurons l'objet de discrimination comme psychiatres et c'est notre faute. Il ne faut pas en tenir nos patients responsables; c'est notre propre histoire. Dans les années 50 et jusqu'à la fin des années 60, on utilisait beaucoup la psychoanalyse et tout dépendait du milieu. C'était comme si le cerveau n'existait pas du tout. Si vous regardez les documents publiés à l'époque, tous ces désordres — la schizophrénie,

the fault of the mother. It was always because the mother was lacking in education. Do you remember all those education trends and books?

Senator LeBreton: Yes, unfortunately.

Dr. Maziade: There is still some of that in French psychiatry from France. Just a few years ago, a respected French journal published an article that stated that autism was still a disorder caused by a lack of relationship between the infant and the mother. There is still some residue of today.

In those days, we accused people. I am a practising child and adolescent psychiatrist and I did that myself as a resident in the early 1970s. I was giving the parents the diagnoses for this terrible disorder and instead of providing support to them, as one would if their child had a cardiac disorder, I was accusing them because I was suggesting that they go to psychotherapy to help the child, because something was missing in the relation.

That was terrible.

The Chairman: This was as recently as 30 years ago?

Dr. Maziade: Yes. That was the practice in 1972.

The Chairman: Your story sounds to me like the 1800s.

Dr. Maziade: As both Dr. Quirion and Dr. Mottron both said, that is why there has been a tremendous change in the field. We certainly need your committee to transmit that image of the field in terms of research and practice. It is changing. However, my colleagues who are over 55 years of age knew psychiatry in the same way; many believe we still practise that way. However, our practice now is balanced.

There is still what I call “anti-medical pressure.” I am very multidisciplinary, however, it is very difficult in Canada and in the province of Quebec for a medical doctor to have pro-medical thoughts. The sense is that if a doctor says, “I am a doctor. I am putting ahead medical concepts,” he or she risks accusations of being unidisciplinary. I have felt more discrimination from other health professionals for being a medical doctor than for being a psychiatrist.

[Translation]

Dr. Mottron: I would like to reply as regards the indications of discrimination with respect to psychiatry that I see in my practice. The discrimination I see most often does not target psychiatry directly, but rather the psychiatric hospital as an entity.

I think that governments, particularly provincial governments, pay too close attention to lobby groups which have lumped the whole hospital together and said that hospitals must be rejected. I heard the heads of lobby groups say that certain hospitals should not be changed, but rather destroyed.

l'autisme, la psychose maniaco-dépressive — étaient la faute de la mère. C'était toujours parce que la mère n'avait pas l'éducation voulue. Vous rappelez-vous de toutes ces tendances en éducation et des livres?

Le sénateur LeBreton: Oui, malheureusement.

Dr Maziade: Ça se voit encore jusqu'à un certain point en psychiatrie en France. Il y a quelques années, un journal français respecté a publié un article dans lequel on affirmait que l'autisme était un désordre causé par le manque de relation entre l'enfant et sa mère. Il y a donc encore quelques relents.

À l'époque, on accusait les gens. Je suis un psychiatre spécialisé dans l'enfance et l'adolescence et je l'ai fait moi-même comme résident au début des années 70. Je transmettais le diagnostic de cette maladie terrible aux parents et au lieu de les soutenir, comme je l'aurais fait si l'enfant avait eu une maladie cardiaque, je les accusais parce que je leur recommandais de faire de la psychothérapie pour aider leur enfant, parce qu'il manquait quelque chose dans leur relation avec cet enfant.

C'était terrible.

Le président: Tout cela il y a à peine 30 ans?

Dr Maziade: En effet. C'était la pratique en 1972.

Le président: On a l'impression d'être au XIX^e siècle.

Dr Maziade: Comme l'ont dit le Dr Quirion et le Dr Mottron, cela explique pourquoi il y a eu une évolution considérable dans le domaine. Nous avons besoin de votre comité pour qu'il fasse connaître cette évolution en termes de recherche et de pratique. Les choses changent. Toutefois, mes collègues qui ont plus de 55 ans ont déjà connu les pratiques de psychiatrie dont j'ai parlé et beaucoup de gens croient toujours que cette pratique perdure. Non, car la pratique est aujourd'hui plus équilibrée.

Il existe toujours ce que j'appelle personnellement les pressions contre la médecine. Je suis moi-même de formation multidisciplinaire, mais il est très difficile au Canada et au Québec pour un médecin d'avoir une attitude pro-médicale. J'entends par là si un médecin affirme qu'à titre de médecin, il préconise des notions médicales, il risque de se voir accuser d'être unidisciplinaire. Les autres professionnels de la santé ont eu davantage de comportements discriminatoires à mon égard dans mon rôle de médecin que dans mon rôle de psychiatre.

[Français]

Dr Mottron: Je voudrais répondre au sujet des marques de discrimination à l'égard de la psychiatrie que j'observe dans ma pratique. La discrimination que je vois le plus ne vise pas directement la psychiatrie mais plutôt l'hôpital psychiatrique considéré comme une entité.

Je crois que les gouvernements, surtout au niveau provincial, ont eu une oreille trop tendre à l'égard de groupes de lobbying qui ont fait un tout avec l'hôpital en disant: il faut rejeter les hôpitaux. J'ai entendu des directeurs de groupes de lobbying dire à propos d'un hôpital: «Cet hôpital, on ne le transforme pas, on le détruit.»

It goes without saying that this is an extremely dangerous stalinist position. We see what was done at the Douglas Hospital, a psychiatric hospital which has had its share of lawsuits, like all hospitals, but it is now a research centre. It is a hospital, but it is also a research centre.

I think discrimination toward psychiatric hospitals would be really changed if we were to improve hospitals to make them into very well maintained places that could be used as the basis for research centres.

At the moment, and this is unfortunately very true in Quebec, there is a movement that maintains, in a non-discriminating way, that patients must be taken out of hospitals, full stop. And often, we get patients in through the back door, because extremely violent, dangerous patients who are not hospitalized would be placed in hospital prisons.

Moreover, some proponents of early intervention say that it cures these patients, which is false. There is another group that holds that violence is eliminated and there is no need to send a patient to the hospital if rehabilitation methods are used.

I would say that these are half-truths. There is something very intelligent and profound in these methods. However, unfortunately, this position is not true 100 p. 100 of the time, and we will always need hospital beds for extremely difficult patients.

In Quebec, there was an extraordinary situation in which groups of parents took violent action to try to get patients out of hospitals. Another group of parents, who are in hospitals, is fighting a little less forcefully — because there are fewer of them — to have patients kept in hospitals. This means that I have some protection against lawsuits, because they are fighting against each other.

Psychiatric hospitals must not be stigmatized. We must help eliminate reactionary practices, and heaven knows there were many. Psychiatric hospitals must be improved so that they can be used for research purposes, and this vocation must be maintained.

I am very pleased with the work being done at the Douglas and also at the University of Montreal. Research must remain within the hospital setting, because the only way of reforming a psychiatric hospital is from the inside out. If we remove the people who work there, it will remain as it was.

[English]

Senator Cook: I come from Newfoundland. I have been listening to what is a very complex challenge in this particular field. From the perspective of where I live, I think it is imperative that there be a national action plan. I do not know how we can function without it. I am making the comparisons about how mental illness and wellness is treated in my own province.

We have to have dedicated research and an integrated approach, because I agree with Senator Robertson's comment that the family doctor is at the first gate. In my province, the

C'était évidemment des positions staliniennes tout à fait dangereuses. On voit ce qui a été fait à l'Hôpital Douglas, un hôpital psychiatrique qui a son lot de poursuites comme tous les hôpitaux, et qui est maintenant un centre de recherche. C'est un hôpital, mais c'est aussi un centre de recherche.

La discrimination à l'égard des hôpitaux psychiatriques serait, à mon avis, beaucoup modifiée si on améliorait les hôpitaux d'une façon positive pour en faire des lieux qui peuvent servir de base à des centres de recherche.

À l'heure actuelle, et c'est malheureusement très vrai au Québec, il existe un mouvement qui dit de façon non discriminante: il faut sortir les patients des hôpitaux, un point c'est tout. Et souvent, on fait rentrer les patients par la porte de derrière, parce que quand on a des patients extrêmement violents et extrêmement difficiles qui ne sont pas à l'hôpital, ils seront placés dans des prisons hôpital.

De plus, on a un discours en faveur de l'intervention précoce qui dit: si on fait l'intervention précoce, on guérit ces patients, ce qui est faux. Un autre discours dit: si on applique des méthodes de réadaptation, la violence est supprimée, il n'y a pas besoin d'envoyer le patient à l'hôpital.

Je vous dirais que ce sont des demi-vérités. Il y a quelque chose de très intelligent et de très profond dans ces méthodes. Mais, malheureusement, ce n'est pas vrai à 100 p. 100 et on aura toujours besoin de lits d'hôpital et d'hospitalisation pour des patients extrêmement difficiles.

Au Québec, on a eu une situation extraordinaire où des groupes de parents ont milité, *manu militari*, d'une façon violente, pour la sortie des patients des hôpitaux. Et un autre groupe de parents, des parents qui sont dans les hôpitaux, milite avec un peu moins de véhémence — parce qu'ils sont moins nombreux — pour qu'on les laisse les patients dans les hôpitaux.

Il ne faut pas stigmatiser l'hôpital psychiatrique. Il faut aider à en supprimer les pratiques rétrogrades, et Dieu sait s'il y en avait. Il faut l'améliorer pour qu'il serve à la recherche, et pour ça il faut le garder.

Je suis très content de ce qui est fait au Douglas et aussi à l'Université de Montréal. Il faut que la recherche reste dans le milieu hospitalier, parce que le seul moyen de réformer un hôpital psychiatrique, c'est de l'intérieur. Si on fait sortir les gens qui y travaillent, il va rester comme il était.

[Traduction]

Le sénateur Cook: Je suis originaire de Terre-Neuve et j'ai écouté ce qui me semble être un défi très complexe dans ce domaine. Du point de vue des Terre-Neuviens, il me semble impératif de proposer un plan d'action national. Comment pourrions-nous faire sans plan de ce genre? Et je compare ici ce que vous dites à la façon dont on traite dans ma propre province les maladies mentales et le bien-être mental.

Il nous faut à la fois de la recherche ciblée et de la recherche intégrée, puisque, comme le disait le sénateur Robertson, c'est le médecin de famille qui est la porte d'entrée dans le système. Dans

waiting list for specialists is between 12 and 18 months. In the meantime, the patients who require care go back and forth to the family doctor and get prescriptions for something to keep them quiet. Depending on where you live, there might be a nurse practitioner or perhaps an NGO. You have to wait and manage the problem and therein lies the problem.

I think we need a national action plan that is dedicated to best practices that can go out to the provinces — given that health is delivered provincially and funded federally. If you have an alternative, however, I would welcome it.

You talk about not having enough money. That is a perennial problem. If we manage what is available within CIHI and SSHRCC, are you getting your share? Can something be done here? Can you cut the pie differently to ensure that you get this national action plan with all those pieces in?

Mr. Chairman, in my province, if you had a mental disease you were “simple.” If you had Alzheimer’s you were “low-minded.” There is a lot of meaning in those words. If you had epilepsy, you had “the fits,” and I will leave it at that.

With respect to stigmatism, I think you have to look back at your own profession and how you dealt with it. Treatments included the lock-ward, shock therapy, and institutionalization. Now we are at the other end trying to do the opposite. I think the stigma is not with the public, I think the profession has to shoulder the responsibility.

Dr. Quirion: You have made a very good point.

In terms of an action plan, we all agree that the federal government needs to be involved, as it is in other aspects of health. Mental health and mental illness are critical and we should have a national type of agenda that includes cutting-end research.

In terms of access to services in various provinces, as I said, I am always optimistic. I know that is hard, there are long waiting lists. There are long waiting lists in Montreal as well.

I was very impressed when I visited Newfoundland. I have been to P.E.I. and New Brunswick. If we can capture the energy of the community in these provinces, it could be fabulous. Perhaps it will not happen overnight. However, we should be working to provide proper telehealth services to the communities. It seems easier to convince the communities in small villages that they need to be on board. What they have done in New Brunswick on suicide is fabulous; all cases are now referred to Montreal. There is a national policy, voted in the legislature, that every case will go.

When I visited P.E.I. in relation with Alzheimer’s-type dementia, it was amazing in these small villages that everyone seemed to be involved in trying to help de-stigmatize the illness

ma propre province, il faut attendre de 12 à 18 mois avant de voir un spécialiste. Entre-temps, les patients qui exigent des soins frappent sans cesse à la porte de leur médecin de famille qui leur donne des médicaments sur ordonnance pour les garder tranquilles. Selon l’endroit où vous habitez, vous pouvez parfois faire affaire à une infirmière praticienne ou peut-être à une ONG. Mais entre-temps, le patient doit attendre et gérer son problème, et c’est là où le bât blesse.

Il nous faut un plan d’action national, qui énonce les règles de l’art pour les provinces, puisque la santé est de compétence provinciale, même si les fonds sont fédéraux. Je serais heureux de se savoir si vous avez une autre solution à proposer.

Vous dites que vous manquez d’argent. C’est un problème éternel. Si nous gérons convenablement les fonds qui se trouvent à l’ICIS et au Conseil de recherches en science humaine, estimez-vous obtenir votre part? Peut-on agir sur ce front-là? Peut-on distribuer les fonds différemment pour que l’on puisse obtenir un plan d’action national qui intègre tous les éléments?

Monsieur le président, dans ma province, on appelait ceux qui souffrent de maladie mentale et de l’Alzheimer des simples d’esprit. Ceux qui souffraient d’épilepsie avaient leurs «crises». Ce sont des expressions lourdes de sens et je m’arrêterai là.

En ce qui concerne la stigmatisation, demandez-vous comment a réagi votre propre profession et ce que vous avez fait de la maladie. Vos traitements comprenaient l’incarcération, les traitements de choc et l’institutionnalisation. Aujourd’hui, nous sommes passés à l’autre extrême et essayons de faire le contraire. Ce n’est pas la faute aux gens si cette maladie est stigmatisée, et c’est votre profession qui doit en assumer la responsabilité.

Dr Quirion: Je pense que vous avez tout à fait raison.

Pour ce qui est du plan d’action, nous convenons tous que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, tout comme dans les autres secteurs de la santé. La santé mentale et la maladie mentale sont de la plus haute importance, et le programme national devrait inclure la recherche de pointe.

Pour ce qui est d’avoir accès aux services dans les diverses provinces, je répète que je suis toujours optimiste. Je sais que c’est parfois difficile et que les listes d’attente sont longues. Les listes d’attente sont tout aussi longues à Montréal.

J’ai été très impressionné par ma visite de Terre-Neuve. J’ai visité aussi l’Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Si nous pouvions capturer l’énergie qui se dégage de ces provinces, ce serait fabuleux. Ce ne sera sans doute pas possible du jour au lendemain. Toutefois, nous devrions faire en sorte de pouvoir offrir à ces collectivités des téléservices de santé convenables. Il semble plus facile de convaincre les populations des petits villages de la nécessité d’aller en ce sens. Ce qu’on a fait au Nouveau-Brunswick pour aider à contrer le suicide, c’est fabuleux: tous les cas sont aujourd’hui renvoyés à Montréal. C’est ce qui a été décidé par l’Assemblée législative qui en a fait une politique pour la province.

Lorsque j’ai visité l’Île-du-Prince-Édouard dans le cadre d’une étude sur les démences comme celles qui surviennent avec l’Alzheimer, j’ai été surpris de voir à quel point dans tous ces

and provide better services such as halfway houses and so forth. The rural aspects present a challenge. CIHR now has a research strategy for rural health. That has been a good development.

In terms of research money, of course I think I need more. We always need more. In addition, it is not just a matter of more, it is a matter of doing things a little differently so that we can integrate the entire spectrum. That is what we are trying to promote at the institute. If we can work together on that, there will be a greater overall impact at the end of the day.

Senator Cordy: This has been an informative morning for me. I was particularly pleased with the differentiation that you showed between the concepts of mental illness and mental health. I was also interested in your comment that the public tends to refer to illnesses such as childhood mental illness, autism and fetal alcohol syndrome as “childhood” illnesses, when indeed they are not “childhood” illnesses; they may suffer as children, but they do indeed grow up.

I would like to return to Senator LeBreton’s comment about neuroethics. Does this also include balancing the rights of the patient with what the medical profession feels is right for the patient? You made reference earlier to people suffering from schizophrenia as a group with a high incidence of non-compliance with medication. You also made reference earlier to lobby groups who are saying that patients should not be hospitalized and family groups who are saying they should be hospitalized.

In balancing the two issues, is that part of what you refer to as neuroethics?

Dr. Quirion: Yes, it is. Phil Upshall is a lay representative on the board. He is in Montreal this week because he is working on a group studying the use of placebo for treatment of mental illnesses and also privacy. Mr. Upshall is working to ensure that the patient is involved in decision making at every step. It is not appropriate for a psychiatrist to dictate what the patient should or should not have; the patient must be involved. Mr. Upshall would be a good person to talk to about neuroethics.

Senator Morin: I think that Senator Cordy is referring to an issue that is currently before the Supreme Court of Canada that concerns the rights of the patient. In this case, a patient is refusing treatment despite the fact that his physician and his entire family — including his own mother — think that he should be treated. That is a very important issue right now, I am sure, for your profession.

Dr. Maziade: This is an extreme case and there will always be extreme cases. In terms of ethics, there is a new profession evolving in Canada and other countries. Universities are developing new curriculum. In several instances, “true bioethics” is balancing the risks of research against the benefits.

petits villages tous les habitants mettaient la main à la pâte pour aider à déstigmatiser la maladie et pour offrir de meilleurs services tels que les maisons de transition, notamment. La ruralité présente un défi en soi. Les IRSC ont aujourd’hui une stratégie de recherche qui s’intéresse à la santé dans les régions rurales, ce qui est un pas dans la bonne direction.

Bien sûr, j’aurais toujours besoin d’avoir plus de subventions de recherche. Nous n’en avons jamais assez. Et ce n’est pas tant qu’il nous faut plus d’argent, mais il faudrait plutôt faire les choses différemment pour pouvoir intégrer au tableau tous les éléments. C’est ce que nous essayons de promouvoir à notre institut. Si nous pouvions collaborer là-dessus, nous pourrions avoir de bien meilleurs résultats en bout de piste.

Le sénateur Cordy: J’ai beaucoup appris ce matin à vous écouter tous. J’ai bien aimé la distinction que vous avez faite entre la santé mentale et la maladie mentale. J’ai aussi trouvé vos propos fort intéressants lorsque vous avez dit qu’aux yeux de la population, certaines maladies telles que la maladie mentale infantile, l’autisme et le syndrome de l’alcoolisme foetal, sont considérées comme étant des maladies d’enfance, alors que ce n’est nullement le cas: les enfants peuvent bien en souffrir au cours de leur enfance, mais ils finissent par grandir.

Je voudrais revenir à ce que disait le sénateur LeBreton au sujet de la neuroéthique. Votre définition s’applique-t-elle lorsqu’il s’agit de faire la part entre les droits du patient, d’une part, et ce que la profession médicale juge être l’intérêt du patient? Vous avez dit plus tôt que les schizophrènes constituent collectivement un des groupes de malades qui prend le moins ses médicaments d’ordonnance. Vous avez également mentionné certains groupes de pression pour qui les patients ne devraient pas être hospitalisés, contrairement à ce que demandent les familles.

La conciliation des intérêts des deux parties, est-ce cela la neuroéthique?

Dr Quirion: Oui, c’est bien cela. Phil Upshall est un des représentants profanes qui siègent au conseil. Il est actuellement à Montréal, parce qu’il siège à un groupe de travail qui se penche sur le recours au placebo pour traiter les maladies mentales et les questions de protection de la vie privée. Pour M. Upshall, il est primordial que le patient soit présent à toutes les étapes de la prise de décision. Il ne convient pas qu’un psychiatre décide pour le patient ce qu’il doit suivre ou non comme traitement; le patient doit avoir voix au chapitre. M. Upshall pourrait vous en dire plus long sur la neuroéthique.

Le sénateur Morin: Je crois que le sénateur Cordy avait en tête un cas qui est actuellement à l’étude à la Cour suprême du Canada et qui concerne les droits du patient. Dans l’affaire en question, un patient refuse d’être traité même si son médecin et toute sa famille — y compris sa propre mère — sont d’avis qu’il devrait l’être. Je suis sûr que c’est une question de la plus haute importance pour votre profession.

Dr Maziade: Il s’agit d’un cas extrême, comme il y en aura toujours. Mais en termes de déontologie, il existe une nouvelle profession qui voit le jour au Canada et dans d’autres pays. Les universités sont même en train de préparer un nouveau programme. La véritable bioéthique consiste souvent à

We cannot just make a list of the risks, because that could result in a decrease, rather than an increase, in research. We must properly supervise research.

This is a concept that must be addressed. Research is evolving in the uncertainty area. We do not have research in the status quo. There are risks in the area of uncertainty. The real research in bioethics — what we need — is to balance the risks against the benefits for all psychiatric patients.

I should also like to remind you that the lack of psychiatrists in several provinces is not a result of young medical doctors opting not to study psychiatry. There are government policies that limit the number of specialists in psychiatry.

Finally, I would like to reiterate a point that Dr. Mottron made earlier. In several provinces in Canada, for reasons we mentioned, there is a very strong lobby from other professionals and groups of parents against the psychiatric institute. In most North American university cities, they are developing, excellent innovative treatments and enhancing research in neuropsychiatric institutes. In Canada, we need to maintain strong, modern neuropsychiatric institutes that foster research and innovative treatments. Our institutes must emphasize openness and networking with the communities rather than just fight the forces that try to destroy them.

Senator Cordy: Dr. Mottron, you talked about autistic children entering the school system. Since the early 1980s in Nova Scotia, there has been a big movement to include children with autism into regular classrooms, which may have thirty-odd children. I would like some clarification. Do you think that these children should be included in classes with high numbers?

[Translation]

Dr. Mottron: I really think I am going to reach a record number of lawsuits. In the *Handbook of Autism and Developmental Disorders* on which there is scientific consensus, as far as possible on these issues, the article on integration is very lukewarm and moderate, to say the least.

Many adults with autism say that the worst time of their life was when they were being persecuted by other children at regular schools. There are two ways of viewing integration as well: first of all, the politically correct way, in which all individuals are given the same rights — obviously this is a desirable approach — and second, the practical implications of carrying out this good idea. What happens when someone with serious neurogenetic problems that interfere with understanding social mechanisms is placed with normal 13-year-olds is that he or she quickly becomes a victim. Integration may produce exactly the opposite result from that desired.

équilibrer les risques de la recherche et les avantages. Nous ne pouvons pas uniquement nous permettre d'énumérer les risques, car cela entraînerait une diminution de la recherche, plutôt qu'une augmentation, et c'est pourquoi il faut néanmoins continuer à superviser convenablement la recherche.

C'est un aspect qu'il faut tirer au clair. La recherche est empreinte d'incertitude et elle est incompatible avec le statu quo. Et qui dit incertitude dit risques. Le but de la véritable recherche en bioéthique est de concilier les risques et les avantages pour chaque patient psychiatrique.

Je voudrais également vous rappeler que s'il y a pénurie de psychiatres dans plusieurs provinces, ce n'est pas tant que les jeunes médecins choisissent de ne pas étudier la psychiatrie. C'est que les politiques gouvernementales visent à limiter le nombre de spécialistes en psychiatrie.

En dernier lieu, j'aimerais reprendre à mon compte ce que disait plus tôt le Dr Mottron. Dans plusieurs provinces, et pour des raisons déjà mentionnées, très fortes pressions sont exercées par d'autres professionnels et des groupes de parents pour empêcher les instituts de psychiatrie d'agir. Dans la plupart des villes universitaires d'Amérique du Nord, les instituts de neuropsychiatrie mettent au point d'excellents traitements novateurs et approfondissent leurs recherches. Au Canada, il nous faut garder des instituts de neuropsychiatrie forts et modernes pour qu'ils favorisent la recherche et les traitements novateurs. Nos instituts doivent mettre l'accent sur l'ouverture et le réseautage avec les collectivités plutôt que de consacrer leurs énergies à combattre ceux qui veulent les détruire.

Le sénateur Cordy: Docteur Mottron, vous avez parlé de l'entrée des enfants autistiques dans le système scolaire. Depuis le début des années 80 en Nouvelle-Écosse, on a assisté à un mouvement en vue d'intégrer les jeunes autistes dans les salles de classe régulières, qui comptent une trentaine d'enfants. J'aimerais quelques précisions. Pensez-vous que ces enfants devraient être intégrés dans de grandes classes comme celles-là?

[Français]

Dr Mottron: Dans le *Handbook of Autism and Developmental Disorders* qui est consensuel autant qu'on puisse l'être en sciences sur ces questions, l'article sur l'intégration est pour le moins très tiède et très modéré.

Beaucoup d'autistes adultes disent que le pire moment de leur vie a été lié aux persécutions par les autres enfants dans le cadre des écoles régulières. L'intégration peut, elle aussi, être vue sous deux aspects: d'abord, un aspect de rectitude politique dans lequel on donne à une personne le même droit qu'aux autres — il est évidemment souhaitable d'aller dans ce sens — et ensuite, l'aspect pratique de la réalisation de cette bonne idée. C'est ce qui se passe lorsqu'on met quelqu'un qui a un problème profond neurogénétique de compréhension des mécanismes sociaux et que vous le jetez au milieu de l'arène aux lions, c'est-à-dire des adolescents normaux de treize ans qui cherchent une proie à victimiser. L'intégration peut avoir des résultats exactement opposés à ceux qu'on souhaitait obtenir.

In the case of very young children, lobby groups are completely justified in asking for one assistant for each child or for every two children in a class or group. That is the final opinion contained in the report prepared by the committee I was referring to earlier: one assistant for two individuals. That was not exactly a regular school.

We cannot put these children into regular schools and have one assistant for two children. In Quebec, some children are integrated into regular schools, and they have a full-time assistant with them. That does not make much sense.

I think that on this point, I really agree with what Dr. Maziade said: Let us start with the diseases, that is let us try to discern properly and apply intelligently the broad, anti-discriminatory principles, and so on, and also the very technical matters linked to a particular disease.

People with autism do not use the part of the brain that we use to recognize faces and emotions. You can integrate them as long as you like into regular schools, and they will not benefit from that at all. They need specialized care.

We can retain the major principles of integration, such as access to work and housing, while sparing these people full integration.

The ridiculous situation we have at the moment stems from the fact that most lobby groups have insisted on early integration, which means putting children into regular schools. That means that all the money goes to early intervention, and there is almost nothing left to assist profoundly autistic adults with housing or work problems.

I know someone with autism who is redoing the Web site of a former minister of the Quebec government. This guy does just as good a job as a person who does not have this handicap. We had to organize that ourselves. There was no assistance for this person.

In other words, integration as such must become a technical aspect. We must start by considering the limitations imposed by the disease and integrate the ideological constraints intelligently. But we should not be placing autistic children into a sort of immersion setting without thinking about the consequences.

[English]

Senator Cordy: Just because they are physically in a classroom does not mean they are integrated.

[Translation]

Dr. Mottron: Of course, no, it is artificial.

[English]

The Chairman: I should tell you that Senator Cordy was for many years a primary school teacher, so she has had more than a little experience with that problem.

Pour des enfants très jeunes, les groupes de lobbying sont tout à fait justifiés de demander, dans une classe ou dans un groupe, un intervenant pour chaque enfant ou un intervenant pour deux enfants. C'est l'avis final contenu dans le rapport produit par le Comité dont je parlais tout à l'heure: un intervenant pour deux personnes. Ce n'est pas exactement une école régulière.

On ne peut pas mettre ces enfants en école régulière et avoir un intervenant pour deux enfants. On voit au Québec des enfants qui sont intégrés dans une école régulière et ils ont à côté d'eux un intervenant à temps plein. Cela ne fait pas beaucoup de sens.

Je crois qu'ici, je rejoins vraiment ce qu'a dit le Dr Maziade: commençons avec les maladies, c'est-à-dire essayons de bien discerner et d'appliquer de façon intelligente les grandes questions politiques et d'égalité antidiscriminatives, et cetera, et aussi les questions très techniques reliées à une maladie particulière.

Les personnes autistes n'utilisent pas la partie du cerveau que nous utilisons pour reconnaître les visages et les émotions. Vous pouvez les intégrer aussi longtemps que vous voudrez dans une école régulière, ils en retireront aucun avantage. Ils ont besoin de soins spécialisés.

On peut bien garder les grands principes intégrateurs, par exemple, l'accès au travail, l'accès à des logements, tout en épargnant l'intégration à ces gens-là.

L'aberration actuelle vient du fait que la plupart des groupes de lobbying ont insisté pour l'intégration précoce, qui consiste à mettre un enfant dans une école régulière. Ceci fait que tous les crédits passent à l'intervention précoce et qu'en termes de logement et d'aide au travail, il n'y a pratiquement plus d'argent pour aider les adultes qui sont profondément atteints d'autisme.

Je connais un autiste qui est en train de refaire le site Web d'un ex-ministre du gouvernement québécois. Ce gars-là fait un travail aussi beau que quelqu'un qui n'aurait pas ce handicap. Il a fallu que nous organisions cela nous-mêmes. Il n'y avait aucune aide pour cet individu.

Tout cela pour dire que l'intégration comme telle doit devenir un aspect technique. Il faut d'abord prendre en considération les contraintes liées à la maladie et intégrer de façon intelligente les contraintes idéologiques. Mais qu'on ne fasse pas bêtement, comme cela a été fait, une espèce d'immersion non réfléchie.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: Ce n'est pas parce qu'ils se trouvent physiquement dans une salle de classe qu'ils sont véritablement intégrés.

[Français]

Dr Mottron: Bien entendu, non, c'est factice.

[Traduction]

Le président: Sachez que le sénateur Cordy a enseigné pendant de nombreuses années à l'école primaire, et qu'elle a donc beaucoup d'expérience avec ce problème.

I thank all of you for coming. I realize we went overtime, but your comments were extremely useful to us and we thank you for taking the time.

Our next speaker this morning is from the University of Montreal, Dr. Richard Tremblay, the Canada Research Chair in Child Development and the Professor of Pediatrics, Psychiatry, and Psychology and the Director of the Centre of Excellence for Early Childhood Development — All of which is the longest single title I have ever heard in introducing anybody.

Thank you very much for coming, Professor Tremblay.

[*Translation*]

Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director of the Centre of Excellence for Early Childhood Development, University of Montreal: First of all, I would like to thank you for inviting me to be here today. I do research on the development of children. I began my career as a researcher and a clinician and worked with adults in psychiatric hospitals and prisons.

I realized how difficult it was to have a significant impact on the development of adults. I therefore decided, after a few years, to work with adolescents, particularly young offenders, to try to do something about the fact that most of these young offenders end up either in prison or in psychiatric care.

After working a few years with young offenders, I realized how little impact our actions had. I decided to work with nursery school children, because I decided I had to start at the beginning if I was going to do anything in the way of prevention.

After working a number of years with nursery school-aged children, I am now working with pregnant women. In my current work, I realize that some of these adults with whom I work are very similar to the adults with whom I worked in psychiatric hospitals and prisons.

So I am back to where I started. It certainly seems that if we are to prevent mental health problems from developing, we have to start early, but we must also target both children and their parents.

I have been doing longitudinal studies for more than 20 years now. We follow individuals from pregnancy to adulthood, and we try to understand how mental health problems develop, while taking certain action, to see to what extent taking action very early in life can prevent the development of mental health problems.

I specialize in problems of violence. We hear a great deal about violence in society: violence by adults and adolescents, but we often forget — and this is what our work made us realize — that problems of violence, particularly physical violence, begin very early in life.

Merci à tous nos témoins d'avoir comparu. Je sais que nous avons débordé du temps alloué, mais vos commentaires nous semblaient très utiles et nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous les communiquer.

Nous accueillons maintenant de l'Université de Montréal, le Dr Richard Tremblay, qui est titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, professeur de pédiatrie, de psychologie et de psychiatrie et directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. C'est bien le plus long titre que j'aie jamais eu à annoncer.

Merci beaucoup de vous joindre à nous, professeur Tremblay.

[*Français*]

Le docteur Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Université de Montréal: D'abord, j'aimerais vous remercier de l'invitation à cette rencontre. Je fais de la recherche sur le développement des enfants. J'ai commencé ma carrière comme chercheur et clinicien auprès des adultes dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons.

J'ai réalisé comment il était difficile d'avoir un impact important sur le développement des adultes. J'ai donc décidé, après quelques années, d'aller travailler avec des adolescents et, particulièrement, des adolescents délinquants, pour tenter de prévenir le fait que la majorité de ces adolescents délinquants se retrouvent soit en prison soit dans des services de psychiatrie.

Après avoir travaillé quelques années auprès des délinquants, je me suis rendu compte de l'effet minime de nos interventions. J'ai décidé de travailler avec des enfants de maternelle en me disant qu'il faut bien commencer au début si on veut avoir des effets préventifs.

Après avoir travaillé un bon nombre d'années avec des enfants de maternelle, je travaille maintenant avec des femmes enceintes. En travaillant avec des adultes qui attendent un bébé, je me rends compte qu'un certain nombre de ces adultes ressemble beaucoup aux adultes avec lesquels je travaillais dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons.

Je suis donc revenu au point de départ. Il semble bien que si l'on veut prévenir le développement des problèmes de santé mentale, il faut commencer tôt, mais il faut avoir plusieurs cibles, autant les enfants que leurs parents.

Je fais des études longitudinales depuis plus de vingt ans. Nous suivons des individus à partir de la grossesse jusqu'à l'âge adulte et nous essayons de comprendre le développement des problèmes de santé mentale tout en faisant des interventions, pour voir dans quelles mesures des interventions très tôt dans la vie peuvent prévenir le développement des problèmes de santé mentale.

Je me suis spécialisé dans les problèmes de violence. On parle beaucoup de violence dans la société: violence des adultes et des adolescents, mais on oublie souvent — et c'est ce que nos travaux nous ont amené à réaliser — que les problèmes de violence, particulièrement de violence physique, commencent très tôt dans la vie.

Human beings are most frequently violent at the age of 24 months. Physical aggression is used most often by infants in this age group. It seems that we do not learn to become aggressive, we learn how not to become aggressive.

The philosopher Jean-Jacques Rousseau, said: "Children are born good and society makes them bad," but it does seem that the opposite is true. Children are born with all these tendencies that are ultimately considered anti-social, and society teaches children to control their behaviour, which may be useful, at some times, but which is often harmful to social relations.

Mr. Henri Dorvil, Professor, School of Social Work, University of Quebec in Montreal: Thank you very much for your invitation. I have been in Quebec for 38 years. I arrived here at the time of the Quiet Revolution and the time of the revolution in psychiatry.

At that time, the Bédard report had just come out. It favoured deinstitutionalization, community psychiatric services, in other words, the social integration of psychiatric patients. I had not even studied social work, I was a social worker without a degree, so I was just beginning in the profession.

We started by meeting with priests and community leaders to tell them that psychiatric patients are not dangerous, at least not any more dangerous than other people, and that they should be given a chance.

We could not take patients out of psychiatric hospitals and integrate them into the community until they had acquired certain social skills. That is when social workers, psychological educators, started teaching psychiatric patients the skills they would require to function in society.

I subsequently completed my social work program. I worked for about 10 years and then I went back to university to do a Ph.D. in sociology, but I still had the same obsession about people's attitudes toward psychiatric patients.

Social workers who work in hospitals are called "placers," that is, people who place psychiatric patients in the community.

It is thus quite natural that my current area of research is housing as a factor of social integration for individuals who are considered to have a mental illness.

What is being done in this field? Psychiatric patients receive a diagnosis. And according to the information in the scientific literature, psychiatric patients go through a number of stages in their recovery.

We think, and this is consistent with the findings of the scientific literature, that some types of housing are more suitable to the initial recovery phase of psychiatric patients.

C'est à l'âge de 24 mois que les humains sont le plus fréquemment violents. C'est à 24 mois qu'on utilise le plus souvent l'agression physique. Il semble que nous n'apprenons pas à devenir agressif, nous apprenons à ne pas devenir agressif.

Le philosophe Jean-Jacques Rousseau disait: «L'enfant naît bon et la société le rend mauvais», mais il semble bien que l'inverse est vrai. L'enfant naît avec toutes ses pulsions que l'on finit par juger antisociales, et la société apprend aux enfants à contrôler leurs actes, qui sont des actes utiles, à certains moments, mais qui sont souvent nuisibles dans les relations sociales.

M. Henri Dorvil, professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal: Merci beaucoup de l'invitation. Cela fait 38 ans que je suis au Québec. Je suis arrivé au Québec à l'époque de la révolution tranquille et aussi de la révolution en psychiatrie.

À cette époque-là, le rapport Bédard venait de paraître. Ce rapport avait un parti pris pour la désinstitutionnalisation, pour la psychiatrie communautaire, autrement dit pour l'intégration sociale des patients psychiatriques. Ils nous ont demandé de préparer l'arrivée des patients psychiatriques dans la communauté. Je n'avais même pas étudié le service social, j'étais un travailleur social non diplômé, donc je faisais mes premières armes dans ce domaine.

On a commencé par rencontrer les curés, les notables de la communauté pour dire que le patient psychiatrique n'est pas une personne dangereuse, du moins pas plus dangereuse que les autres, et qu'il fallait donc lui laisser sa chance.

On ne pouvait pas faire sortir les patients de l'hôpital psychiatrique et les intégrer dans la communauté sans qu'ils aient acquis des habilités sociales. C'est à ce moment-là que les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs, ont commencé à apprendre des habilités aux patients psychiatriques pour qu'ils puissent fonctionner dans la société.

Par la suite, j'ai terminé mon cours de travailleur social. J'ai travaillé une dizaine d'années et je suis ensuite retourné à l'université faire un doctorat en sociologie, mais toujours avec la même obsession concernant les attitudes de la population à l'égard des patients psychiatriques.

On appelle les travailleurs sociaux qui travaillent dans le milieu hospitalier des «placeurs», c'est-à-dire des agents qui placent les patients psychiatriques dans la communauté.

Il est donc tout à fait naturel que mon aire de recherche, actuellement, c'est le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes qui sont classées comme ayant une maladie mentale.

Que fait-on dans ce domaine? Le patient psychiatrique a un diagnostic. Et selon les données de la littérature scientifique, le patient psychiatrique passe par plusieurs phases dans son rétablissement, dans sa guérison.

En accord avec ce que la littérature scientifique nous dit, nous croyons que certains types de logement, certains types d'hébergement conviennent mieux à la première phase, je dirais, du rétablissement du patient psychiatrique.

During this initial phase of recovery, psychiatric patients feel somewhat lethargic. They wonder what is happening to them. From our studies, we think that at this stage, psychiatric patients would be better served in what is known as a group home or residence.

After some time, psychiatric patients begin to regain their strength and to connect with the healthy aspects of their personality, and so on. At this point, they can go further afield and live in a supervised apartment, for example, because they have made some progress.

In the third phase of recovery, psychiatric patients start to feel stronger. They start to think about their quality of life. They have learned a number of social skills in the earlier phases, in the housing experiences they have had. When they start to talk about quality of life, they can think about what is known as independent living.

In psychiatry and in mental health services, there are many ideological trends. Some even advocate that mental illness is an ideology, and that as soon as patients get out of the hospital, they can go into an independent living situation. That is an extreme opinion.

Others say that it is out of the question for psychiatric patients to go a little further in society. They must stay within what is known as the “daycare model.” They cannot go any further, they cannot be rehabilitated. So these are two diametrically opposed extremes.

After doing three or four studies on housing as a factor in social reintegration, and after doing a typology, a classification of the daycare model, that is housing with professional support — support from the psychiatric hospital — and then independent housing, rooming houses, and so on, we realized that there is no perfect housing situation. For example, group residences, which follow the daycare model, provide security, but do not foster independence.

At the other extreme, independent housing provides a great deal of freedom and independence. And some psychiatric patients wonder what to do with all this independence. Often, psychiatric patients feel isolated when they are on their own, whereas in the group residence, there were people around.

Finally, I would say that we study society’s prejudice regarding access to housing. When individuals with physical handicaps or members of ethnic minority groups look for housing, they may encounter some resistance from society. The same is true for psychiatric patients. Sometimes, they are qualified to take possession of some type of housing in a building, and quite often, because of their psychiatric diagnosis, which follows them throughout their whole lives, they have trouble being seen as citizens, like any other citizen of Quebec or Canada.

Au cours de cette première phase du rétablissement, le patient psychiatrique est plongé dans une certaine léthargie. Le patient psychiatrique se demande ce qu’il lui arrive. Nous croyons, d’après les études que nous avons faites, qu’à ce stade-là, le patient psychiatrique serait mieux servi dans ce qu’on appelle une résidence d’accueil ou un foyer de groupe, par exemple.

Après un certain temps, le patient psychiatrique commence à reprendre ses forces, il commence à se connecter avec les forces saines de sa personnalité, et le reste. À ce moment, il peut aller plus loin, il peut aller vivre dans un appartement supervisé, par exemple, parce qu’il a quand même fait du chemin.

Dans la troisième phase du rétablissement, le patient psychiatrique commence à se sentir plus solide. Il commence à penser qualité de vie. Il a appris plusieurs habilités sociales dans les phases précédentes, dans les expériences d’hébergement et de logement qu’il a eues. Quand il commence à parler de qualité de vie, le patient peut penser à ce qu’on appelle une habitation autonome.

En psychiatrie et dans le service de santé mentale, il y a beaucoup de courants idéologiques. Certains courants idéologiques prônent même que la maladie mentale serait une idéologie et que le patient, dès sa sortie d’hôpital, peut aller dans une habitation autonome. C’est une situation extrême.

D’autres disent qu’il n’est pas question qu’un patient psychiatrique aille un peu plus loin dans la société. Il faut qu’il reste dans ce qu’on appelle le «modèle de gardiennage». Il ne peut pas aller plus loin, il ne peut pas se réhabiliter. Ce sont donc deux pôles opposés.

Après avoir fait trois ou quatre études sur l’hébergement/logement comme facteur de réintégration sociale et après avoir fait ce qu’on appelle une typologie, une classification, du modèle de gardiennage, du logement avec support professionnel, du support de l’hôpital psychiatrique et ensuite de l’habitation autonome, des maisons de chambre, et le reste, nous nous sommes rendus compte qu’il n’y a pas d’habitat parfait. Par exemple, il existe des résidences d’accueil, des foyers de groupe qui apportent la sécurité mais pas d’autonomie.

À l’autre l’extrême, l’habitation autonome donne beaucoup de liberté et d’autonomie. Et certains patients psychiatriques se demandent ce qu’ils vont faire de cette autonomie. Souvent, le patient psychiatrique se sent isolé alors que lorsqu’il était en résidence d’accueil, il était entouré.

En dernier lieu, je dirais que nous étudions les préjugés de la société qui entourent l’accès au logement. Quand des personnes handicapées physiquement ou des personnes de minorités ethniques veulent avoir un logement, ils peuvent buter sur certaines résistances dans la société, des obstacles. C’est la même chose pour le patient psychiatrique. Parfois, il est qualifié pour prendre possession d’un logement dans un immeuble et assez souvent à cause de son diagnostic psychiatrique qui le poursuit durant toute sa vie, il a de la difficulté à être considéré comme un citoyen, comme n’importe quel citoyen du Québec ou du Canada.

So that is what we are looking at at the moment, because psychiatric patients are more or less imprisoned in the housing provided by the health care network. We want to get out of this health care network.

We want to work with the Quebec Housing Corporation and with the Canada Mortgage and Housing Corporation. We say that psychiatric patients are citizens, and that this must be taken at face value. Quality housing makes so-called normal people happy. This is even more crucial for people whose health has been compromised by mental health problems.

Mr. Michel Tousignant, Professor and Researcher, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie: Thank you for allowing me to speak to your committee this morning. Let me introduce myself briefly. My main area of research is social science. I have a background in psychology and anthropology, and I do research mainly on the history of life from the time a human being is a foetus until the time of his or her death by suicide. I work mainly with adults, but I am also involved in projects on adolescents and even seniors.

My presentation will deal with the day-to-day problems confronting researchers in social sciences and mental health. I will discuss some of the topics listed in the letter sent to me by Mr. Charbonneau last weekend. My first point is about the level of funding and the balance between various research sectors.

In Canada, there has been a net improvement in the past three years following the creation of the Canadian Institutes of Health Research, as well as an improvement in the research funding, particularly for mental health. However, there is still a great deal of room for improvement in the area of research and especially in research on mental health and social sciences.

First of all, whether in terms of public government funding, the university chair program or private foundation funding for health care, mental health is often not sufficiently funded in relation to the costs and burden these types of illnesses represent for society.

With regard to suicide, which is the principal cause of death for men under 40 in Canada, there is a lack of funding compared to other causes of death such as heart disease or cancer.

Suicide attempts also represent a very heavy cost in terms of hospital care. There are 500,000 hospitalized cases in the United States and there must be 50,000 in Canada. That represents \$10,000 per person.

C'est donc ce que nous examinons actuellement, parce que les patients psychiatriques sont comme emprisonnés dans ce qu'on appelle les hébergements/logements mis sur pied par le réseau de la santé. Nous voulons sortir de ce réseau de la santé.

Nous voulons travailler avec la Société d'habitation du Québec, nous voulons travailler avec la Société canadienne d'hypothèque et de logement. On dit que les patients psychiatriques sont des citoyens, eh! bien il faut prendre cela au mot. Le logement de qualité rend heureux les gens que l'on dit normaux. À plus forte raison, c'est d'une importance capitale pour les personnes dont la santé mise en péril par des troubles mentaux.

M. Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie: Ce témoin n'était pas à la liste. J'ai traduit son titre qui est donné par le Président en anglais, mais l'organisme n'est pas mentionné. Ça doit donc être vérifié dans les documents que vous possédez. Merci! Monique Merci de m'accueillir à votre Comité ce matin. Je me présente brièvement. Je fais des recherches surtout en sciences sociales. J'ai une formation en psychologie et en anthropologie et je fais des recherches principalement sur l'histoire de vie depuis le foetus jusqu'au décès des gens qui sont décédés par suicide. Je travaille surtout avec des adultes mais je collabore aussi à des projets qui touchent des adolescents et même des personnes âgées.

Ma présentation portera surtout sur les difficultés au quotidien auxquelles ont à faire face les chercheurs dans le domaine des sciences sociales et de la santé mentale. Je vais aborder quelques-uns des thèmes proposés dans la lettre que m'a envoyée M. Charbonneau en fin de semaine. Mon premier point se situe au niveau du financement et de l'équilibre entre les divers secteurs de la recherche.

Au Canada, il s'est produit une nette amélioration depuis trois ans suite à la fondation des Instituts de recherche en santé du Canada et du financement de la recherche, particulièrement concernant la santé mentale. Cependant, il y a encore beaucoup d'améliorations à apporter dans le domaine de la recherche et surtout dans le domaine des recherches santé mentale et des sciences sociales.

Tout d'abord, que ce soit au niveau des fonds publics gouvernementaux, du programme des chaires universitaire ou des fonds des fondations privées en santé, la santé mentale n'est souvent pas suffisamment financée par rapport aux coûts et au poids de ce type de maladies dans la société.

En ce qui concerne le suicide, qui est la principale cause de mortalité chez les hommes de moins de 40 ans au Canada, c'est un domaine qui est manqué de financement comparativement à d'autres causes de mortalité comme les maladies coronariennes ou le cancer.

Les tentatives de suicide représentent également un coût très lourd au niveau des soins hospitaliers. Il y a 500 000 cas hospitalisés aux États-Unis et il doit y en avoir 50 000 au Canada. Ceci représente 10 000 \$ par personne.

There is a handful of researchers in this field in Canada. Fortunately, they are mainly concentrated in Quebec. There may be about fifty in all. There is a great deal of research to be done concerning certain mental health problems.

With regard to mental health research, a large part of our budgets are allocated to psychopharmacology, genetic factors and neurotransmitters, which are important factors in etiology and cure rates. At the same time, the study of the social aspects of mental health are underfunded, even though they are just as important and perhaps even more so in the case of many psychiatric disorders.

Our society's fascination with technology and the whole aura of the medical world, with solutions that are quick and cheap in terms of human effort, the masking of social and political factors in many problems that have increased very rapidly in the past decades, all these factors have meant that social sciences have taken a back seat in mental health research.

To give you just one example, enormous amounts of money are invested in research for new psychotropic drugs, which is good, but there is very little examination of the personal and social factors involved in taking the medication.

What factors lead to a patient taking the drugs or not? This is a problem that was raised by Dr. Rémi Quirion at the end of the last session.

You could have a very effective drug, but if patients do not take it or if doctors do not prescribe the correct dosage, how effective will that drug end up being?

My second topic is the area of communications and the application of results. We know that the last step of the research project is that of communicating results, not only in scientific journals but also in media aimed at the general public.

This stage is often obviated, for many different reasons. The popularization of results is not sanctioned by universities and research organizations. It plays a negligible part in one's curriculum vitae.

Research budgets should have an amount earmarked for scientific popularization. In addition, researchers have little training in the dissemination of their results to the general public.

Although this is one of the new objectives of the Institutes of Health, the fact remains that people will have to be trained if these objectives are to be achieved. There is therefore a need to create a public relations infrastructure to support researchers' efforts.

Perhaps we also need to encourage academic career models that focus more on the utilization and communication of results rather than the production of original results. Similarly, certain research programs should have communications as their exclusive mission.

Or, il y a actuellement une poignée de chercheurs et chercheuses dans ce domaine au Canada. Ils sont principalement concentrés au Québec, heureusement. Il y en a peut-être une cinquantaine en tout et partout. Il y a énormément de recherches à faire concernant certains problèmes de santé mentale.

En ce qui a trait aux recherches en santé mentale, une grande part des budgets est affectée à la psychopharmacologie, aux facteurs génétiques et aux neurotransmetteurs, qui sont des facteurs importants dans l'étiologie et la guérison. En même temps, on voit un sous-financement de l'étude des aspects sociaux qui sont tout aussi importants et peut-être davantage dans beaucoup de troubles psychiques.

La fascination de notre société pour la technologie et l'aura du monde médical, les solutions rapides et peu coûteuses en termes d'efforts humains, l'occultation des facteurs sociaux et politiques dans nombre de problèmes qui ont augmenté très rapidement au cours des dernières décennies, tous ces facteurs relèguent au second rang la place des sciences sociales dans les recherches sur des troubles mentaux.

Pour ne donner qu'un exemple, on investit des sommes énormes pour la recherche de nouveaux médicaments psychotropes, ce qui est très bien, mais on étudie peu les facteurs personnels et sociaux dans la prise du médicament.

Qu'est-ce qui fait qu'en fin de compte un patient va prendre ou non son médicament? D'ailleurs, c'est un problème qui a été soulevé par le Dr Rémi Quirion à la fin de la dernière séance.

On peut avoir un médicament très efficace, mais si les patients ne le prennent pas ou si les médecins ne donnent pas des posologies qui sont indiquées, où sera l'efficacité en fin de compte?

Mon deuxième sujet sera le domaine des communications et de l'application des résultats. On sait que la dernière étape d'un projet de recherche est celle de la communication des résultats, non seulement dans les revues scientifiques mais également auprès du grand public.

Or, cette étape est souvent esquivée pour plusieurs raisons. La vulgarisation des résultats n'est pas sanctionnée par les universités, les organismes de recherche. Elle tient une part négligeable dans le curriculum vitae.

Il devrait y avoir, dans les budgets de recherche, une part réservée à la vulgarisation scientifique. D'autre part, les chercheurs sont peu formés à la diffusion de leurs résultats auprès du grand public.

Bien que ce soit un nouvel objectif des instituts de santé, il reste qu'il faudra former des gens pour concrétiser ces objectifs. Il y a donc besoin de créer des infrastructures en relation publique pour soutenir les efforts des chercheurs.

Nous avons peut-être aussi besoin d'encourager des modèles de carrière académique davantage orientée vers l'utilisation et la communication des résultats plutôt que vers la production de résultats originaux. De même, certains programmes de recherche devraient avoir une mission exclusive de communication.

Last, my third point is about ethics, which has become an extremely important issue in medical research following abuses that occurred among certain populations.

That being said, there are sometimes very heavy restrictions and major obstacles that prejudice the validity and quality of research while taking up a lot of the time of those in charge of research. For better or for worse, this has become a huge bureaucratic structure whose main purpose is often to protect hospitals and universities against lawsuits rather than protecting the patients themselves.

Researchers must now spend more and more time, sometimes months and up to a year, satisfying all the criteria before starting a research project. First, there are university ethics committees, then those of research centres affiliated with hospitals, and then those of each individual hospital. There can also be a protocol that must be submitted to the Access to Information Commission in order to obtain lists of individuals. In the latter case, delays can vary from three months to a year. This represents an extremely heavy bureaucratic burden for researchers.

Over the years, I found that the steps that need to be undertaken are more and more onerous and the results are more and more restricted. For example, in order to gain access to the families of those who have committed suicide, we can no longer contact these families directly. We have to send a letter via the chief coroner of Quebec. If the families respond to this letter, we can conduct the research. That means we often get a 30 or 40 p. 100 response rate, which to some extent calls into question or invalidates the representative nature of these populations.

We did some research with Eric Latimer to gain access to the list of people who receive welfare. A hospital ethics board turned down our request for these lists. But it is impossible to conduct research on poverty without access to such lists. We must therefore rethink all these issues with an eye to protecting not only the institutions, but also the general well-being of the populations affected by mental health problems, if we are to determine what should be done.

Ethics committees have become watchdogs to protect everyone's interests. Very little time is allocated to consultation with researchers. Often, highly complex ethical problems arise during a research project and that is when people who are involved in ethics should help researchers with day-to-day concerns.

[English]

The Chairman: Thank you.

I would like to welcome our fourth speaker, Mr. Eric Latimer, the Health Economist from the Douglas Hospital.

Enfin, mon troisième point est celui de l'éthique, qui est devenue une question extrêmement importante en recherche médicale suite aux abus qui ont été faits auprès de certaines populations.

On impose cependant des restrictions parfois très lourdes et des embûches de taille qui nuisent à la validité et la qualité des recherches, tout en grevant les responsables de recherche d'un temps significatif. C'est devenu une grosse structure bureaucratique, à tort ou à raison, qui sert davantage bien souvent plus à protéger d'abord les institutions universitaires et hospitalières contre des poursuites éventuelles plutôt que les patients eux-mêmes.

Le chercheur doit maintenant passer de plus en plus de temps, parfois des mois, et même jusqu'à une année pour satisfaire à tous les critères avant de commencer un projet de recherche. Il y a d'abord des comités d'éthiques universitaires, ensuite ceux des centres de recherche affiliés aux hôpitaux, puis chacun des hôpitaux en particulier. Enfin, il peut y avoir un autre protocole à remettre à la Commission d'accès à l'information pour obtenir des listes de personnes. Les délais dans ce dernier cas pourraient être entre trois mois et un an. Ceci représente une bureaucratie extrêmement lourde pour les chercheurs.

Avec les années, j'ai trouvé que les démarches se font de plus en plus onéreuses et les résultats de plus en plus restreints. Par exemple, pour avoir accès aux familles de personnes qui ont perdu un membre à cause du suicide, on ne peut plus aller directement dans ces familles. Il faut envoyer une lettre par le biais du coroner en chef du Québec. Si les familles répondent à cette lettre, on pourra faire la recherche. Ce qui fait qu'on a souvent de 30 p. 100, 40 p. 100 de réponses, ce qui rend problématique ou invalide, jusqu'à un certain point, la représentativité de ces populations.

On a fait une recherche avec Eric Latimer pour avoir la liste d'accès aux gens qui sont sur l'aide sociale. Ces listes nous ont été refusées par un Comité d'éthique des hôpitaux. Mais il est impossible de faire de la recherche sur la pauvreté si on n'a pas accès à ces listes. Il faudra donc repenser toutes ces questions dans une optique non seulement de protection des institutions mais aussi de bien-être général des populations affectées par des problèmes de santé mentale afin de voir ce qu'il faut faire.

Les comités d'éthique sont devenus des chiens de garde pour protéger les intérêts de chacun. On alloue très peu de temps à la consultation auprès des chercheurs. Souvent, c'est en cours de recherche que surviennent des problèmes d'éthique très complexes et c'est à ce moment-là que les gens qui s'occupent de l'éthique devraient venir aider les chercheurs dans leurs problèmes quotidiens.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous accueillons maintenant en quatrième lieu M. Eric Latimer, économiste de la santé à l'Hôpital Douglas.

Mr. Eric Latimer, Health Economist, Douglas Hospital: The Douglas Hospital is the psychiatric hospital for patients who are more comfortable in English and who need long-term care. It is also the institution that provides psychiatric services to a sector of Montreal that comprises St. Henri, Verdun, Lasalle, and Lachine, about 260,000 individuals.

The Chairman: Has the Verdun Institution, as I knew it, been closed?

Mr. Latimer: The Verdun Hospital that was founded in 19th century is still the same. There are some additional buildings, and there are far fewer beds.

The Chairman: It is still a mental institution?

Mr. Latimer: It is still a mental institution, yes.

The Chairman: Sorry, go ahead. That was for my own edification.

Mr. Latimer: Not at all.

Thank you for giving me the opportunity to speak to you this morning. I am especially pleased to see that, following your report on general health reform, this subcommittee is turning to the specific issue of mental health and mental illness. As no doubt you have heard already, the area of mental health and mental illnesses is perceived as an “orphan child” by us in that community in the context of health research generally.

I was very happy to listen to my colleague Michel Tousignant’s responses to the questions that were posed to us. I agree entirely with him.

It may be helpful to the committee to know a little bit about my background. I have a Ph.D. in Economics and I have specialized as a mental health economist, which is a rare specialization. I am the Director of the Services, Policies and Population Health Research Program at the Douglas Hospital Research Centre, the research centre of which Dr. Quirion, is a scientific director.

My core research interests have been in the area of services to severely mentally ill adults. I have also been actively involved in dissemination activities related to one evidence-based practice called assertive community treatment, ACT, by means of writing, organizing and speaking at provincial conferences.

Honourable senators, your recent report on health care reform emphasized the need for the federal government to strengthen its commitment to health research in general — well beyond the substantial increases already granted since the establishment of the CIHR. More specifically, your report also recommended greater federal commitment to health technology assessment and evaluating health care system performance. In my view, if those conclusions are valid for health and the health care system in general, they are equally valid — perhaps even more so — for mental health research.

M. Eric Latimer, économiste de la santé, Hôpital Douglas: L’Hôpital Douglas est un hôpital psychiatrique pour les patients qui parlent plus aisément l’anglais et qui ont besoin de soins de longue durée. C’est également l’établissement qui fournit des services psychiatriques à une partie de la ville de Montréal qui inclut Saint-Henri, Verdun, Lasalle et Lachine, c’est-à-dire qui s’adresse à quelque 260 000 personnes.

Le président: L’Institut Verdun que je connaissais a-t-il été fermé?

M. Latimer: L’Hôpital Verdun qui a été fondé au XIXe siècle existe encore. On lui a bien ajouté quelques annexes, mais il compte moins de lits.

Le président: Est-ce toujours un établissement psychiatrique?

M. Latimer: C’est toujours, en effet, un établissement psychiatrique.

Le président: Pardon de vous avoir interrompu, mais c’était pour ma propre gouverne.

M. Latimer: Je vous en prie.

Merci de me donner l’occasion de comparaître ce matin. Je suis particulièrement ravi de constater que dans la foulée de votre rapport sur une réforme générale de la santé, votre sous-comité se penche maintenant sur la question plus particulière de la santé mentale et de la maladie mentale. Comme on vous l’a sans doute déjà dit, le secteur de la santé mentale et de la maladie mentale est perçu par les spécialistes comme l’orphelin de la recherche en santé.

J’ai eu grand plaisir à entendre mon collègue Michel Tousignant répondre aux questions qui lui ont été posées et je souscris sans réserve à ce qu’il a dit.

Le comité voudra peut-être savoir un peu plus qui je suis. J’ai un doctorat en économie et je me suis spécialisé dans l’économie de la santé mentale, ce qui est rare. Je suis le directeur des services, des politiques et du programme de la recherche en santé de la population au Centre de recherche de l’Hôpital Douglas, centre de recherche dont le Dr Quirion est le directeur scientifique.

Ma recherche a porté principalement sur le secteur des services offerts aux adultes souffrant de graves maladies mentales. J’ai également pris une part active à des activités de diffusion traitant d’une pratique fondée sur les résultats appelée ACT, ou traitements intensifs dans la collectivité, à titre de rédacteur, d’organisateur et d’orateur dans des conférences provinciales.

Mesdames et messieurs, votre dernier rapport sur la réforme des soins de santé insistait sur le fait que le gouvernement fédéral devait réaffirmer son engagement à l’égard de la recherche en santé en général — un engagement qui irait bien au-delà des augmentations substantielles déjà accordées depuis la création des IRSC. D’une façon plus particulière, votre rapport recommandait également que le gouvernement fédéral s’engage plus à fond dans une évaluation de la technologie de la santé et dans une évaluation de rendement du système de soins de santé. À mon avis, si ces conclusions valent pour la santé et pour le système de santé en général, elles valent tout autant — et peut-être encore plus — pour la recherche en santé mentale.

There are many burdens of disease posed by mental illness. The stigma that has tended to push it under the carpet, the effectiveness of many existing treatments for common mental illnesses that are under-used, and the need to seek more effective treatments for devastating illnesses such as schizophrenia and Alzheimer's disease have all been well documented. I will not go over that ground again. These various factors combined call for greater investment in biomedical, clinical, health services and population health research, as well as greater investment in knowledge transfer activities.

I would like to focus my remaining comments on health services and to a lesser extent population health research, which I know relatively well. I would also like to further focus my comments on services to the severely mentally ill — people who represent approximately 2 per cent to 3 per cent of the population and who are the most severely disabled. In many cases, this population also consumes the most services. This is the area of research in which whatever expertise I possess lies.

Close acquaintance with the area of services to the severely mentally ill reveals one striking fact: Over the past two decades, experimental studies — conducted mostly in the United States — have revealed about a half dozen organizational delivery models and approaches that are markedly more effective than traditional approaches in helping people with severe mental illness integrate successfully into the community. These include assertive community treatment, supported employment, integrated treatment for concurrent mental illness and substance abuse disorders, family psycho-education, early intervention for psychosis, and a few others.

However, these are not widely used. This is regrettable, not only because it means individuals with severe mental illness are not being helped as they could be, but also because resources are squandered on costly ineffective services such as unnecessary or unnecessarily long hospitalizations, a variety of hospital-based rehabilitation services and in-patient substance abuse programs.

We could be getting more “bang for our buck.”

At the same time, health services research in general — and certainly mental health services research — tends to be contextualized. In this respect, it defers from biomedical and clinical research.

Let us look at supported employment as an example. Among people with severe mental illness, we find unemployment rates typically in the order of 75 per cent to 90 per cent. However, when we survey these individuals, we find that most would like to work and, in fact, they would like to work in regular competitive settings. Traditional approaches have typically involved transitional methods that try to bring them to the point where they can work. However, what usually happens is that these

La maladie mentale impose des fardeaux à plusieurs niveaux. Songeons d'abord au stigmaté associé à la maladie et à cause duquel on l'a passée sous silence; ensuite, songeons à l'efficacité de nombre de traitements existants mais sous-utilisés destinés aux maladies mentales communes; et notons enfin la nécessité de trouver des traitements plus efficaces dans le cas de maladies dévastatrices telle que la schizophrénie et la maladie d'Alzheimer. Tous ont été bien documentés et je ne reprendrai pas ce qui a déjà été dit. Tous ces facteurs combinés exigent que l'on investisse plus dans les services biomédicaux, cliniques, et de santé ainsi que dans la recherche en santé de la population, et que l'on investisse aussi plus à fond dans des activités de transfert des connaissances.

J'aimerais m'attarder enfin sur les services de santé et, dans une moindre mesure, sur la recherche en santé de la population, domaine que je connais relativement bien. J'aimerais également faire porter mes commentaires sur les services destinés aux malades mentaux graves — qui représentent quelque 2 à 3 p. 100 de la population et qui sont ceux parmi les plus handicapés. Il arrive souvent également que cette population soit celle qui consomme le plus de services. C'est dans ce secteur que résident mes compétences.

Bien connaître les services destinés aux malades mentaux gravement atteints, c'est savoir une chose: au cours des deux dernières décennies, des études expérimentales menées principalement aux États-Unis ont révélé qu'il existe une demi-douzaine de modèles et de visions organisationnels de prestation qui sont beaucoup plus efficaces que les visions traditionnelles pour aider les gens souffrant de troubles mentaux graves à s'intégrer avec succès dans la collectivité. Ces modèles et visions incluent le traitement intensif dans la collectivité, le soutien en milieu de travail, le traitement intégré de la maladie mentale et des troubles dus à la toxicomanie, la psychoéducation familiale, l'intervention précoce en cas de psychose, pour ne nommer que ceux-là.

Ces modèles sont malheureusement rarement utilisés, ce qui est regrettable, non seulement parce que cela implique qu'on ne traite pas comme il le faudrait ceux qui souffrent de graves maladies mentales, mais aussi parce que cela implique que les ressources sont dilapidées sur des services coûteux mais inefficaces tels que des hospitalisations inutiles ou inutilement longues, toute une gamme de services de réadaptation à l'hôpital et des programmes de désintoxication avec hospitalisation.

Il faut que nos investissements soient plus rentables.

Dans un même temps, et d'une façon générale, la recherche en services de santé, et particulièrement la recherche en services de santé mentale, tend à être contextualisée. Voilà pourquoi elle diffère de la recherche biomédicale et clinique.

Prenons le cas du soutien en milieu de travail. Le taux de chômage chez ceux qui souffrent de graves maladies mentales est traditionnellement de l'ordre de 75 à 90 p. 100. Toutefois, lorsque l'on sonde ces individus, on constate que la plupart d'entre eux aimeraient travailler et seraient d'accord pour travailler dans des milieux normaux où ils feraient face à la concurrence. Traditionnellement, on leur a toujours proposé des méthodes de transition destinées à les mener jusqu'au point où ils peuvent

individuals end up staying in these sheltered environments indefinitely, or they are maintained deliberately in these sheltered settings if it is accepted at the outset that they will never have the ability to work in regular settings.

An approach called “supported employment” developed in the field of developmental disabilities during the 1980s. This, in a nutshell, replaced the paradigm, “train, then place” with the paradigm “place, then train.”

In subsequent years, health services researchers in the area of mental health services examined the question as to whether this approach could be adapted to people with severe mental illness. There emerged from that a model called individual placement and support, IPS. Now, more commonly called “evidence-based supported employment.” In a nutshell, this involves helping an individual who has a severe mental illness to identify the kind of work that he or she would like to and has the ability to do, helping them find such a job and support them once they have that job.

I can give you a specific example as we are currently studying one of the first evidence-based supported employment programs in Canada right here at the Douglas Hospital. A woman was interested in working in elementary schools, supervising at lunchtime. She wanted to do this in her neighbourhood in Verdun. Her employment specialist — an employee of the Douglas Hospital — helped her to find such a job by knocking on the doors of the different elementary schools in Verdun. They eventually found one that was willing to try her out and this has worked out just well. She could not have done this on her own.

There have been a number of experimental studies in the United States that have indicated that this is an effective approach. We have been trying to see whether it is equally effective here. We have that the effectiveness of the model seems to be somewhat dampened by a number of institutional differences between our setting here and that in the United States. Incentives for work are not as great and there are a number of alternative opportunities for employment offered to people with mental illnesses here that are not offered in the United States. There are a number of other factors. All these differences raise questions that we must address in order to optimize this kind of program for our setting.

These observations lead to the conclusion that we need more health services researchers in the field. More health services researchers make possible greater knowledge transfer as well as more research on local adaptations and enhancements. Furthermore, they foster the development of a culture of innovation, of continuous quality improvement.

Please note that I said, “More health services researchers,” not “more money for health services research.” There is a broad sense in our community that what we most need at this point is greater

entrer sur le marché du travail. Toutefois, ce qui arrive couramment, c’est que ces individus finissent par rester indéfiniment dans ces milieux protégés, où ils sont délibérément maintenus s’il est accepté au départ qu’ils n’auront jamais la capacité voulue pour travailler dans un milieu traditionnel.

Au cours des années 80, une méthode appelée «soutien en milieu de travail» s’est développée dans le secteur du traitement des déficiences développementales. En gros, on a remplacé le paradigme «former, puis placer» par le paradigme «placer, puis former».

Au cours des années qui ont suivi, les chercheurs en services de santé qui oeuvraient dans les services de santé mentale se sont penchés sur la question pour déterminer si cette vision pouvait être adaptée à ceux qui souffraient de graves troubles mentaux. Il en est ressorti un modèle appelé modèle IPS, soit placement et soutien individuels. On parle aujourd’hui plus communément de l’emploi assisté fondé sur les résultats. En gros, cette méthode implique d’aider celui qui souffre d’une grave maladie mentale à cibler le type de travail qui lui plairait et qu’il est en mesure d’accomplir, de l’aider à trouver cet emploi et de le soutenir en milieu de travail une fois l’emploi acquis.

Je peux vous donner un exemple précis, puisque nous sommes à l’heure actuelle en train d’étudier l’un des premiers programmes d’emploi assisté fondé sur des preuves au Canada ici même à l’Hôpital Douglas. Il y avait une femme qui voulait travailler comme surveillante à l’heure du déjeuner dans des écoles élémentaires. Elle voulait travailler dans son quartier de Verdun. Son spécialiste en emploi — un employé de l’Hôpital Douglas — l’a aidée à trouver un tel emploi en allant frapper à la porte de différentes écoles élémentaires de Verdun. Il a fini par en trouver une qui était prête à lui donner une chance et tout va très bien. Elle n’aurait pas pu trouver cet emploi elle-même.

Il y a eu un certain nombre d’études expérimentales aux États-Unis qui ont indiqué qu’il s’agit d’une approche efficace. Nous avons voulu déterminer si elle était tout aussi efficace chez nous. Nous avons constaté que l’efficacité du modèle semble quelque peu réduite en raison d’un certain nombre de différences institutionnelles entre notre établissement et ceux qui se trouvent aux États-Unis. Les incitations à travailler ne sont pas aussi grandes et il y a chez nous un certain nombre d’autres possibilités d’emploi pour les personnes atteintes de maladies mentales qui n’existent pas aux États-Unis. Il y a un certain nombre d’autres facteurs. Toutes ces différences soulèvent des questions auxquelles nous devons répondre afin d’optimiser ce genre de programme dans nos établissements.

Ces observations nous mènent à conclure qu’il nous faut plus de chercheurs dans le domaine des services de santé. Plus il y aura de chercheurs dans ce domaine, plus il sera facile de transférer des connaissances et de mener davantage de recherches sur les adaptations et les améliorations locales. En outre, ils stimulent le développement d’une culture de l’innovation, de l’amélioration constante de la qualité.

Je vous prie de remarquer que j’ai dit «plus de chercheurs dans le domaine des services de santé et non pas «plus d’argent pour la recherche dans le domaine des services de santé». Dans notre

capacity, not necessarily more grant money. People who are currently engaged in mental health services research are very busy.

How much more capacity do we need? That is very difficult to say. We do not have the data to be able to answer that question. However, based on my observation of the opportunities for useful evaluative research and the number of us out there doing it, I would suggest that doubling our capacity would be a minimal target. There are some initiatives under way in this direction, which in the interest of time I will not detail, but more would be even better.

At the same time, we need to increase the receptivity of the health services sector to innovation. This requires nothing short of a cultural shift. Some individual hospitals such as the Douglas Hospital are trying to do this, for example by means of monthly meetings that group together clinicians and researchers. However, such hospitals are exceptional.

Finally, in terms of ethics, I am in entire agreement with the views expressed in your committee's previous report on health. I would like to confirm to this committee my personal experience that standards set by research ethics boards at different teaching hospitals are extremely variable and some oversight is needed. Yet, I would like to make the further suggestion that a centralized process to further clarify the ethical standards to apply in a wide range of specific situations would be helpful. The Tri-Council guidelines in practice leave much room for interpretation. This is an obstacle to research.

In addition to the points that my colleague just raised, I have found that ethics committees spend inordinate amounts of time deliberating over protocols and may ultimately be unduly influenced by specific individuals, judging by the variety in the decisions that they render on the same ethical question. Researchers also can spend inordinate amounts of time obtaining approval of their protocols from multiple institutions. I have often had the impression that ethics committees will give an enormous amount of attention to what appear to be relatively minor points, whereas decisions with very great ethical significance involving the care of patients that are made by clinical administrators or decision-makers are themselves not scrutinized at all to the same degree.

The Chairman: That is a very provocative ending. I am sure we will come back to that.

Senator LeBreton: Mr. Tousignant, two areas struck me in your presentation: One was the whole area of public awareness and the allocation of funds and the other was on access to data.

collectivité, on croit en général que ce dont nous avons le plus besoin maintenant c'est une plus grande capacité, et non pas nécessairement de plus grosses subventions. Les personnes qui mènent à l'heure actuelle des recherches dans le domaine des services de santé mentale sont très occupées.

Dans quelle mesure devons-nous accroître la capacité? C'est très difficile de le dire. Nous n'avons pas les données qu'il nous faudrait pour pouvoir répondre à cette question. Toutefois, d'après les observations que j'ai pu faire au sujet des possibilités de recherche évaluative utile et du nombre de chercheurs qui en font, je pense qu'il faudrait à tout le moins doubler notre capacité. Il y a déjà certaines initiatives en cours, que je ne vous énumérerai pas faute de temps, mais il serait bon qu'il y en ait encore davantage.

En même temps, il faudrait rendre le secteur des services de santé plus réceptif à l'innovation. Cela exige rien de moins qu'un changement culturel. Certains hôpitaux, comme l'Hôpital Douglas, font des efforts, par exemple en organisant des réunions mensuelles entre les cliniciens et les chercheurs. Cependant, de tels hôpitaux sont l'exception.

Enfin, en ce qui concerne l'éthique, je suis entièrement d'accord avec les opinions que vous avez exprimées dans votre dernier rapport sur la santé. Je tiens à vous confirmer que d'après mon expérience personnelle les normes établies par les comités d'éthique de la recherche des différents hôpitaux universitaires sont loin d'être uniformes et mériteraient une certaine surveillance. Or, je pense qu'il serait utile d'avoir un processus centralisé afin d'éclaircir davantage les normes d'éthique qui s'appliqueraient à un grand nombre de situations différentes. Dans la pratique, les lignes directrices des Trois conseils permettent trop d'interprétations différentes. C'est un obstacle à la recherche.

Outre les points que vient de soulever mon collègue, j'ai constaté que les comités de l'éthique passent énormément de temps à délibérer au sujet des protocoles et qu'ils pourraient être indûment influencés par certaines personnes, si j'en juge par la diversité des décisions qu'ils rendent sur la même question d'éthique. Les chercheurs passent parfois beaucoup trop de temps à essayer de faire approuver leurs protocoles par de multiples établissements. J'ai souvent eu l'impression que les comités de l'éthique accordent énormément d'attention à certains points qui semblent relativement mineurs alors que les décisions qui touchent aux soins des patients et qui sont d'une grande importance sur le plan de l'éthique et qui sont prises par des administrateurs cliniciens ou des décideurs ne font pas l'objet d'un examen aussi approfondi.

Le président: Conclusion très stimulante. Je suis sûr que nous y reviendrons.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Tousignant, deux points m'ont frappée dans votre exposé. Le premier concerne la sensibilisation du public et l'affectation des crédits et l'autre l'accès aux données.

On the public awareness side, when you are working with limited research funds, how will you decide and what do you propose in terms of public awareness and how you involve the public in the severity of this particular illness?

Mr. Tousignant: There needs to be a lot of creativity in that field because that researchers do the research and then they have to apply for more money and get to the next point.

We are increasingly asking the researchers to disseminate the results that they have painfully obtained. However, they are not necessarily competent to do so. There must be some structure. If, for example, a research institute required them to do more in terms of applying the results, they would need assistance because they have not necessarily been trained to do that. Some people have more natural talents to do so. However, others have been trained to live a monk's life in their laboratories and they have not necessarily good communicators. Sometimes they have chosen their jobs to shy away from the public. There should be a little more weight given to career. If your curriculum vitae indicates that you have published in public-oriented journals, that is not a good point. They feel that you have wasted your time. While things are changing, if you applied for research grants, these things were not considered. Therefore, I think that we have to change a little bit the way we see the traditional academic career.

Furthermore, although we produce a lot of knowledge nowadays, there is nobody to integrate the results. This would be research in itself. We need someone who can take in everything we have and try to make sense of it all. Even we do not know; we do not have time to read what our neighbours are doing — even within the same institution. There is a need for people to synthesize the results of research and better communicate the results.

Senator LeBreton: In other words, on the public awareness, it is actually internal and external. It is within the community of researchers and you want to increase awareness to that body at large. Is that what you are saying?

Mr. Tousignant: Yes.

Senator LeBreton: You mentioned having difficulty access to data to people living on welfare. I am just wondering what you are doing to overcome this? Is there a solution? How are you approaching this important data? Is there any chance or any hope that you are going to have success in getting it?

Mr. Tousignant: Yes. We did find a solution. I will not go into the details. Sometimes one has to tinker or cheat a little to get around obstacles.

Senator LeBreton: Since this is a Parliamentary committee, as Dr. Morin pointed out, you will not be penalized for your answer. Can you give us an example of like how to do get at this data? What can this committee do in its recommendations to help you get access to full data? Perhaps someone else wants to take a crack at this?

Quand les fonds pour la recherche sont limités, sur la base de quels critères peut-on en soustraire une partie pour informer le public de la sévérité de cette maladie particulière?

M. Tousignant: Il faut faire preuve de beaucoup de créativité car tout ce que font les chercheurs c'est chercher et réclamer des fonds supplémentaires pour faire aboutir leur recherche.

De plus en plus nous demandons aux chercheurs de communiquer le résultat de leur dur labeur. Ils ne sont pas forcément les plus doués pour le faire. Il faut qu'il y ait en place une structure. Si, par exemple, un institut de recherche leur demande de faire de la recherche appliquée, il faut les aider car ils ne sont pas forcément outillés pour faire cela. Certains ont un talent naturel pour le faire alors que d'autres vivent comme des moines dans leur laboratoire et ne sont pas forcément de bons communicateurs. Certains ont choisi ce métier pour éviter le contact avec le public. Il faudrait que certaines choses changent. Avoir fait oeuvre de vulgarisation dans des revues destinées au grand public n'est pas un atout dans votre curriculum vitae. D'aucuns considèrent que c'est une perte de temps. Les choses évoluent, mais il fut un temps quand on faisait des demandes de bourses de recherche, où ces initiatives n'étaient pas prises en considération. Il faudrait donc, en conséquence, à mon avis, faire un peu évoluer la tradition associée à ces carrières universitaires.

De plus, nous produisons de plus en plus de connaissances mais il n'y a personne pour intégrer les résultats. Cela devrait être inclus dans la recherche même. Il faudrait que quelqu'un compile toutes ces recherches et en tire des conclusions. Parfois nous sommes complètement ignorants; nous n'avons même pas le temps de lire le résultat des recherches de nos voisins — même dans la même institution. Il faut que quelqu'un fasse la synthèse des résultats de toutes ces recherches et les communique.

Le sénateur LeBreton: En d'autres termes, il faut informer autant à l'interne qu'à l'externe. Il faut que les chercheurs eux-mêmes soient partie prenante à cet exercice d'information. C'est bien ce que vous dites?

M. Tousignant: Oui.

Le sénateur LeBreton: Vous avez dit connaître des difficultés d'accès aux données sur les assistés sociaux. Qu'est-ce que vous faites pour que cela change? Est-ce qu'il y a une solution? Est-ce que vous avez trouvé un moyen d'accéder à ces données importantes? Y a-t-il une chance ou un espoir de succès?

M. Tousignant: Oui. Nous avons trouvé une solution. Je n'entrerai pas dans les détails. Parfois il faut tricher un peu pour arriver à ses fins.

Le sénateur LeBreton: Comme le sénateur Morin l'a rappelé, nous sommes un comité parlementaire, ce qui nous confère et vous confère une certaine immunité. Pouvez-vous nous donner un exemple de façon d'obtenir ces données? Quelles recommandations pourrait faire notre comité pour vous aider à accéder à toutes ces données? Quelqu'un d'autre veut peut-être répondre?

Mr. Latimer: I would like to reiterate a point that I made towards the end of my presentation. It seems that there are certain types of situations that we can anticipate would be presented fairly regularly before ethics committees. These could be studied ahead of time and there could be a kind of deliberative process to figure out what is an appropriate way to deal with this particular kind of ethical situation.

In other words, I am suggesting that the Tri-Council guidelines be greatly amplified to spell out what should be done in a number of situations. I think that would help in the types of situation to which you referred, where in fact, different ethical bodies that we had to deal with had different interpretations of what was ethical in this particular circumstance.

Senator LeBreton: Professor Dorvil, you talked about the issue of community integration and social integration. You spoke to the whole mess — and it is a sorry mess across the country — concerning access to housing and you specifically mentioned the biases as you try to access public housing. Perhaps the better term would be barriers.

In your specific case, can you explain the process that you follow in order to try and access this? What is your success rate? What is the severity of the shortages in this area? That information could perhaps be of use to us as we go across the country?

[Translation]

Mr. Dorvil: Yes, in the area of housing, and you are perfectly right to point that out, we must talk about obstacles that prevent certain psychiatric patients from gaining access to subsidized housing or affordable housing, etc.

If the authorities do not spend a bit of money to build subsidized housing, we are going to see deinstitutionalization leading to ghettos of housing inhabited by psychiatric patients. To prevent this ghetto phenomenon, to prevent the effects of its stigmatization caused by a psychiatric diagnosis, North American society must broaden its range of housing options.

I am in communication with colleagues in Ontario, for instance, who work at the Clarke Institute and who have observed the same thing, namely that when a psychiatric patient is qualified to live in so-called normal housing, the waiting list is four or five times longer than that for group homes and other residential facilities administered by psychiatric hospitals.

On the whole, the number of subsidized housing units must be increased to give qualified psychiatric patients a chance to obtain normal housing.

M. Latimer: J'aimerais répéter ce que j'ai dit vers la fin de mon exposé. Il y a certains types de situations qui ne peuvent échapper à l'intérêt des comités d'éthique. Ils pourraient être étudiés pour fixer les règles à suivre dans de tels cas.

En d'autres termes, il serait bon que les directives des Trois conseils contiennent les règles à suivre dans un certain nombre de situations. Cela permettrait d'éviter le genre de problèmes auxquels vous avez fait allusion quand nous avons affaire à des instances d'éthique différentes qui ont des interprétations différentes.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Dorvil, vous avez abordé les questions d'intégration communautaire et sociale. Vous avez abordé l'imbroglio — puisqu'il s'agit véritablement d'un sac d'embrouilles partout au pays — entourant l'accessibilité des logements et vous avez d'ailleurs mentionné les préjugés qui limitent l'accès aux logements sociaux. Peut-être devrais-je plutôt parler d'obstacles.

Pourriez-vous nous expliquer, dans votre cas, quel processus vous suivez pour avoir accès à ces logements? Quel est votre taux de réussite? Quelle est l'ampleur de la pénurie dans ce domaine? Nous pourrions mettre ces renseignements à profit lors de notre tournée du pays.

[Français]

M. Dorvil: Oui. Dans le domaine du logement, et vous avez parfaitement raison de le dire, il faut parler d'obstacles qui empêchent certains patients psychiatriques d'avoir soit un logement subventionné ou à un logement à prix abordable, et cetera.

Si le pouvoir public ne met pas un peu d'argent dans la construction des logements subventionnés, nous allons assister au niveau de la désinstitutionnalisation à une transformation en ghettos des logements habités par des patients psychiatriques. Pour prévenir ce phénomène de ghetto, pour prévenir l'effet de la stigmatisation du diagnostic psychiatrique, les sociétés nord-américaines doivent élargir l'éventail des logements.

Je suis en communication avec des collègues en Ontario, par exemple, qui travaillent à l'Institut Clarke, et ils nous font les mêmes observations, à savoir que quand le patient psychiatrique est qualifié pour habiter un logement dit normal, la liste d'attente est quatre ou cinq fois plus longue que la liste d'attente pour les résidences d'accueil, les centres d'hébergement administrés par les hôpitaux psychiatriques.

Grosso modo, il faut augmenter le nombre de logements subventionnés pour donner une chance aux patients psychiatriques qualifiés d'avoir un logement normal.

[English]

Senator LeBreton: What happens to them in the interim? There are these people and there are access problems. Where do they live? Are they kept in institutions, are they on the streets, or are there families trying to deal with it? Where are all these people in this holding pattern waiting for public housing?

[Translation]

Mr. Dorvil: Yes. You are perfectly right to point that out. For example, 57 per cent of psychiatric patients in the community live with their natural family. In the United States, in the State of New York for instance, that figure rises to 69 per cent, so that was true.

Some families can no longer house a loved one who is ill simply because the parents have become too old. That is why it is virtually a necessity to have other types of subsidized housing so as not to increase the number of homeless people.

You are quite right to draw attention to the contribution of families. Families provide far more housing for psychiatric patients than the State. And that is their role, it is their duty.

We must not forget that society has changed. Women now work outside the home so the State cannot order families and therefore women to stay home to look after these patients themselves.

The State has some responsibility and it must also provide what we call respite care, emergency help and support for families who still have a psychiatric patient living at home, with all of the extreme ups and downs that can represent.

[English]

The Chairman: It would certainly be very helpful — even if you do not know the answer today — if we could have your conjectures down the road as to why it is in Canada you have the 57 per cent staying with their families and right next door in New York state you have 69 per cent? That 12 per cent increase is a huge difference and would clearly be beneficial to the patients.

Why is there a difference? Is there some public policy change — it may even be a tax change for all I know — that would enable us to move from 57 per cent up towards 70 per cent?

[Translation]

Mr. Dorvil: Yes, it is possible to improve the situation. I believe that while the figure is 57 per cent in east-end Montreal, in the Laurentians for example, it climbs to 66, 67 or 68 per cent. There are even some regions in Quebec where it surpasses the American rate. This is true in the Saguenay/Lac Saint-Jean region for example.

[Traduction]

Le sénateur LeBreton: Que font ces personnes entre temps? Leurs problèmes d'accès sont bien réels. Où vivent-elles? Vivent-elles dans des institutions, dans la rue, leur famille essaye-t-elle de les aider? Où sont ces personnes en attente d'un logement subventionné?

[Français]

M. Dorvil: Oui. Vous avez parfaitement raison de souligner cela. Par exemple, 57 p. 100 des patients psychiatriques dans la communauté vivent dans leur famille naturelle. Aux États-Unis, dans l'État de New York, par exemple, ça va jusqu'à 69 p. 100, donc c'était vrai.

Certaines familles ne peuvent plus accueillir le membre malade parce que, tout simplement, les parents sont rendus trop âgés. C'est la raison pour laquelle c'est presque une nécessité d'avoir d'autres types de logements subventionnés afin de ne pas augmenter la population des personnes itinérantes.

Vous avez raison d'attirer l'attention sur l'apport des familles. Ce sont les familles qui hébergent le plus les patients psychiatriques, plus que l'État. Et c'est leur rôle, c'est leur devoir.

Il ne faut pas oublier que la société a changé. Il y a quand même les femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer, donc il ne faudra pas que l'État fasse une prescription aux familles, donc aux femmes, pour qu'elles soient obligées de garder les patients chez elles.

L'État a une certaine responsabilité et elle se doit, en même temps, d'offrir ce qu'on appelle du répit, du dépannage et des mesures de soutien aux familles qui gardent encore à la maison, contre vents et marées, le patient psychiatrique.

[Traduction]

Le président: Ce serait effectivement fort utile — même si vous n'êtes pas en mesure de répondre aujourd'hui — de connaître vos hypothèses sur ce qui explique que 69 p. 100 des patients psychiatriques vivent dans leur famille dans l'État de New-York alors que ce n'est que 57 p. 100 d'entre eux qui sont dans cette situation au Canada. Cet écart de 12 p. 100 est considérable et une augmentation équivalente du côté canadien serait sans doute profitable aux patients.

Pourquoi y a-t-il une telle différence? Un changement de politique — peut être d'ordre fiscal, que sais-je — nous permettrait-il de passer de 57 à 70 p. 100?

[Français]

M. Dorvil: Oui, il y a moyen d'améliorer la situation. Je crois que si le pourcentage s'élève à 57 p. 100 dans l'Est de Montréal, dans les Laurentides, par exemple, le pourcentage monte à 66, 67, ou 68 p. 100. Il y a même certaines régions du Québec où cela dépasse le taux américain, au Saguenay/Lac Saint-Jean, par exemple.

In Ontario, in the area around Kitchener, there are far more families who keep psychiatric patients at home than in the London region. Why? We do not know. Perhaps because the psychiatric hospital makes more alternate housing units available to families. People therefore turn to the easiest solution.

In the Kitchener region, where there are no psychiatric hospitals, people have become accustomed to fending for themselves. That is why the families there do a bit more.

Those are some of the things we discuss with our colleagues from Ontario, John Trainor and John Sylvestre, and these are hypotheses that we will continue to examine.

[English]

The Chairman: Thank you. Can I urge you and your colleagues to conduct some research that will answer the question? If you have a case in Ontario where the numbers are different between London and Kitchener, there must be a reason why. It would help us to know the answer.

Mr. Latimer: It does not seem to me to be at all obvious that increasing the percentage is in itself necessarily a good thing. It depends. The real answer is we want families who have someone who has a severe mental illness to have a range of options available to them so that what is best for the family and for the patient is possible.

The Chairman: I agree with you completely. However, it does strike me as curious that in a relatively small geographic area, there are significantly different results. Forget for the moment whether it is better or worse for the patient; we want to understand what the underlying societal motivators are that lead to that difference. In particular, it would be helpful to understand the motivators if you were to design a program to encourage those patients who are ideally suited to being at home, to be at home.

Senator Robertson: I should like to quickly tell you about a program with which I am personally involved.

Last year a small group of us started a program called "Alternative Residences and Rehabilitation for the Mentally Ill." Dr. Gilbert Finn—who was one of the past Lieutenant Governors of the province—has been on the French radio stations all year. Your humble civil servant here has been on the English stations all year, talking about the necessity of supporting alternative residences.

We have not raised a lot of money, but we have raised \$750,000.00 so far; not a dollar of which has come from governments.

Each residence has four apartments. We keep them small so that we will not ghettoize. The program is extremely helpful. It has shown that if you get into the media and start talking about these problems, the public will respond. We have had a great response from the public.

En l'Ontario, dans la région de Kitchener, il y a beaucoup plus de familles qui gardent les patients psychiatriques chez eux que dans la région de London. Pourquoi? On ne le sait pas. Peut-être que c'est parce que l'hôpital psychiatrique met beaucoup de logements de substitution à la disposition des familles. Les gens prennent donc la solution de facilité.

Dans la région de Kitchener, où il n'y a pas d'hôpitaux psychiatriques, les gens ont été entraînés à se débrouiller. C'est la raison pour laquelle les familles en font un peu plus.

Ce sont des réflexions que nous avons eues avec nos collègues de l'Ontario John Trainor et John Sylvestre, et ce sont des hypothèses que nous allons continuer d'étudier.

[Traduction]

Le président: Merci. Puis-je vous demander, à vous et à vos collègues, de faire les recherches nécessaires pour répondre à notre question? Si les chiffres varient autant entre London et Kitchener, il y a sans doute une raison. Il serait utile pour nous de la connaître.

M. Latimer: Je ne crois pas que l'augmentation de ce pourcentage soit nécessairement positive. Ce n'est pas toujours le cas. En définitive, nous voulons que les familles dont un des membres est atteint d'une maladie mentale grave aient une gamme de possibilités à leur disposition qui leur permette de choisir celle qui convient le mieux à leur famille et au patient.

Le président: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Toutefois, je trouve étrange que dans une région qui n'est quand même pas très grande, il y ait des différences aussi marquées. Indépendamment du fait que ce soit préférable ou non pour les patients, nous voulons comprendre quels sont les facteurs sociétaux sous-jacents qui causent cette divergence. Il serait particulièrement utile de comprendre ces facteurs si l'on souhaitait créer un programme qui encouragerait les patients à qui il conviendrait mieux de rester à la maison de pouvoir le faire.

Le sénateur Robertson: Je voudrais vous dire quelques mots sur un programme auquel je participe.

L'année dernière, un petit groupe de personnes auquel j'appartiens a mis sur pied un programme concernant les logements de substitution et la réhabilitation des malades psychiatriques intitulé «Alternative Residences and Rehabilitation for the Mentally Ill». Le Dr Gilbert Finn, autrefois lieutenant-gouverneur de la province, en a parlé sur les ondes de la radio française toute l'année. J'en ai moi-même parlé sur les ondes des radios anglophones toute l'année pour sensibiliser la population aux besoins de logements de substitution.

Nous n'avons pas réuni de sommes importantes, mais nous avons tout de même obtenu 750 000 \$ jusqu'à présent sans aucune contribution gouvernementale.

Chaque résidence est composée de quatre appartements. Elles sont de petite taille afin d'éviter la création de ghettos. Le programme est d'un grand secours. Il a montré que lorsque l'on se sert des tribunes médiatiques et que l'on commence à parler de ces problèmes, la population réagit. La population a réagi en grand nombre à notre initiative.

The Chairman: Thank you. I should just say to our witnesses, Senator Robertson is a former Minister of Health and from the province of New Brunswick.

Senator Robertson: Our community is small.

[Translation]

Mr. Dorvil: Yes. But I would add that it is a very complicated situation. We encourage families, to keep the patient with them. And with approaches such as respite care and emergency care, the more support we can provide these families the more they will continue to do so.

But even taking that into account, we feel that the State must still contribute to subsidizing other types of housing. The ideal type of housing for psychiatric patients has not yet been found. So we want to discover other types of housing.

Senator Morin: Doctor Dorvil, I would like to continue on this issue of housing, because it seems to me there is some ambiguity here.

I think that we have to put the focus back on the patients and not on the family or the State. If we look at this from the patient's point of view, are there not patients for whom it would be better to be housed independently, away from their families?

A 50-year-old person cannot stay indefinitely with his 80-year-old parents. I am not talking about the parents. I am thinking of the patients. I think there comes a point in life where you want to leave your family and have your own home, whether you are sick or not.

I think that the high percentage of patients who live with their families, as Mr. Latimer pointed out, is not necessarily a good thing. I think there are advantages to these people having their own homes.

You have not discussed this, but to pick up on Senator LeBreton's question, are there in fact patients who are on the streets because there is no housing available?

Mr. Dorvil: I would like to answer the last part of your question first. It is true that there are psychiatric patients who live in facilities or in supervised apartments in group homes. At 9 or 10 in the morning, the person in charge of the home may say "You have to get some air. Go for a walk."

There are also psychiatric patients who have trouble adapting to a residential facility. No matter how many different types of housing we try out for them, they prefer to wander the streets. I am not saying that this is part of their pathology, but one can say that there are a certain number of homeless people wandering the streets who have been diagnosed with psychiatric illness. One cannot get away from that.

To get back to what you said earlier, I think that all human beings dream of a certain level of autonomy. It all depends on their means. Everyone knows that at 20, 22 or 25 years old, the first time we sign a lease we are quite proud of ourselves.

Le président: Je vous remercie. À titre de renseignement à l'intention de nos témoins, je précise que le sénateur Robertson a été ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Robertson: Notre collectivité est de taille modeste.

[Français]

M. Dorvil: Oui. Mais, j'ajouterais que c'est quand même une situation très compliquée. Nous encourageons les familles à garder le patient chez eux. Et avec des formules comme le répit, le dépannage, plus on va donner de soutien à ces familles, plus les familles vont continuer à le faire.

Même en tenant compte de ceci, nous disons qu'il faut tout de même que l'État contribue à subventionner d'autres types de logements. Le logement idéal pour les patients psychiatriques, nous ne l'avons pas encore trouvé. Donc, on veut découvrir d'autres types de logements.

Le sénateur Morin: J'aimerais poursuivre, docteur Dorvil, sur cette question du logement, parce qu'il me semble qu'il y a une certaine ambiguïté.

Je pense qu'on doit tout ramener aux malades et non pas à la famille ou à l'État. Si on se place du côté du patient, n'y a-t-il pas des malades pour qui il serait mieux d'être en logement?

Une personne âgée de 50 ans ne peut pas demeurer indéfiniment chez ses parents qui ont 80 ans. Je ne parle pas des parents, je pense aux patients. Je pense qu'il y a un moment dans la vie où on veut quitter la famille puis avoir son propre logement, qu'on soit malade ou non.

Je crois que le haut pourcentage de patients qui sont dans leur famille, comme l'a dit M. Latimer, n'est pas nécessairement une bonne chose. Je pense qu'il y a des avantages à ce que les gens aient leur propre logement.

Vous n'en avez pas parlé, mais y a-t-il, en effet, pour reprendre la question que sénateur LeBreton a posée, des malades qui sont dans la rue parce qu'il n'y a pas de logements disponibles?

M. Dorvil: Je vais d'abord répondre à la dernière partie de votre question. C'est vrai qu'il y a des patients psychiatriques qui habitent, par exemple, en résidence d'accueil ou en appartement supervisé dans des foyers de groupe. Le responsable du foyer peut déclarer à neuf ou dix heures du matin: «Il faut aller prendre de l'air. Allez vous promener.»

Il y a aussi des patients psychiatriques qui ont de la difficulté à s'adapter à une résidence d'accueil. On a beau les placer dans différents types de logement, ils préfèrent vagabonder. Je ne dirai pas que cela fait partie de leur pathology, mais on peut dire qu'il y a un certain nombre de personnes itinérantes qui ont des diagnostics psychiatriques. On ne peut pas s'en sortir.

Pour revenir à ce que vous avez dit tantôt, je trouve que tout être humain rêve d'une certaine autonomie. Tout dépendra de ses moyens. Tout le monde sait qu'à 20, 22 ou 25 ans, la première fois qu'on a signé un bail, on en était fier.

A psychiatric patient of 40 or 50 years of age also wants to have that feeling of pride. He wants to free himself from the guardianship of his parents. I think that is perfectly normal.

Many patients encounter obstacles or anomalies within the housing or sheltering system. In the course of my research, I met with psychiatric patients who lived in residential facilities who could have lived in autonomous housing. And I met some in autonomous housing who would have been better to learn social skills in residential facilities.

We sometimes end up faced with two groups: one under the auspices of a hospital and the other under the auspices of community groups or non-profit organizations and so forth. These two groups do not talk to each other. There is really a brick wall there. We need some intervention to make these two groups speak to one another for the well-being of the patients, as Senator Morin just said. We must always take the psychiatric patient into account. Depending on what stage the patient is in in the healing process, certain types of housing are more suitable for psychiatric patients in the first phase of healing, others for those in the second phase and yet others for those in the third phase.

Senator Morin: Doctor Tremblay, you raised the issue of violence, which seems to me to be very important. A lot of the discrimination and stigmatization faced by psychiatric patients stems from the fear that many normal citizens feel; they are afraid that the patient will suddenly become violent.

You stated that an individual starts to become violent as early as 24 months of age. Of course, this is a matter of degree. Is this a sign of underlying mental illness?

Can anything be done to provide early treatment of mental illness, or is this a situation that has no bearing on these different mental disorders?

I would also like to talk about the environment and I would especially like to talk about television.

Recently, a team that examined violence on television submitted quite an exhaustive report to the CRTC asking it to limit the broadcasting of television violence and expressing the opinion that there was a close relationship between the violence among young people and in society and what was viewed on television. I would like to hear your views on that.

Mr. Tremblay: You are correct in saying that part of the psychiatric population produces a significant proportion of the incidence of violence. Studies conducted on the development of violent behaviour show that indeed, the frequency of physical aggression, since we are talking of physical violence, reaches its peak in early life, around the age of 24 months.

The older children get, the less they resort to physical aggression. What we see is that children learn to control their violent behaviour when they are very young. Virtually all children display this physically aggressive behaviour very early. But there are significant differences in terms of frequency.

Le patient psychiatrique âgé de 40 ou 50 ans veut, lui aussi, avoir cette fierté. Il veut se libérer de la tutelle de ses parents. Je trouve que c'est tout à fait normal.

Plusieurs patients retrouvent ce que j'appellerais des blocages à l'intérieur même du système de l'hébergement/logement. Dans mes recherches, j'ai rencontré des patients psychiatriques vivant dans les résidences d'accueil qui auraient pu vivre en habitation autonome. Et j'ai rencontré, dans des habitations autonomes, des patients psychiatriques qui auraient mieux fait d'apprendre des habiletés sociales dans des résidences d'accueil.

Il arrive que nous nous retrouvions devant deux groupes: un groupe qui est sous l'obédience hospitalière médicale et un autre qui est sous l'obédience soit des groupes communautaires ou des sociétés à but non lucratif, et ainsi de suite. Ces deux groupes ne se parlent pas. Il y a réellement un blocage. Il faudrait faire des interventions pour que ces deux groupes se parlent, pour le bien du patient psychiatrique, comme le sénateur Morin vient de dire. Il faut toujours tenir compte du patient psychiatrique. Selon le stade où le patient psychiatrique se trouve dans sa guérison, dans son processus de rétablissement, certains types de logement s'harmonisent avec des patients psychiatriques qui sont dans la première phase du rétablissement, d'autres dans la deuxième phase du rétablissement et puis d'autres dans la troisième phase.

Le sénateur Morin: Docteur Tremblay, vous avez abordé la question de la violence, qui me paraît un domaine très important. Beaucoup de discrimination et de stigmatisation à l'égard des patients psychiatriques vient de la crainte que le citoyen normal ressent; il a peur que le patient devienne subitement violent.

Vous avez dit que dès l'âge de 24 mois, on commence à être violent. Évidemment, il y a des degrés. Est-ce un signe d'une maladie mentale sous-jacente?

Peut-on faire quelque chose pour le traitement précoce des maladies mentales ou si c'est plutôt une situation qui n'a pas de rapport avec ces différentes maladies mentales?

Je voudrais aussi parler de l'environnement. Et je voudrais surtout parler de la télévision.

Récemment, une équipe a fait état de la violence à la télévision et elle a soumis un document assez étoffé au CRTC lui demandant de limiter la diffusion de violence à la télévision et exprimant l'opinion qu'il y avait une relation étroite entre la violence des jeunes et de la société et ce qu'on voyait à la télévision. J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

M. Tremblay: Vous avez raison de dire qu'il y a une partie de la population psychiatrique qui produit une quantité importante de violence. Les travaux qui ont été faits sur le développement des comportements violents montrent, en effet, que la fréquence de l'agression physique, puisqu'on parle de violence physique, est à son maximum au début de la vie, autour de l'âge de 24 mois.

Plus les enfants vieillissent, moins ils utilisent l'agression physique. Ce qu'on voit, c'est que les enfants apprennent, quand ils sont très jeunes, à maîtriser leurs comportements violents. À peu près tous les enfants manifestent tôt ces comportements d'agression physique. Mais il y a des différences importantes en termes de fréquence.

Very early, we see this gap between children who will occasionally hit or bite others and children who frequently use these modes of interaction with others.

In recent research, we discovered that part of this component is genetic and the other is environmental. The frequency in the use of violence at age 17 months seems partly determined by genetic effects. The fact that this diminishes over time seems strongly related to the environment.

A child whom we might describe as “turbocharged”, who is born with the need to have everything and grab everything and who ends up in a disorganized environment will never learn to apply the brakes. At age 2, he will not hurt too many people except other small children, but as he gets older, he becomes more and more of a threat for his environment.

What I say to people who work with 2-year-olds is: imagine that that child goes to bed tonight, and when he gets up tomorrow morning, he is six-foot-three and weighs 250 pounds. Do you want to continue living with him? A 2-year-old who cries, screams, has temper tantrums, is not a person you want to have around when he is six-foot-three and weighs 250 pounds.

It is quite obvious that these children have to be helped at a very early age. Problems related to physical aggression, hyperactivity, depression, in short just about all mental health problems, manifest themselves early.

The signs appear early, but they get worse, and once that aggressive person is in society, he becomes a threat. We tend to wait too long. Some children get to kindergarten and we can see clearly that they have problems, but we wait because they are not considered dangerous.

Instead, we focus on adolescents. Our resources become available at adolescence and adulthood. We wait for children to grow up and of course if we have not done what we were supposed to do, we end up with adults and adolescents who are very difficult to control and then they are placed somewhere.

Some children are placed at the end of elementary school, at adolescence. In fact, even in supervised facilities, overly aggressive children are removed from their environment.

At the early age of 2, 3 or 4 years, those who will later be called mentally ill are already marginalized. They are marginalized very early. The approach that we feel is adequate in terms of investment in our children is a preventive approach, one that must take place as early as possible.

One thing that mental health and neuroscience research has taught us is that the human brain is like a pension fund: the earlier you invest, the bigger the long term dividends. The human brain shows its greatest capacity to learn early in life. If you want someone to learn French or English, teach it early. If you wait till later, it will be much more difficult.

Très tôt déjà, on voit cet écart entre des enfants qui, à l'occasion, vont frapper, mordre et des enfants qui vont fréquemment utiliser ces modes de relations avec les autres.

On a découvert, dans la recherche récente, qu'une partie de cette composante est génétique et que l'autre partie est environnementale. La fréquence de l'usage de la violence à l'âge de 17 mois semble en partie déterminée par des effets génétiques. Le fait que cela diminue avec le temps semble fortement relié à l'environnement.

Un enfant qui, appelons-le un «turbomoteur», naît avec le besoin de tout avoir, de tout prendre et qui se retrouve dans un environnement désorganisé, n'apprendra jamais à mettre le frein. À l'âge de 2 ans, il ne fait pas mal à beaucoup de monde, sauf aux petits enfants, mais à mesure qu'il vieillit, il devient de plus en plus une menace pour son environnement.

Je dis aux gens qui travaillent avec des petits enfants de 2 ans: imaginez-vous qu'il se couche ce soir et que quand il se lèvera demain matin, il mesurera six pieds trois pouces et pèsera 250 livres. Vous voulez continuer à vivre avec lui? L'enfant de 2 ans qui pleure, qui crie, qui fait des crises, on ne veut pas qu'il mesure six pieds et trois pouces et qu'il pèse 250 livres.

Ces enfants, il est évident qu'il faut les aider en bas âge. Les problèmes liés à l'agression physique, à l'hyperactivité, à la dépression, bref, à peu près tous les problèmes de santé mentale, apparaissent tôt.

Les signes apparaissent tôt, mais ils vont en augmentant, et une fois rendue dans la société, la personne agressive devient une menace. On attend trop. Les enfants arrivent en maternelle, on voit bien qu'ils ont des problèmes, mais on attend parce qu'ils ne sont considérés comme étant dangereux.

On se centre plutôt sur les adolescents. Nos ressources se situent au niveau de l'adolescence et de l'âge adulte. On attend que les enfants vieillissent et, évidemment, comme on n'a pas fait les interventions qu'il faut, on se retrouve avec des adolescents et des adultes extrêmement difficiles à contrôler, et donc, on les place.

On place certains enfants à la fin de l'école primaire, à l'adolescence. En fait, même dans les milieux de garde, les enfants trop agressifs sont retirés de leur environnement.

Déjà à l'âge de 2, 3 et 4 ans, on marginalise ceux qu'on va appeler plus tard les malades mentaux. Ils sont marginalisés très tôt. L'approche que l'on pense adéquate en termes d'investissement chez ces enfants, c'est une approche de prévention qui doit être faite le plus tôt possible.

Une chose que la recherche en santé mentale en neurosciences nous a apprise, c'est que le cerveau humain est comme un fonds de pension: plus on investit tôt, plus cela aura des effets à long terme. Le cerveau humain démontre sa plus grande capacité d'apprendre tôt dans la vie. Si vous voulez que quelqu'un apprenne le français ou l'anglais, enseignez-le tôt. Si vous attendez plus tard, ce sera beaucoup plus difficile.

This is true for aggression, for hyperactivity, for anxiety and all other mental health problems. We can intervene early. And we can do some screening. Longitudinal studies show that we are able to identify children who will become mentally ill later in life. So there are advantages to very early intervention.

Senator Morin: And television?

Mr. Tremblay: Oh, television! Given what I have just said, you understand that physical aggression is at its peak in terms of frequency at age two and that it diminishes with age. Even among the most serious cases, the frequency of aggression diminishes with age, but not the gravity of it.

People confuse frequency and seriousness. Of course as they get older, patients become more aggressive, but the frequency of these aggressive outbursts goes down with age. It is hard to understand that as they age, people become less aggressive even though they are exposed to more aggressive television content.

From what we know, we cannot state that television is one of the factors that contribute to people becoming more aggressive.

However, it would seem that television has a greater influence on people who already are aggressive. If people who already are aggressive are shown all kinds of ways of being aggressive to others, they are not going to learn how to be aggressive, but they will learn new means of aggressing others.

It is a fact that the majority of North Americans are exposed to violent television content. But it is not true that television makes everyone aggressive. Just like alcohol does not make us all alcoholics, television does not make us all violent.

[English]

Senator Cordy: Thank you to all of you for your presentations this morning.

Dr. Tremblay, you talked about early intervention and that you are now working with pregnant women. A number of years ago, there was a very high-profile case in Canada of a pregnant woman who was abusing drugs and alcohol. What can we do legally, in 2003, if we see a pregnant woman who is abusing her body and thus abusing the unborn child?

Dr. Tremblay: Well, I am not a lawyer, However, it is obvious. I have provided a package that explains the work that the Centre of Excellence for Early Childhood Development is doing. Last fall we dealt with the topic of the use of alcohol and tobacco during pregnancy. It is very clear that smoking or abusing alcohol during pregnancy have a tremendous impact on the brains of babies. That impact has an effect on the capacity to control your behaviour after birth.

Twenty-five per cent of pregnant women in Canada smoke throughout their pregnancies. In my view, smoking during pregnancy is the thing we could act on to prevent a lot of mental

C'est vrai pour l'agression, pour l'hyperactivité, pour l'anxiété, pour tous les problèmes de santé mentale. Nous pouvons intervenir tôt. Et nous pouvons faire du dépistage. Les études longitudinales montrent que nous sommes capables d'identifier les enfants qui vont devenir les malades mentaux plus tard. Il y a donc avantage à faire des interventions très tôt.

Le sénateur Morin: Et la télévision?

M. Tremblay: Ah! La télévision. Vous comprendrez, suite à ce que je viens de dire, que l'agression physique est à son maximum en termes de fréquence à l'âge de deux ans et qu'elle diminue avec l'âge. Même chez les cas les plus graves, la fréquence de l'agression physique diminue avec l'âge, mais pas la gravité.

On mélange fréquence et gravité. C'est sûr qu'en vieillissant, l'agression du patient devient plus grave. Mais, la fréquence de l'agression diminue avec l'âge. C'est difficile de comprendre qu'avec l'âge, l'agressivité diminue même si les gens consomment plus de télévision à contenu agressif.

Dire qu'en soi la télévision est le facteur qui fait que les gens deviennent agressifs ne fait pas de sens, compte tenu de ce que l'on connaît.

Il semble bien que la télévision ait une influence plus grande sur ceux qui sont déjà agressifs. Si on montre toutes sortes de modèles de façons différentes d'agresser les autres à ceux qui sont déjà agressifs, ils n'apprendront pas à être agressifs. Ils vont apprendre à utiliser différents moyens.

C'est un fait que la majorité des Nord-Américains, consomment de la télévision à contenu agressif. Ce n'est pas vrai que la télévision rend tout le monde agressif. C'est comme l'alcool, l'alcool ne rend pas tout le monde alcoolique. Et la télévision ne rend pas tout le monde violent.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: Merci à tous des exposés que vous nous avez faits ce matin.

Docteur Tremblay, vous avez parlé d'intervention précoce et de votre travail auprès de femmes enceintes. Il y a quelques années, une cause a beaucoup retenu l'attention au Canada; elle portait sur une femme enceinte qui consommait des drogues et abusait de l'alcool. En 2003, que pouvons-nous faire dans un cas semblable, où une femme commet de tels abus qui nuisent à son corps mais aussi à son enfant en gestation?

Dr Tremblay: Bien que je ne sois pas avocat, la question me paraît évidente. J'ai d'ailleurs fourni des documents expliquant le travail du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. L'automne dernier, on y a justement traité de la consommation d'alcool et du tabagisme pendant la grossesse. Il ne fait aucun doute que pendant la grossesse, ces deux habitudes ont des conséquences graves pour le cerveau des bébés, et qui se manifesteront plus tard par la difficulté pour l'enfant de contrôler son comportement.

Au Canada, 25 p. 100 des femmes enceintes fument pendant leur grossesse. À mon avis, nous pourrions intervenir pour contrer cela et ainsi prévenir bon nombre de problèmes de santé mentale.

health problems. We know that smoking produces low birth weight; it also produces brains that are, in fact, addicted. It produces hypertension. We say, “They are smoking. What can we do?”

If a mother gave a cigarette to her baby after birth, we would intervene. If a mother gave alcohol to her baby after birth, we would intervene. Nicotine gets through the milk of breast-feeding mothers. Alcohol gets through the mother’s milk. We encourage these women to breast-feed, yet babies are starting to smoke and drink during pregnancy. These are huge mental health problem issues.

Senator Cordy: What can we do? I mean, we can educate and advertise — this has worked to a great extent with smoking and with drinking and driving. These have been successful programs.

However, what can we do with people who refuse to listen?

Dr. Tremblay: I think we need to do much more. The knowledge has not been that clear for long. We must ensure a transfer of knowledge and it must be done in a very intensive and systematic way. Most nurses who do home visitations for pregnant women tell us that we are crazy; that we will not get them to stop smoking because it is their only means of coping with stress.

The focus is on the well being of the adult. We have been talking about mental illness mainly for adults. We need to think about the next generation. Therefore, whenever we are making a mental illness intervention, we should prioritize the next generation.

In most mental illness facilities in North America, the people who do the intervention with adults who have mental illnesses do not really care about the next generation. At one of the biggest hospitals in North America — the Hôpital Louis Hippolyte-Lafontaine, here in Montreal — I asked for information on the patients’ children and their ages. I was told they did not keep such records.

That occurred five years ago and I think the attitude persists in most facilities. Even though we know that mental illness is largely an inter-generational phenomenon, we do not do much about the next generation.

[Translation]

Senator Morin: Doctor Tremblay, you have raised an important issue. Could you perhaps send us some references about the link between smoking while pregnant and children’s health?

Mr. Tremblay: Certainly. There is a Web site where you can find an encyclopaedia and I will send you the reference.

Nous savons en effet qu’une femme enceinte qui fume aura des enfants plus petits et dont le cerveau sera déjà atteint par les effets de la toxicomanie. Cette situation crée aussi de l’hypertension. Par conséquent, lorsqu’une femme enceinte fume, nous nous demandons ce que nous pouvons faire.

Si une mère donnait une cigarette à son enfant après sa naissance, nous interviendrions. Si elle lui faisait boire de l’alcool, nous le ferions aussi. Or la nicotine est transmise dans le lait maternel, tout comme l’alcool. Nous encourageons les mères à allaiter, mais les enfants ont déjà commencé à fumer et à boire durant la grossesse. Cela représente d’énormes problèmes de maladie mentale.

Le sénateur Cordy: Que pouvons-nous faire? Nous pouvons bien éduquer la population et produire des messages d’intérêt public, nos campagnes anti-tabac et anti-alcool au volant ont d’ailleurs donné de bons résultats.

Toutefois, que pouvons-nous faire lorsque les gens refusent d’écouter?

Dr Tremblay: Je pense qu’il faut en faire beaucoup plus. Cela ne fait pas très longtemps que nous savons ces choses. Nous devons donc lancer des campagnes intensives et systématiques afin de les faire connaître à la population. Cela dit, la plupart des infirmières visiteuses qui se rendent chez les femmes enceintes nous disent qu’il est insensé de tenter cela car on ne réussira jamais à obtenir que ces femmes renoncent à la cigarette; elle leur sert de béquille psychologique indispensable face au stress.

On insiste sur le bien-être de l’adulte. Au sujet des maladies mentales, nous avons surtout parlé des problèmes des adultes. Il faut cependant que nous pensions aussi à la génération suivante. À chaque fois que nous intervenons pour cause de maladie mentale, il faudrait qu’on accorde la priorité à la génération de ceux qui nous suivent.

Dans la plupart des établissements psychiatriques d’Amérique du Nord, les professionnels de la santé qui traitent les adultes malades ne se préoccupent pas de la prochaine génération. Dans l’un des plus grands hôpitaux de notre continent, l’Hôpital Louis Hippolyte-Lafontaine situé ici même à Montréal, j’ai demandé des renseignements sur l’âge des enfants des adultes malades, et on m’a répondu qu’on ne gardait pas de données là-dessus.

C’était il y a cinq ans, et je pense que la situation est demeurée la même dans la plupart des établissements. Nous savons que la maladie mentale est dans une grande mesure un phénomène transgénérationnel, mais nous ne nous occupons que très peu de la prochaine génération.

[Français]

Le sénateur Morin: Docteur Tremblay, vous avez soulevé un point important. Pouvez-vous nous faire parvenir des références en rapport avec le lien entre l’usage du tabac de la mère enceinte et les enfants?

M. Tremblay: Certainement. Il y a un site Web qui contient une encyclopédie. Je vais vous envoyer la référence.

[English]

Senator Keon: Smoking behaviour can be modified. It is just a matter of the investment. In my other life, we have an enormously successful anti-smoking program.

The Chairman: In his other life Senator Keon is the CEO of the Ottawa Heart Institute.

Senator Cordy: With respect to early intervention, your comment “the earlier you invest, the greater your return” is an excellent one. I will have to remember that.

Last week we heard from some witnesses who said that there is reluctance on the part of many people to admit that children indeed can have a mental illness and that this creates a problem in early identification and intervention. If you do see a child who is showing signs of a mental illness — you talked about a high degree of aggressiveness than an average child would have — how do you get parents to develop better parenting skills?

I used to teach elementary school. I have seen parents who thought that their children were being cute or precocious or, a term that I hated, “all boy.” How do you get parents to recognize that perhaps they are lacking in substantial parenting skills?

Dr. Tremblay: There are a number of “parent training” programs have been developed. We experimented with such a program with a sample of kindergarten level children who were showing these problems. They were from low socio-economic areas and their parents had low education. That program has shown long-term effects. Those children are now in their early 20s and we have been able to reduce their dropout rate by half and we have reduced substantially delinquency, drug use and alcohol abuse. One of the reasons for our success is that we went to their homes. We did not ask them to come to a clinic or to come to school.

The majority of the programs are organized in such a way that those who need it most cannot access them easily. Most services are like that. It is much easier for the professional to say, “Come and see me between 9:00 and 5:00,” than to go to their homes on Saturdays or on Sundays, or at night. We need to try to find professionals who will work at the time when these people are available.

It does not make sense for the professionals to try to make the patient fit their schedules. However, it can work if one invests a lot in reaching out to provide the services. While some people say it will not work, we have found that those who need the services the most were most welcoming in their homes. They realize that they have these problems and once they realize that you are helping them, they catch on.

Senator Cordy: If a child has a problem at the age of 5, he or she will most definitely have a problem at the age of 15 — compounded many times.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Il y a moyen d’influer sur le comportement des fumeurs. Il faut simplement y consacrer les ressources nécessaires. Dans mon autre vie, je vois les excellents résultats qu’ont obtenus les programmes antitabagisme.

Le président: Dans son autre vie, le sénateur Keon est le P.D.G. de l’Institut de cardiologie de l’Université d’Ottawa.

Le sénateur Cordy: Au sujet de l’intervention précoce, vous avez dit que plus on intervient tôt, plus les résultats sont positifs. Cela me paraît excellent. Il faudra que je m’en souvienne.

La semaine dernière, nous avons entendu des témoins nous dire que beaucoup de gens hésitent à admettre qu’il peut arriver que des enfants souffrent de maladie mentale et que cela nuit au dépistage et à l’intervention précoce. Si vous voyez un enfant qui manifeste des signes de maladie mentale — vous avez parlé d’agressivité plus grande que la normale — comment amenez-vous les parents à mieux s’occuper de leurs enfants?

J’ai déjà enseigné au primaire. J’ai vu des parents qui pensaient que leur enfant était mignon ou précoce ou — une expression que je détestais — «un vrai p’tit gars». Comment faites-vous pour faire prendre conscience aux parents qu’ils ne savent peut-être pas élever leur enfant?

Dr Tremblay: Plusieurs programmes de formation des parents ont été conçus. Nous en avons testé un auprès d’enfants de la maternelle qui manifestaient ces problèmes. Ils venaient de milieux socioéconomiques défavorisés et leurs parents avaient peu d’instruction. Le programme a eu des effets à long terme. Ces enfants sont aujourd’hui au début de la vingtaine et nous avons réussi à réduire de moitié le taux de décrochage et réduit considérablement la délinquance, la toxicomanie et l’alcoolisme. Une des raisons du succès du programme, c’est que nous sommes allés les voir chez eux; nous ne leur avons pas demandé de venir à une clinique ou à l’école.

La majorité des programmes sont organisés de telle sorte que ceux qui en ont le plus besoin y ont le plus difficilement accès. C’est ainsi pour la plupart des services. Il est beaucoup plus facile pour le professionnel de dire «Venez me voir entre 9 heures et 17 heures» que d’aller voir les gens chez eux le samedi ou le dimanche ou en soirée. Il nous faut trouver des professionnels qui accepteront de travailler lorsque les gens seront libres.

Ce n’est pas normal pour le professionnel de demander au malade de s’adapter à son emploi du temps. Par contre, cela peut se faire si l’on investit beaucoup, si on pratique la formule de la main tendue pour offrir le service. Même si certains diront que cela ne marchera pas, nous avons constaté que ceux qui ont le plus besoin des services sont aussi des plus accueillants. Ils réalisent qu’ils ont des problèmes et s’ils voient que vous êtes là pour les aider, ils vous ouvrent leur foyer.

Le sénateur Cordy: Si un enfant a des difficultés à 5 ans, il est certain qu’il en aura à 15 ans, multipliées plusieurs fois.

Dr. Tremblay: Oh, yes. The studies have shown that. Kindergarten teachers are very good at identifying those who will have big problems in the long run.

However, the resources are not there. The head of the school will direct resources towards children aged 11 and 12 because they have bigger problems. However, the problems are bigger simply because they have not been dealt with earlier.

Senator Morin: Also because they are bigger children.

Senator Cordy: Dr. Tousignant, I am just looking at the statistics you provided on the high percentage of people who attempt suicide and the number of deaths by suicide. I wonder whether or not this actually registers with the public. I know that the information is out there; we have certainly heard it as a committee and anybody involved with children certainly is aware of it.

Is the public not willing to talk about and accept that the percentage is that high, or is the information just not reaching the public?

Mr. Tousignant: It is difficult to say how much the public knows. I think they are increasingly informed, at least in Quebec, where the rates tend to be a bit higher than in the other provinces. Perhaps they are not aware of the figures for suicide attempts because most of the statistics reported in the press are about suicide. There is much less information on suicide attempts. For each suicide, there are 10 suicide attempts hospitalized. There are many more attempts that do not come under professional supervision. The numbers are high.

We also need to increase sensitivity — not only with the public, but also with hospital teams. Not that many years ago, people who were admitted following suicide attempts were sort of stigmatized by health care professionals. Doctors would say, “Well, we have so much work to do, why are you giving us more work?”

What the public does not see is the extent of moral suffering. This is not evident to doctors, let alone the general public. If someone bleeds, he receives care within 10 minutes. If a person is bleeding from the soul, he can spend two days in the hospital. Moral suffering can be as life threatening as bleeding from an accident, but it is always given second priority.

In terms of prevention, we need the general public, because we do not have enough psychiatric and psychological help — particularly with psychiatry. There are very few psychiatrists for all the people who are suffering from all kinds of mental illnesses. People who can give help are people who are there — the neighbours, the members of family.

People need to recognize the extent of the mental suffering, because those who are suffering tend to hide it out of fear of being stigmatized. They have to learn to show it and so other people can support them. In fact, in Third World countries, there is much

Dr Tremblay: Oh, oui. Les études l’ont montré. Les éducateurs de la maternelle arrivent très bien à discerner ceux qui auront de gros problèmes plus tard.

Mais les moyens sont inexistants. Le directeur d’école affectera les ressources aux enfants de 11 et 12 ans parce que leurs problèmes sont plus graves. Mais si leurs problèmes sont plus graves, c’est que l’on n’ait pas intervenu plus tôt.

Le sénateur Morin: Et aussi parce que ce sont des enfants plus grands.

Le sénateur Cordy: Docteur Tousignant, je regarde les statistiques que vous nous avez données sur le pourcentage élevé de gens qui font une tentative de suicide et le nombre de décès par suicide. Je me demande si la population en est consciente. Je sais que l’information existe; on nous l’a dit en comité et tous ceux qui s’occupent d’enfants le savent.

La population refuse-t-elle d’accepter que le pourcentage soit si élevé, d’en discuter, ou est-ce que l’information ne lui parvient pas?

M. Tousignant: Il est difficile de dire dans quelle mesure la population est au courant. Les gens sont de plus en plus informés, au Québec en tout cas, où les taux sont un peu plus élevés que dans les autres provinces. Ils ne connaissent peut-être pas le nombre de tentatives de suicide parce que la plupart des chiffres donnés dans les journaux portent sur les suicides. Il y a beaucoup moins d’information sur les tentatives de suicide. Pour chaque suicide, il y a 10 cas d’hospitalisation pour tentative de suicide. Beaucoup d’autres tentatives ne font jamais l’objet d’une attention médicale. Les chiffres sont élevés.

Il faut aussi sensibiliser davantage — pas seulement la population mais aussi les équipes médicales. Il n’y a pas si longtemps, les personnes admises pour tentative de suicide étaient stigmatisées par les professionnels de la santé. Les médecins disaient: Je suis surchargé de travail, pourquoi venez-vous m’en rajouter.

Ce que les gens ne voient pas c’est l’ampleur de la souffrance morale. Ce n’est pas évident pour les médecins et encore moins pour la population en général. Celui qui saigne se fait soigner en dix minutes. Celui dont l’âme saigne peu passer deux jours à l’hôpital. La souffrance morale peut être un danger de mort tout aussi grave que de mourir au bout de son sang, mais ce n’est jamais prioritaire.

Pour faire de la prévention, nous avons besoin du grand public parce que nous n’avons pas suffisamment d’aide psychiatrique et psychologique, surtout psychiatrique. Il y a très peu de psychiatres pour tous ceux qui souffrent de maladies mentales de toutes sortes. Ceux qui peuvent aider sont ceux qui sont là: les voisins, les membres de la famille.

Il faut que les gens reconnaissent l’ampleur de la souffrance mentale, parce que ceux qui souffrent ont tendance à le cacher de peur d’être stigmatisés. Ils doivent apprendre à le montrer pour que les autres puissent les aider. Dans les pays du tiers monde les

more sensitization; much more support is given to people who are suffering from mental illnesses than we find in our Western societies.

I do not know if I answered your question fully or not.

Senator Cordy: Yes, you have. Thank you.

[*Translation*]

Senator Pépin: How do you explain the higher rate of suicide among young men, as opposed to young women?

Mr. Tousignant: Let us not forget that in males in general, the suicide rate is four times higher than in women. As for suicide attempts, the rate is more or less the same.

It is peculiar. It is also true for homicides. We often forget that suicide is in the homicide category. For all types of violent deaths, such as in reckless driving or in traffic accidents, men are over-represented, at least in western culture, but especially when it comes to suicide.

However, there are variants. In China or India there are as many women as men who commit suicide. We know that half of suicides among women happen in China.

That means that there is a particular problem. I have not looked in depth at the situation in China, but in India when there is a problem in the family, it is the woman who is excluded. She finds herself alone and stigmatized. In western societies, in 90 per cent of cases the man is stigmatized and finds himself alone.

That does not mean that women have no problems, but women have more continuity and anchoring within the family. Since the rate of separation and divorce have gone up in our society, it is men who have found themselves more isolated. It is more difficult for them to find a new anchor, to have access to the children, and so forth. This is one hypothesis that could explain the marked differences between western and eastern societies.

Mr. Tremblay: The number of suicide attempts is the same among men and women, but because of the means that men use, they do not fail as often. Women tend to swallow pills whereas men tend to use a firearm.

[*English*]

Senator Cook: The more compelling evidence I hear, the more convinced I am that there is a need for a national action plan for mental illness and wellness. I think that if we could achieve an integrated approach to it with good evidence-based information and best practices, we would reach the person that we really care about: the consumer of mental health services. The more I listen, the more I am convinced that would be the best way to go.

gens sont beaucoup plus sensibles; on aide beaucoup plus ceux qui souffrent de maladie mentale que ce n'est le cas dans nos sociétés occidentales.

Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question.

Le sénateur Cordy: Oui, c'est bien. Je vous remercie.

[*Français*]

Le sénateur Pépin: Comment expliquer le taux de suicide chez les garçons comparativement à celui des jeunes filles?

M. Tousignant: Je vous rappelle qu'il y a chez les hommes, en général, quatre fois plus de suicide que chez les femmes. Pour ce qui est des tentatives de suicide, le taux est à peu près égal.

C'est vraiment particulier. C'est vrai pour les homicides aussi. On oublie souvent que le suicide est une catégorie d'homicides. Pour les conduites dangereuses, les accidents de la route, enfin toutes les morts violentes, les hommes sont surreprésentés, du moins dans la culture occidentale, mais plus particulièrement avec en ce qui a trait au suicide.

Il y a quand même des écarts. En Chine ou en Indes, en termes de suicides, on voit un rapport de un/un, une femme pour un homme. Et on sait que la moitié des suicides chez les femmes surviennent en Chine.

Il y a un problème particulier. Je ne l'ai pas observé de façon très approfondie en Chine, mais en Indes, quand il y a un problème familial, c'est la femme qui est exclue du foyer. C'est elle qui se retrouve seule, stigmatisée. Dans la société occidentale, c'est plus souvent l'homme qui est stigmatisé, dans 90 p. 100 des cas. C'est l'homme qui est seul.

Je ne veux pas dire que la situation des femmes est très drôle, mais pour ce qui est des femmes, on voit plus de continuité et un ancrage familial plus grand. Depuis qu'il y a un haut taux de séparations et de divorces dans notre société, c'est l'homme qui est le plus isolé. C'est plus difficile pour lui de se réancrer, d'avoir l'accès aux enfants, et tout le reste. C'est une hypothèque qui pourrait expliquer les différences très fortes entre les sociétés occidentale et orientale.

M. Tremblay: Il y a le même nombre de tentatives de suicide chez les hommes que chez les femmes, mais c'est un fait que les hommes utilisent des moyens plus sûrs d'entraîner la mort. Les femmes avalent des médicaments alors que les hommes vont prendre un pistolet.

[*Traduction*]

Le sénateur Cook: Plus j'en apprend, plus je suis convaincue qu'il nous faut un plan d'action national contre la maladie mentale et pour le bien-être. Si l'on pouvait concevoir une démarche intégrée fondée sur des faits et sur des pratiques exemplaires, nous pourrions toucher la personne dont on se soucie vraiment: le consommateur de services de santé mentale. Plus j'en apprend, plus je suis convaincue que ce serait la meilleure façon de faire.

I would like to hear your comments on the people of the subculture: people in poverty who have access only to food banks, shelters and a social assistance cheque that is not adequate — and even if it were the ability to spend it is impaired. That fringe relates to your affordable housing. It comes into nutrition and appropriate medication the ability to use it. It also brings in the authorities — the police who pick someone up and the process of automatically being carried into the psychiatric unit. The individual waits with the police officer for two or three hours, and then bang, he or she is put into the psychiatric hospital for 30 days, when perhaps the only offence was that the individual was drunk or had taken an overdose. The police are not trained to recognize symptoms of mental illness; they do not have the processes to deal with it. There is also the whole issue of literacy.

Given all these other stresses, I would like to hear your opinion on a national action plan with an integrated approach. There is a federal government, but the provincial governments deliver the programs or the care, as the case may be. I come from Newfoundland, and we are pretty stretched, you know, for specialized care for people who are consumers of mental health.

I wish I had the time to tell you about the wonderful affordable housing projects that are partnerships between the provincial and federal governments and NGOs, who really give the people that they meet at their doors a good quality of life.

I am concerned when I hear you say that the data are not really available. There are barriers in the system that I think a national action plan could help.

Dr. Tremblay: I think the key phrase here is “evidence-based interventions.” It would not be a good idea to have an action plan whereby we continue to pour a lot of money into things that we are not certain are working. There has not been enough learning about what works and what does not work. A lot of money has been invested, but in many cases — and I have experience of this on the prevention side in terms of childhood and adolescence — most of what people are doing is not based on evidence-based information.

Therefore, I would include in an action plan, the requirement to evaluate what people are doing, so that we can learn from experience what is effective. Most of the research in mental health is focused on either learning the mechanisms or on drugs. However, with respect to the interventions that are “psycho-social” — that is, they are not drug based — are not based on evidence.

We need to put together the resources we are putting into services and, at the same time, conduct evaluation research, so that we will learn what are the best practices and what are the most cost-effective practices.

Senator Cook: At the top of my notes here, I wrote “dedicated research” before I wrote the words “national action plan.”

J'aimerais que vous nous parliez des gens de la sous-culture: des gens dans la misère qui n'ont accès qu'aux banques d'aliments, qu'aux refuges et qu'à un chèque d'aide sociale insuffisant — et même si ce chèque était suffisant, ils ne pourraient pas vraiment le dépenser comme il faut. Cette population marginalisée a aussi un lien avec le logement abordable. Cela fait intervenir la nutrition, les médicaments puis la possibilité d'y avoir accès. Cela fait aussi intervenir les autorités — la police qui ramasse quelqu'un et l'envoie automatiquement en unité psychiatrique. La personne doit rester deux ou trois heures avec le policier et la voilà enfermée à l'hôpital psychiatrique pendant trente jours alors que son seul crime est d'avoir été ivre ou d'avoir fait une surdose. La police n'est pas formée pour reconnaître les symptômes de la maladie mentale; elle n'a pas les méthodes pour y faire face. Il y a aussi tout le problème de l'analphabétisme.

Vu toutes ces autres difficultés, j'aimerais savoir ce que vous penseriez d'un plan national d'action intégré. Il y a le gouvernement fédéral mais ce sont les gouvernements provinciaux qui assurent les soins ou les programmes. Je viens de Terre-Neuve et je veux que vous sachiez que nous avons bien peu de personnel spécialisé pour les consommateurs de soins de santé mentale.

J'aurais aimé avoir le temps de vous parler des magnifiques projets de logements abordables réalisés en partenariat par les gouvernements fédéral et provincial ainsi que les ONG et qui arrivent à donner une bonne qualité de vie à ceux qui s'adressent à eux.

Cela m'inquiète de vous entendre dire que les données n'existent pas vraiment. Il y a, je crois, dans le système, des obstacles qu'un plan national d'action pourrait contribuer à éliminer.

Dr Tremblay: Le mot clé c'est «l'intervention fondée sur l'expérience clinique». Ce ne serait pas une bonne idée d'adopter un plan d'action par lequel nous continuons d'investir des sommes énormes dans des mesures dont les résultats sont incertains. Nous ne savons pas encore suffisamment ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Des sommes énormes ont été investies, mais dans bien des cas — et j'en ai moi-même l'expérience dans le cas de la prévention chez les enfants et les adolescents — la plupart des interventions ne se fondent pas sur des résultats cliniques et scientifiques.

Par conséquent, j'inclurais dans le plan d'action l'exigence d'évaluer les interventions qui sont faites afin que nous puissions en tirer des enseignements sur ce qui est efficace. La majeure partie de la recherche en santé mentale porte soit sur les mécanismes, soit sur les médicaments. Toutefois, les interventions d'ordre «psychosocial», c'est-à-dire celles pour lesquelles il n'y a pas de traitement pharmaceutique, ne se fondent pas sur des résultats cliniques.

Il faut que nous réunissions les ressources investies dans les services et que, parallèlement, nous faisons des évaluations afin de découvrir quelles pratiques sont les plus efficaces et les plus rentables.

Le sénateur Cook: Au début de mes notes, j'ai écrit «recherche spécialisée», avant d'écrire «plan d'action national».

Dr. Tremblay: Yes.

Senator Cook: It would also have to be broadly based across the spectrum called “curriculum” — a whole learning process right through the entire system. This would include doctors, nurses, social workers, teachers, educators, and so forth.

In my experience as a volunteer, I have noticed that those who work at the NGO — the organizations who see the individual on a regular basis in a shelter or in a social setting, has very little, if any, training. It is basically hands-on.

The same situation exists in affordable housing. We have an affordable housing program that comes out of a three-month life skills’ learning environment. There is a board of consumers who live in the house — it is fairly large with 30 or 40 people. These people are connected to a governance board and it works very well. There is empowerment of these people there. If someone slips in that loop, they go back into the first piece.

I think that NGOs do a lot empowerment with assisting-living practices to help people with mental illnesses. A lot of them have no family. The only family they have, they meet in that place.

Therefore, I am very supportive of a curriculum-based approach with all of this information. We have CIHI, we have SSHRCC, and we have many things. WE could probably do things differently and we do not need a lot of money to achieve it.

The Chairman: I noticed Professor Dorvil was also shaking his head. I do not know if that meant he agreed or disagreed, but he may want to comment. I know Mr. Latimer wants to comment.

[*Translation*]

Mr. Dorvil: Yes. Just a comment on the sharing of all this data. We have one advantage in that our research team works in both Ontario and Quebec.

Other groups do research throughout the whole country, which is even better. I believe that we now have enough quantitative and qualitative data to develop an action plan. That is my belief.

[*English*]

Mr. Latimer: The question that you raised runs into the whole of issue of federal versus provincial jurisdictions.

The Chairman: Yes. This committee has a tendency to simply ignore that distinction and if you read our first report, we had a number of recommendations, by the way, that were strictly in the area of provincial jurisdiction. Interestingly, none of the provincial governments ever criticized us for doing so.

Dr Tremblay: Oui.

Le sénateur Cook: Cela devrait également s’appliquer à tout le programme — un apprentissage complet à la grandeur du système. Cela toucherait les médecins, les infirmiers et infirmières, les travailleurs sociaux, les enseignants, les éducateurs, etc.

D’après mon expérience de bénévole, j’ai remarqué que ceux qui travaillent dans des ONG, des organismes qui rencontrent régulièrement les gens dans des refuges ou dans le cadre de services sociaux, ont très peu de formation, si même ils en ont. Ils apprennent sur le tas.

Il en va de même dans le domaine du logement abordable. Nous avons un programme de logement abordable qui fait suite à un apprentissage de trois mois de l’autonomie fonctionnelle. Un comité de consommateurs vit dans le logement — c’est un groupe assez important qui compte 30 ou 40 personnes. Ces gens sont en relation avec un comité d’administration, et cela fonctionne très bien. Cela permet l’autonomisation de ces gens. Si quelqu’un commet un écart dans le second programme, il retourne au premier.

Les ONG contribuent beaucoup à l’autonomisation des personnes qui souffrent de maladies mentales grâce à leurs programmes d’aide à la vie autonome. Bon nombre des patients n’ont pas de famille. Leur seule famille, ce sont les personnes qu’ils rencontrent dans ces programmes.

Par conséquent, je suis un chaud partisan d’une approche fondée sur un programme à partir de toute cette information. Nous avons l’ICIS, le CRSH, et bien d’autres choses. Nous pouvons peut-être faire les choses un peu différemment sans qu’il soit nécessaire pour cela d’avoir beaucoup d’argent.

Le président: J’ai remarqué que M. Dorvil réagissait. Je ne sais pas si cela signifie qu’il est d’accord ou non, mais il souhaite peut-être intervenir. Je sais que M. Latimer veut faire une observation.

[*Français*]

M. Dorvil: Oui. Un commentaire au sujet de la mise en commun de toutes ces données. Nous avons l’avantage d’avoir une équipe de recherche Québec/Ontario. Nous faisons de la recherche dans certaines régions de l’Ontario et du Québec.

D’autres groupes font de la recherche dans l’ensemble du Canada, c’est encore mieux. Je trouve tout de même qu’à l’heure actuelle, nous bénéficions de données autant quantitatives que qualitatives pour nourrir un plan d’action. C’est ce que je crois.

[*Traduction*]

M. Latimer: La question que vous soulevez touche tout le domaine des champs de compétences fédéraux et provinciaux.

Le président: Oui. Notre comité a tendance à ne pas tenir compte de cette distinction. Si vous lisez notre premier rapport, vous y trouverez un certain nombre de recommandations qui, je le signale, visaient strictement les champs de compétences provinciaux. Il est intéressant de noter qu’aucun gouvernement provincial ne nous a critiqués pour cela.

As well, a number of our recommendations such as the Care Guarantee are now part of the government's health platform — which is strictly provincial jurisdiction. It is part of the government's platform in Quebec, it is in the Throne Speech in Ontario, it is coming in Alberta.

Therefore, our tendency is to try to tell it right and not get hung up on jurisdictional questions. I just thought I should give you that as background. I was not being critical.

Mr. Latimer: That is very helpful. One area in which it would be helpful to invest more money is in public education. To the extent that mental health is a bit of an orphan child, it is as a result of the stigma and lack of information about what can be and what should be. The pressure to ensure that the money is spent in accordance with these priorities, ultimately comes from the public. Therefore, we need more education at that level. We see a lot of ads against smoking; I do not understand why we could not see more ads educating the public about mental illness. That is one element.

Another element is in terms of describing and making clear what best practices are and facilitating their dissemination. In the United States, the Robert Wood Johnson Foundation has funded the development of modules on evidence-based practices in mental health. There is one on assertive community treatment; there is one on supported employment, and so on.

These modules are designed to facilitate the adoption of these practices by clinicians and by state governments. They are divided into three components. The first component is for environments where the practice is not yet adopted. People are simply considering it. There is a video, there are materials targeted at decision-makers, materials for parents, materials for consumers, and so on. The second component provides information on implementation — how one goes about setting up a program. The materials are targeted at the relevant audiences. Finally, once the program has been established, the third component provides material on how to ensure that the practice remains evidence-based because there is often a drift away from evidence-based standards.

I would think that the federal government could get involved in adapting such materials, making sure they are translated, and perhaps, in funding training programs, so that clinicians become more familiar with these types of practices.

Senator Cook: I just want to say thank you for reinforcing my idea this morning. I speak as a layperson, but I can see that there must be national standards in this country because of the way the governance is set up. Of course, evaluation is part of it. I would never be so bold as to try and write the criteria for a national action plan. Thank you.

En outre, un certain nombre de nos recommandations, entre autres celles sur les soins garantis, font maintenant partie du programme du gouvernement en matière de santé — même si c'est une question qui relève strictement de la compétence des provinces. Cela fait partie du programme du gouvernement au Québec, on l'a mentionné dans le discours du Trône en Ontario, et cela sera également adopté en Alberta.

Par conséquent, nous avons tendance à dire ce qui devrait être fait sans nous attacher aux questions de compétences. Je tenais simplement à vous le signaler. Mon but n'était pas de vous critiquer.

M. Latimer: Merci beaucoup. L'éducation du public est l'un des domaines dans lequel il faudrait investir davantage. Si la santé mentale est considérée un peu comme un parent pauvre, c'est à cause des préjugés et du manque de renseignements sur ce qui peut être fait et ce qui devrait être fait. C'est la population qui en fin de compte peut exercer des pressions pour que l'argent soit dépensé conformément à ces priorités. Par conséquent, il faut mieux informer la population. On fait beaucoup de publicité contre le tabagisme; je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas faire plus de publicité pour renseigner la population au sujet de la santé mentale.

Également, il faudrait décrire et expliquer clairement quelles sont les méthodes exemplaires et faciliter leur diffusion. Aux États-Unis, la Fondation Robert Wood Johnson a financé la mise au point de modules sur les pratiques fondées sur des résultats cliniques en santé mentale. Un de ces modules porte sur l'affirmation de soi dans le cadre du traitement communautaire; il y en a un autre sur le soutien à l'emploi, etc.

Ces modules sont conçus de façon à faciliter l'adoption de ces pratiques par les cliniciens et par les gouvernements des États. Ils sont divisés en trois éléments. Le premier élément vise les milieux où la pratique n'a pas encore été adoptée. Il permet aux gens de l'examiner. Il y a une bande vidéo et des documents à l'intention des décideurs, des documents pour les parents, d'autres pour les consommateurs, et cetera. Le deuxième élément permet de donner de l'information sur l'application — c'est-à-dire qu'il explique comment mettre un programme sur pied. Les documents sont rédigés en fonction de la clientèle pertinente. Enfin, une fois que le programme est mis sur pied, le troisième élément permet de fournir des documents sur la façon de garantir que la pratique continue d'être fondée sur des résultats cliniques car on s'écarte souvent des normes cliniques.

À mon avis, le gouvernement fédéral pourrait adapter ces documents, voir à leur traduction et, peut-être, financer des programmes de formation afin que les cliniciens connaissent mieux ce genre de pratiques.

Le sénateur Cook: Merci d'avoir renforcé mon idée à ce sujet. Je parle en tant que profane, mais je constate qu'il faut mettre en place au Canada des normes nationales en raison de notre structure de gouvernance. Et l'évaluation en fait bien sûr partie. Je n'oserais jamais rédiger les critères d'un plan d'action national. Merci.

Senator Keon: Well, following on Senator Cook's hypothesis, I think that either by design or serendipity there will be a national action plan. In fact, our document, when it comes out, will probably be the beginning.

All of you cut across and extremely interesting theme this morning. Dr. Tremblay emphasized that human beings are born non-conformists and they are trained to become conformists. Then Dr. Dorvil talked about the ethics of imposing lodging on the homeless when they do not want lodging, and where you end with their freedom. Dr. Tousignant touched on the terrible problem with the ethics committee that scientists face. I must say the ethics problem is being handled quite well, I think, because there is a lot of good direction out of CIHR and MRC about ethical conduct in research. However, there is virtually no good material on ethical conduct in patient-care management and Mr. Latimer touched on that when he spoke.

So the truly interesting thing that arises here — particularly in mental illness — is how far does society have the right to go in couching and defining the life of an individual? This is a very penetrating ethical dilemma that must be addressed in whole and in parts as the evolution of this whole thing unfolds.

Mr. Dorvil, perhaps you could start. I find the relationship between homeless people and mental illness tremendously interesting. Many homeless people just do not want to be put someplace. They want to stay out on the street. Mercifully, someone usually goes around and picks them up so they do not freeze to death. I would like to hear your thoughts about the ethics of how far you go on the total management of this. Perhaps Mr. Tousignant and Mr. Latimer would also expand on that.

[Translation]

Mr. Dorvil: You raised an important point, the respect of human dignity. I worked as a social worker in the east end of Montreal, and I sometimes would tell homeless persons that they were entitled to a government cheque.

They would tell me "I don't want a cheque, I want my freedom. Just give me a couple of quarters." I would then tell them that they were entitled to \$600, but they did not want to take part in government research. They did not want to be in the government files as social welfare recipients. They did not want to be social welfare recipients. It was a question of dignity. They preferred to ask me for fifty cents or a dollar rather than receive the \$600 they were entitled to at that time.

Afterwards we came to an agreement with the government so that homeless persons who, by definition, do not have an address, could pick up their cheque at a psychiatric clinic, at a mental health clinic, at La Maison du Père, et cetera. But even then some of them did not want it.

How far should we go to preserve the freedom so important to human beings? For example there are psychiatric patients living in transition homes who would like to live independently, but they cannot because they still have behaviours, sometimes violent

Le sénateur Keon: Eh bien, pour revenir à l'hypothèse du sénateur Cook, je crois qu'il y aura un plan d'action national, que ce soit à dessein ou qu'il soit le fruit du hasard. Enfin, le rapport que nous produirons en sera probablement le point de départ.

Vous avez tous abordé un thème extrêmement intéressant. Le Dr Tremblay a insisté sur le fait que les être humains naissent non conformistes et qu'ils sont ensuite formés pour ensuite devenir conformistes. Le Dr Dorvil a ensuite parlé des questions d'éthique relatives au fait d'imposer un logement à des sans-abri lorsque ceux-ci n'en souhaitent pas, et du fait qu'on met ainsi fin à leur liberté. M. Tousignant a parlé du problème terrible que pose le Comité d'éthique pour les scientifiques. Je dois avouer que le problème de l'éthique est très bien traité car les IRSC et le CRM fournissent d'excellentes directives au sujet de la conduite éthique en recherche. Toutefois, il n'existe à peu près aucun document valable quant à la conduite éthique dans la gestion des soins aux patients, et M. Latimer a abordé cette question.

La question la plus intéressante qui se pose, plus particulièrement dans le cas de la maladie mentale, est dans quelle mesure la société a le droit d'intervenir et de définir la vie d'une personne. Voilà un dilemme éthique très pointu qui devra être réglé en tout et en partie au cours de l'évolution de notre dossier.

Monsieur Dorvil, vous pourriez peut-être commencer. Je suis extrêmement intéressé par la relation entre les sans-abri et la santé mentale. Bon nombre de sans-abri ne souhaitent tout simplement pas être placés quelque part. Ils veulent continuer leur itinérance. Heureusement, il y a généralement quelqu'un pour les recueillir afin d'éviter qu'ils meurent de froid. J'aimerais savoir ce que vous pensez au sujet de cette question d'éthique, c'est-à-dire jusqu'où peut-on aller dans la gestion totale de tels cas. M. Tousignant et M. Latimer souhaiteraient peut-être également en discuter.

[Français]

M. Dorvil: Vous avez soulevé un problème important en ce qui a trait au respect de la dignité humaine. J'ai déjà été travailleur social dans l'est de Montréal et à certaines personnes itinérantes je disais: «Vous avez droit à un chèque du gouvernement.»

Il répondait: «Non, je ne veux pas de chèque. Je veux ma liberté. Donnez-moi 50¢.» Je lui disais: «Mais vous avez droit à 600 \$.» Mais il ne voulait pas collaborer aux recherches du gouvernement. Il ne voulait pas paraître dans le fichier du gouvernement pour qui recevaient de l'Aide sociale. Il ne voulait pas être un assisté social. Il y avait une question de dignité. Il préférait me demander 50 ¢ ou 1,00 \$ alors qu'il aurait pu avoir, à cette époque, 600 \$.

Par la suite, on s'est entendu avec le gouvernement pour que les personnes itinérantes qui, par définition, n'ont pas d'adresse, puissent aller chercher leur chèque dans des cliniques de psychiatrie, des cliniques de santé mentale, à la Maison du Père, et cetera. Même là, certains n'en voulaient pas.

Jusqu'où peut-on aller dans la liberté qui est tellement chère à l'être humain? Par exemple, le patient psychiatrique qui est dans la résidence d'accueil veut souvent aller dans une habitation autonome. Mais il n'a pas les moyens. Il n'a pas les moyens

behaviours, that are not acceptable in society. So we tell them that we will first teach them social skills because to live independently, they must behave normally according to society's standards.

That is what we do at Douglas Hospital. We sometimes have to tell patients that they cannot live independently because they still do not have the skills. By doing so, we are limiting their freedom.

But society has rules that we must abide by. The responsibility lies not only on the individual but also for society. We must therefore try to find the right balance between society's need for order and security, and the respect for human dignity.

The ethics issue is important in all our research and our interventions with psychiatric patients who are vulnerable because they have a diagnosed mental illness, there is no doubt about it.

But at the same time we must respect the patient's freedom. We have to explain to them that they will have to learn the necessary social skills before going to the next step. They must go through the next phase in their recovery before they can live independently as they so dearly wish.

[English]

Mr. Tousignant: If you see a traffic accident on the road and someone is bleeding, I think you are obliged by law to come to the help of the individual. However, if the person is depressed and planning to commit suicide, you say well, you should respect their freedom. We have two very different ways of behaving towards people who are in need of medical assistance and those who suffer from mental illness. Very often people shy away because they become aggressive, because they are afraid to be stigmatized and they refuse help. They want to be autonomous.

That is a big challenge. However, a lot of people are in danger of dying if we do not help them. There are a lot of issues involved. Sometimes we have to be a bit more assertive in bringing help or at least offering real help to people you are in need of it. Certainly, there is a lack of assertiveness right now and we need to be much more affirmative in ensuring that assistance is available to people who have a lot of moral suffering. However, because of the culture has evolved, these people try to hide themselves. They live marginal lives, because they know they will be stigmatized if they come to the fore.

It is a big problem and there are no easy solutions. However, we should not justify leaving these people on the street with the argument of individual freedom. There should be creative ways of bringing solutions to their daily problems.

Mr. Latimer: I would like to add to what I said earlier in response to Senator Cook's question. Having identified evidence-based programs such as the Assertive Community Treatment program that is fairly widespread in Ontario as a result of the Ontario

puisqu'il démontre encore des caractéristiques — il est peut-être parfois un peu violent — qui ne sont pas acceptables dans la société. On lui dit qu'on va d'abord lui enseigner des habiletés sociales, parce que la société exige qu'il se comporte normalement avant d'aller en habitation autonome.

Dans le cas de l'Hôpital Douglas, c'est cela. Nous sommes obligés de dire à certains patients qu'ils ne peuvent pas aller en habitation autonome parce qu'ils ne sont pas encore qualifiés. Nous portons atteinte à leur liberté.

La société aussi a des règles que nous ne pouvons pas outrepasser. Il n'y a pas seulement un poids sur l'individu, mais sur la société aussi. Il faut donc retrouver un certain équilibre qui respecte les désirs de la société, la sécurité de la société, tout en sauvegardant également cette dignité humaine.

Le problème d'éthique imprègne la recherche et les interventions auprès des patients psychiatriques qui sont fragilisés par des troubles mentaux diagnostiqués. Cela est certain.

En même temps, il faut respecter la liberté du patient. Il faut lui expliquer qu'il faudra attendre qu'il ait fini d'apprendre ses habiletés sociales avant de passer à un autre stade. Il faut qu'il passe à une autre phase de son rétablissement avant d'aller vivre dans l'habitation autonome qu'il convoite.

[Traduction]

M. Tousignant: Si vous êtes témoin d'un accident de la route dans lequel une personne est blessée et saigne, la loi vous oblige à lui venir en aide. Cependant, si la personne est déprimée et veut se suicider, vous vous sentez en droit de respecter sa liberté. On se comporte différemment envers une personne selon qu'elle a besoin de soins médicaux ou qu'elle souffre d'une maladie mentale. Les gens ont souvent une attitude de retrait parce qu'ils sont agressifs, parce qu'ils ont peur d'être stigmatisés et ils refusent leur aide. Ils veulent rester autonomes.

C'est un défi considérable. Cependant, certaines personnes sont en danger de mort si on ne les aide pas. Le problème est très complexe. Parfois, il faut faire preuve d'un peu plus d'autorité pour aider ceux qui en ont besoin, ou du moins pour leur proposer une aide véritable. Il faut agir plus énergiquement pour que cette aide soit disponible à ceux qui souffrent moralement. Mais comme la culture a évolué, ils essaient de cacher leur souffrance. Ils vivent en marginaux, parce qu'ils savent qu'ils seront stigmatisés s'ils révèlent leur situation au grand jour.

C'est un problème considérable, qu'on ne peut pas résoudre par magie. Cependant, on ne peut pas laisser ces malheureux dans la rue sous prétexte de liberté individuelle. Il faut faire preuve de créativité pour apporter des solutions à leurs problèmes quotidiens.

M. Latimer: J'aimerais préciser ce que j'ai dit tout à l'heure en réponse à une question du sénateur Cook. J'ai parlé des programmes fondés sur des preuves, comme la programme Assertive Community Treatment, qui est assez largement répandu

government's initiative, I do see why the federal government could not say "We would like to see practices X, Y, and Z developed and we are going to fund the development of these specific programs."

In respect of the question raised by Senator Keon related to bringing people into treatment, I have a story that will illustrate the principles beautifully. I heard the following story from a psychiatrist. A female patient was pregnant and had a delusion that led her to not want to eat. This was, of course, threatening her baby. The clinical staff had a debate among themselves as to whether to force-feed her. This psychiatrist was brought in on the case and he had a different idea. He pretended that he was talking to the baby. He constructed a tube and put it to the mother's abdomen, started talking to the baby and pretended that he heard the baby responding to him and saying that it was hungry. It needed food. In this way, he was able to help the woman disassociate her own desire to avoid eating from the baby's need. She started eating and the baby was delivered successfully.

This is a beautiful story that illustrates how, in clinical situations, greater clinical skills, greater creativity and imagination can often lead to better solutions. In my view, we need to think about increasing the quality of training of clinical personnel.

[Translation]

Senator Pépin: Who decides when a patient can live in a special-needs apartment, a transition home, or independently? Is it the doctor? I assume it is the doctor who decides when the patient is ready to go on to the next step. What criteria does the physician use to decide if the patient is ready to go from a transition home to special-needs housing or to an apartment? Do you follow up on the patient?

Also, I would like to know if the community living approach that was put in place in the 70s for people with a mental illness is a success.

Mr. Latimer, I presume that Douglas Hospital still cares for people with severe mental illnesses. You talk about getting these persons back in the workplace, and I agree. But if they are severely ill, at what stage will they be able to go back to work? How do you go about it? At what stage is that possible?

Mr. Dorvil: Psychiatric patients who live, say, in a transition home or in an apartment under supervision still show certain forms of behaviour that are not acceptable in society.

Those who want to live independently must learn how to cook. They must learn how to shop for groceries. There are psychological re-education workers who help them acquire those skills.

en Ontario grâce à l'initiative du gouvernement ontarien, et je ne vois ce qui empêcherait le gouvernement fédéral de dire: «Nous aimerions que les pratiques X, Y et Z soient généralisées et nous allons financer leur développement».

Le sénateur Keon a parlé de la difficulté de soumettre ces personnes à un traitement. J'ai une anecdote qui illustre bien ce principe. Je la tiens d'un psychiatre. Il s'agit d'une patiente enceinte qui, à cause de son délire, ne voulait plus manger. C'était évidemment une menace pour son bébé. Le personnel clinique a envisagé de l'alimenter de force. Le psychiatre en question a été consulté sur ce cas, et il a proposé une idée différente. Il a fait croire à la patiente qu'il parlait au bébé. Il a fabriqué un tube qu'il a placé sur l'abdomen de la mère et il a commencé à parler au bébé, prétendant que celui-ci lui répondait pour dire qu'il avait faim. De cette façon, il a aidé la patiente à dissocier sa propre volonté d'éviter la nourriture et les besoins du bébé. Elle a commencé à s'alimenter et le bébé a pu naître normalement.

C'est une belle histoire qui montre bien que dans une situation clinique, les connaissances cliniques, la créativité et l'imagination débouchent souvent sur de meilleures solutions. À mon avis, il faudrait améliorer la qualité de la formation du personnel clinique.

[Français]

Le sénateur Pépin: Lorsqu'il est question de logements adaptés, de centre d'accueil ou d'appartement, j'aimerais savoir qui décide? Est-ce que c'est le médecin? Je présume que ce doit être le médecin qui décide si un malade est prêt à passer d'une étape à une autre. Quels sont les critères sur lesquels le médecin se base pour décider si le patient est prêt à passer d'un logement à un centre d'accueil ou bien à un appartement? Quel suivi offre-t-on à ces personnes?

Également, en ce qui a trait à l'approche communautaire qui est favorisée maintenant pour la charge des personnes atteintes de maladie mentale depuis les années 1970, est-ce un succès?

Puis, monsieur Latimer, je présume que l'Hôpital Douglas s'occupe encore des personnes qui sont atteintes de maladies mentales sévères. Lorsque vous parlez de remettre ces gens sur le marché du travail, je suis d'accord. Mais si ce sont des malades atteints sévèrement, à quelle étape de leur maladie pourraient-ils retourner sur le marché du travail? Comment cela se ferait-il? Et à quelle étape cela se ferait-il?

M. Dorvil: Les patients psychiatriques qui sont, par exemple, dans des résidences d'accueil ou des appartements supervisés ont un certain nombre de caractéristiques qui ne sont pas acceptables dans la vie sociale.

Si une personne veut aller en habitation autonome, il faut qu'elle apprenne cuisiner. Il faut qu'elle apprenne à faire son épicerie. Ce sont les psycho-éducateurs qui les aident à faire ces apprentissages.

Sometimes, they exhibit unpleasant behaviour traits. The action plan given to the person in charge of the group home would then specify that those traits would have to disappear within, let's say, 18 months, or 3 years, and so on.

Psychiatrists usually work as part of a therapy team. Within that team, there will be a social worker or a nurse in charge of the patient, and the psychiatrist can check with him or her to see how far the patient has progressed in acquiring social skills.

If the response is that the patient is ready, that progress is well underway, although it may not be complete, the patient can then go on to the next step. The individual is then allowed to leave the home in order to live in a supervised apartment, or even in what we call an independent living unit.

All of this is done progressively, until such time as the person is ready to move into an independent living unit. The situation is then discussed with the group in charge of independent living units so that the patient can go to the next step. Generally speaking, as far as the psychiatric hospital is concerned, everything goes quite smoothly.

As for deinstitutionalization, I would say that any group holding some kind of power in our society will not readily relinquish it to another. People working in hospitals, hospital managers, psychiatrists, social workers, they all tend to stick together. It is perfectly normal that they have a lot of control over psychiatric institutions, as well as a large say in deinstitutionalization. Let's not kid ourselves.

I do not see why power would have changed hands since, for the time being, as you know, there are no miracle treatments for psychiatric illnesses. Despite all the work that is being done by psychiatrists and psychiatric nurses, we have not yet managed to eradicate those illnesses.

We can eliminate the most acute symptoms, but some patients are not able to communicate, they do not have the required skills. At the same time as we were making almost miraculous progress in the area of medication, we should have been investing in treatments designed to improve the communication and social skills of patients.

However, that is now a matter of history, and history cannot be rewritten. Despite all the budgetary constraints our governments have had to deal with, despite society's reluctance to have psychiatric patients integrated not only into their family, but in their community, in shopping centres, and everywhere else, I feel that the trend has been quite positive. People have finally understood that they need to show empathy and lend a helping hand.

People in charge of group homes are doing more than what they are required to do. I know some women who are in charge of homes who have set up baseball teams and soccer teams for their patients, when they did not know the first thing about baseball or soccer.

Il se peut qu'ils démontrent des traits comportementaux désagréables. Dans le plan d'intervention, on indique au responsable du foyer de groupe que ces traits doivent disparaître, disons, après dix-huit mois ou après trois ans, et ainsi de suite.

Le psychiatre, en général, fonctionne en équipe thérapeutique. Dans son équipe thérapeutique, il peut demander à tel travailleur social ou à telle infirmière qui est responsable de tel patient à quel stade il est rendu dans son apprentissage des normes de la société.

Quand l'intervenant dit au psychiatre que le patient est prêt, que ce n'est pas tout à fait final, mais qu'il est sur la bonne voie, le patient peut passer à une autre étape. À ce moment, on autorise que la personne laisse la résidence d'accueil, aille en appartement supervisé et ou même dans ce qu'on appelle les habitations autonomes.

Cela se fait progressivement jusqu'à ce qu'on en arrive aux habitations autonomes. Là, il faut discuter avec le groupe qui s'occupe des habitations autonomes pour que le patient puisse passer à une autre étape. En général, dans les étapes qui relèvent de l'hôpital psychiatrique, cela se passe très bien.

Pour ce qui est de la désinstitutionnalisation, je dirais qu'il n'y a aucun groupe dans la société qui détient un pouvoir et qui accepte de le donner à un autre groupe. Le monde hospitalier, le monde des gestionnaires d'hôpitaux, des psychiatres, des travailleurs sociaux, c'est un monde qui se tient ensemble. Il est tout à fait normal qu'ils aient la main haute sur les institutions psychiatriques, et sur la désinstitutionnalisation aussi. Qu'on ne se fasse pas d'illusions.

Je ne vois pas pourquoi le pouvoir aurait changé de main puisque, en psychiatrie, jusqu'à présent, vous savez très bien qu'on n'a pas eu de traitements miracles. Les psychiatres et les infirmières travaillent beaucoup, mais en réalité, on n'est pas arrivé encore à faire disparaître les maladies.

On fait disparaître les symptômes aigus, mais certains patients ne peuvent pas communiquer, ils n'ont pas les habilités requises. En même temps que les médicaments faisaient presque des miracles, il aurait fallu investir pour améliorer la communication et les habilités sociales des patients.

C'est l'histoire, et on ne peut pas la réécrire. Malgré toutes les contraintes budgétaires que nos gouvernements ont subies, malgré la réticence de la société à accueillir le patient psychiatrique non seulement dans la famille, mais dans le quartier, dans les centres d'achats, et tout le reste, je crois que le mouvement a été pourtant très positif. En fin de compte, les gens ont appris à avoir de l'empathie, à donner un coup de main.

Les responsables des résidences d'accueil en font plus que ce que nous leur demandons. Je connais des femmes qui sont responsables de résidences d'accueil, qui ont monté des équipes de baseball et des équipes de soccer pour les patients alors qu'elles ne connaissaient rien du baseball ou du soccer.

The first attempts at deinstitutionalization were disastrous. Indeed, Dr. Murphy, a psychiatrist at the Douglas Hospital, had this to say: "We have taken patients out of the hospital setting, but we haven't given them much. There has been no follow-up by professionals."

Follow-up by professionals has now been added to the system, because Dr. Murphy condemned the fact that patients were living in a vegetative state. What had those patients gained? Where they had been rocking themselves back and forth in the psychiatric hospitals, they were now rocking themselves in homes.

What was the point of having taken them out of the hospital setting when the result was the same? Society reacted by improving the system. And we are continuing to improve it. My colleague, Dr. Latimer, talked about psychiatric patients being reintegrated through work. There are indeed a lot of psychiatric patients who are working. They are working in the computer industry, on farms, in factories. And they are contributing to what we call the gross domestic product.

As far as housing goes, a number of psychiatric patients now sit on the boards of subsidized housing developments run by NPOs, whereas in the past, they would have been put away in an asylum. Now, they can look after their own homes, they can sit on the board, they can vote, and so on.

This, to me, is a sign that we have made some progress in our society. People with mental disorders also have qualities. If you look at what has happened over the last 45 years, the situation for psychiatric patients has significantly improved, with progress being made at the institutional level, in psychiatric medicine, and at the community group level.

Both groups would have to agree to work together. Each group has a tendency to want to protect its turf, but I am nevertheless very optimistic.

[English]

Mr. Latimer: In response to your question regarding the overall assessment and whether the transfer into the community has been good for the patients, I would say yes, over all. However, we need to provide more supports in the community.

Putting on my economist's hat, I would like to present an efficiency argument for delivering services more in the community. I am thinking of a particular kind of the model of assertive community treatment, which involves a multidisciplinary team that supports people with severe mental illness in the community.

Let us compare what happens when a patient is hospitalized versus what happens when they receive community support services. From an economic perspective, we can see that when one is hospitalized, a whole set of resources is automatically deployed hour after hour and day after day to provide support no matter how the patient's state is evolving. Often times, we observe that

Les premiers pas de la désinstitutionnalisation ont été catastrophiques. D'ailleurs, le Dr Murphy, un psychiatre de l'Hôpital Douglas, disait: «On a sorti les patients, mais on ne leur a pas donné beaucoup de choses. Il n'y a pas de suivi professionnel.»

Le suivi professionnel s'est ensuite ajouté parce que le Dr Murphy a critiqué le système en disant que le patient menait une vie végétative. Qu'est-ce que le patient a acquis? Il se berçait dans les hôpitaux psychiatriques, il se berce dans les résidences d'accueil.

Si la même chose se produit, pourquoi les avoir fait sortir? La société a réagi en améliorant le système. Et on continue de l'améliorer. Mon collègue M. Latimer a parlé de la réinsertion du patient psychiatrique par le travail. Il y a quand même beaucoup de patients psychiatriques qui travaillent. Ils travaillent en informatique, dans des fermes, dans des usines. Et, ils contribuent à ce qu'on appelle le produit intérieur brut.

Au niveau du logement, plusieurs patients psychiatriques sont membres du conseil d'administration de logements subventionnés qui relèvent de l'OSBL alors qu'autrefois, ils étaient mis en quarantaine dans un asile. À l'heure actuelle, ils peuvent être responsables de la propreté de leur logement, ils peuvent être membres du conseil d'administration, ils peuvent voter, et ainsi de suite.

Je trouve que c'est quand même un acquis de la société. Les gens qui ont des troubles mentaux ont aussi des qualités. Si on regarde les 45 dernières années, je crois que la situation du patient psychiatrique s'est très largement améliorée avec l'apport aussi bien du niveau institutionnel, de la médicopsychiatrie et des groupes communautaires.

Il faudrait que les deux groupes acceptent de travailler ensemble. Il y a parfois des réflexes de cartel qui animent aussi bien un groupe que l'autre, mais je suis quand même très optimiste.

[Traduction]

M. Latimer: En réponse à votre question concernant l'évaluation globale de la situation et les résultats de la désinstitutionnalisation, je pense qu'ils sont globalement positifs. Cependant, il faut accorder davantage de soutien aux patients dans la communauté.

Du point de vue de l'économiste, on peut prétendre qu'il est plus efficace d'assurer la prestation de services en milieu communautaire. Je pense en particulier à un type de traitement communautaire actif qui fait appel à une équipe multidisciplinaire pour venir en aide à des personnes non institutionnalisées qui souffrent de maladie mentale grave.

Comparons ce qui se passe lorsqu'un patient est hospitalisé par rapport à la situation où il bénéficie de services de soutien dans la communauté. D'un point de vue économique, on voit que lorsqu'il est hospitalisé, tout un ensemble de ressources sont déployées automatiquement jour après jour pour lui assurer un soutien, quelle que soit l'évolution de son état. Souvent, on

people remain in the hospital longer than necessary because there is no place for them to stay outside of the hospital. Therefore, we are wasting a lot of resources.

If, instead, you had a multidisciplinary team that meets every day to review the list of clients and set up a plan for each individual, the resources that are deployed for each client can be adjusted in a more flexible manner — in a real-time sort of way and practically on a daily basis. Therefore, you are doing a much better job of putting resources where they are needed, when they are needed. Such a method is far more cost effective.

Having said that, we are absolutely not doing enough in terms of providing access to evidence-based rehabilitation services for people with severe mental illnesses. Which brings me to the latter part of your question about supported employment and integration into the work force.

There has been a long-standing perception among clinicians that many people with severe mental illness cannot work and that if you push them toward work, you are likely going to precipitate psychotic episodes. They will need to be re-hospitalized and so on, because it is just going to be too stressful and they cannot take it.

Experience shows that the situation is rather more complex than that. People who have been involved in setting up supported employment programs in the United States report that clinicians cannot tell ahead of time whether a particular individual is going to turn out to become a good worker or not. There are individuals who look initially like they are never going to be able to hold even a part time job successfully and whom, with proper support, turn out to be able to do it and to enjoy it.

I am currently conducting a study at the Douglas Hospital that excludes people who have anything less than schizophrenia, bipolar disorder with psychotic episodes, or depression so severe that they are classified as kind of disabled and get kind of the maximum welfare cheque. We only work with those people. Many of them do find work successfully.

Finally, there is the whole issue of how these people are socialized and that is, in many ways, the big battle. There is the traditional approach in which these people are viewed as patients and they are socialized to be patients. They are encouraged to spend time together and to live in their own little world apart from the rest of society.

The movement right now is towards empowerment, towards recovery. Those are some of the key buzzwords that you have undoubtedly heard. Part of empowerment means socializing people away from the patient role into a citizen role. Experience has shown that if you can help these people and gradually bring them to a point where they are functioning at work and meeting demands that are appropriate to their capabilities, and if they have to push themselves to meet the demands and not too many allowances are made for their illness, they end up the better for it. They are more satisfied because they view themselves as citizens, and that is what we are aiming for.

constate que des patients restent à l'hôpital plus longtemps que nécessaire parce qu'ils n'ont nulle part où aller. C'est donc un gaspillage de ressources.

En revanche, si on disposait d'une équipe multidisciplinaire qui puisse rencontrer chaque jour toute une liste de patients et que l'on établissait un plan pour chacun d'entre eux, les ressources consacrées à chaque patient pourraient être rajustées de façon plus souple, en temps réel et dans une perspective pratique quotidienne. On pourrait donc consacrer plus efficacement les ressources en fonction des besoins et au moment opportun. C'est une méthode beaucoup plus rentable.

Cela étant dit, les personnes souffrant de maladies mentales graves n'ont pas suffisamment accès à des services de réadaptation axés sur l'expérience clinique. C'est ce qui m'amène à la deuxième partie de votre question concernant l'emploi assisté et l'intégration dans le monde du travail.

Les médecins considèrent depuis longtemps que les personnes souffrant de maladie mentale grave ne peuvent pas travailler et que si on les incite à travailler, on risque de provoquer chez elles des épisodes psychotiques. Il va falloir les réhospitaliser, car elles sont incapables de supporter ce genre de stress.

L'expérience montre que la réalité est un peu plus complexe. Ceux qui ont organisé des programmes d'emploi assisté aux États-Unis signalent que les médecins ne peuvent pas dire à l'avance si un patient pourra ou non s'adapter au travail. Certains d'entre eux donnent au départ l'impression qu'ils ne réussiront jamais à conserver un emploi même à temps partiel, et grâce à un soutien approprié, ils se révèlent capables non seulement de le conserver, mais de l'apprécier.

Je réalise actuellement à l'Hôpital Douglas une étude dont sont exclus tous ceux qui ne souffrent pas au moins de schizophrénie, de maniaque-dépression avec épisodes psychotiques ou d'une dépression assimilée à une invalidité et donnant droit au maximum du bien-être social. Nous ne travaillons qu'avec des patients de ce niveau-là. Plusieurs d'entre eux réussissent à trouver du travail.

Enfin, il y a toute la question de la socialisation de ces malades, qui constitue à bien des égards un défi considérable. Dans la conception traditionnelle, ces personnes sont considérées comme des patients et sont socialisées en tant que tels. On les incite à rester ensemble, à vivre dans leur petit monde, à l'écart du reste de la société.

Actuellement, la tendance va plutôt dans le sens de l'émancipation et du rétablissement. Ce sont là des mots à la mode que vous avez certainement entendus. L'émancipation signifie une socialisation qui éloigne le malade de son rôle de patient pour le rapprocher de son rôle de citoyen. L'expérience nous enseigne que si on parvient à aider le malade pour l'amener progressivement à fonctionner au travail et à répondre à des sollicitations conformes à ses aptitudes, s'il doit se forcer à répondre aux sollicitations sans qu'on tienne particulièrement compte de sa maladie, il ne s'en portera que mieux. Il sera plus heureux parce qu'il se considérera comme un citoyen, et c'est précisément ce que nous visons.

The Chairman: I thank all of you for coming. I know we have indulged your time well beyond what we said we would, but we found your comments really helpful.

The committee adjourned.

MONTREAL, Tuesday, May 6, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:36 p.m. this day, in the Monet room at the Crowne Plaza Montreal Centre, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

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

[*English*]

The Chairman: We will try to make up time, although as you will discover, my colleagues ask a number of very good questions, so I will ask you to be really brief in your opening comments. I think you will find that you will be able to elaborate in your responses to the questions, because previously, the question period went on for a considerable time.

Senators, we have a panel of six people. I will introduce you to them as they make their opening statements. What we found works best is for each of them to make an opening statement and then we will ask questions of the panel, rather than directing questions to one of them specifically.

Our first presenter will be Dr. Mimi Israël, Head of the Department of Psychiatry and also Associate Professor, McGill University. Thank you for coming.

Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry; Associate Professor, McGill University: I would like to discuss the challenges involved in organizing a mental health care delivery system based on the principle of continuity of care, or a circular flow model, in contrast to our current system, which corresponds more closely to the silo model.

The current system of mental health care delivery is poorly organized, inconsistent and inefficient. The result is decreased accessibility to appropriate care, with the expected potentially preventable consequences, such as, in the worst-case scenario, suicide, or, more commonly, chronicity, loss of productivity, alcohol and drug abuse, familial distress and marital breakup.

Although we strive to give the appropriate care at the right time by the right people, and in the right amount, we witness three alternative scenarios occurring at an alarming frequency; no care, poor care, and too much care.

Le président: Merci à vous tous de vous être joints à nous. Je sais que nous vous avons retenus bien au-delà de l'heure convenue, mais vos commentaires nous ont été très utiles.

La séance est levée.

MONTRÉAL, le mardi 6 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 36 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 doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président: Nous allons essayer de reprendre le temps perdu, bien que comme vous ne tarderez pas à le constater, mes collègues posent d'excellentes questions. C'est pourquoi je demanderai de faire preuve de beaucoup de concision dans vos exposés. Vous aurez l'occasion de donner plus de précisions en répondant aux questions, car lors de la réunion précédente, la période des questions a été très prolongée.

Chers collègues, nous recevons six témoins. Je vous les présenterai au fur et à mesure qu'ils feront leurs déclarations préliminaires. Nous invitons tous les témoins à présenter leur exposé, puis nous adressons nos questions à l'ensemble des témoins plutôt qu'à l'un ou l'autre en particulier.

Nous entendrons tout d'abord la Dre Mimi Israël, chef du Département de psychiatrie et professeure agrégée à l'Université McGill. Madame, je vous remercie d'être venue.

La docteure Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie, professeure agrégée, l'Université McGill: J'aimerais décrire les défis que pose l'organisation d'un système de prestation des soins de santé mentale fondé sur le principe de la continuité des soins, ou si l'on veut un modèle de flux circulaire, par opposition à notre système actuel qui correspond davantage à une approche compartimentée.

À l'heure actuelle, le système de prestation des soins de santé mentale est mal organisé, disparate et inefficace. Cela entrave l'accessibilité aux soins appropriés, ce qui a son tour entraîne des conséquences qu'on pourrait prévenir, par exemple, en mettant les choses au pire, des suicides. Dans d'autres cas, plus nombreux, cette situation entraîne des pertes de productivité, des maladies chroniques, l'abus d'alcool et la consommation de drogues, de la détresse familiale et des ruptures conjugales.

Même si nous tâchons de faire en sorte que les soins appropriés soient donnés au bon moment, par les bonnes personnes et dans la quantité appropriée, nous constatons que dans un nombre alarmant de cas, les patients ne reçoivent pas de soins, ils reçoivent des soins médiocres ou ils en reçoivent trop.

The existing model is sustained by a lack of continuity between primary and specialized services. Currently, the proportion of care that is assumed by primary care services varies dramatically and is not based on systematized, coherent principles or assumptions. In the mental health field, basic definitions as to what constitutes first-line or primary care and what is meant by specialized care have not been established. Definitions such as “non-complex,” “uncomplicated” or “typical” are not particularly useful, nor is the definition of primary care as care delivered by a general practitioner.

In reality, the boundaries between what is done in each sector of care is not so much determined by the nature of the presenting problem as it is by varying levels of comfort and willingness to diagnose and treat mental illness in the primary care sector.

Lack of training and expertise, anxiety on the part of professionals who have not specialized in mental health, stigmatization, stereotyping and unacceptable prejudice against those who suffer from mental illness also contribute to the inconsistent response received by those who present asking for help with emotional distress. The result is ultra-rapid referral to psychiatry, thereby taxing scarce resources and decreasing accessibility to all; over-, under-, or mistreatment; and the shift of care to alternative resources such as therapists, healers and naturopaths, where there is no control over the quality or the pertinence of the treatments offered.

Mental health professionals also contribute to the rift between first-line and specialized care. For instance, psychiatrists, in contrast to other medical specialists, assume much more responsibility for front-line work. As a group, we tend to be protective of those who suffer from the full range of mental health problems. We often choose to treat them ourselves rather than throw them out into the hostile world to face stigma and rejection.

A potential solution would be to create a circular flow model for mental health care delivery, a system whereby primary and specialized services would collaborate to provide a continuum of care and where the flow of information and expertise between sectors would be optimized. Although there are probably many ways in which such a system could be established, I would like to support the notion of developing centres of excellence for the study and treatment of mental health problems.

The mental health institutes that would be created would be responsible for delivering specialized and ultra-specialized mental health care to an assigned proportion of the population and would assume a leadership position in organizing a network of primary care, community-based and housing services to serve that population's mental health needs.

Le système actuel se caractérise par un manque de continuité entre les soins primaires et les soins spécialisés. La proportion des soins assurés par les services de soins primaires varie considérablement et ne repose sur aucun principe ou hypothèse systématique ou cohérente. Dans le domaine de la santé mentale, on n'a pas encore établi de définitions fondamentales de ce qui constitue les soins primaires ou de première ligne et les soins spécialisés. Mes définitions des expressions «non complexe»; «sans complication»; ou «typique» ne sont guère utiles; pas plus du reste que de définir les soins primaires comme les soins dispensés par un omnipraticien.

En fait, les frontières entre les soins relevant de chaque secteur sont déterminées non pas par la nature du problème du patient mais plutôt par la capacité et la volonté des intervenants en soins primaires de diagnostiquer et de traiter la maladie mentale en question.

Le traitement disparate accordé aux personnes qui consultent pour des raisons de détresse émotionnelle s'explique également par le manque de formation et d'expertise et par l'anxiété des professionnels qui ne sont pas spécialisés en santé mentale, par la stigmatisation, le stéréotype et les préjugés inacceptables dont sont victimes les personnes atteintes de maladie mentale. Ces personnes sont immédiatement adressées à un psychiatre, dont la charge de travail est déjà lourde, ce qui diminue d'autant l'accès à leurs services pour d'autres patients. Dans bien des cas, les patients sont «sous-traités», «surtraités» ou «mal traités». Dans d'autres, les patients se tournent vers d'autres ressources comme des thérapeutes, des guérisseurs et naturopathes, dont la qualité ou la pertinence des soins n'est pas contrôlée.

Les professionnels de la santé mentale contribuent eux aussi à ce clivage entre les soins de première ligne et les soins spécialisés. Ainsi, les psychiatres assument une plus grande part de responsabilité pour les interventions de première ligne que les autres médecins spécialistes. Dans l'ensemble, nous avons tendance à adopter un comportement protecteur à l'égard des personnes prises avec n'importe quel problème de santé mentale. Nous préférons souvent les traiter nous-mêmes plutôt que de les confier à quelqu'un d'autre, sachant qu'ils risquent d'être stigmatisés et rejetés dans un monde qui leur est hostile.

Pour remédier au problème, on pourrait instaurer un modèle de flux circulaire dans le domaine des soins de santé mentale; dans un tel système, les intervenants des soins primaires et des soins spécialisés collaboreraient afin d'assurer la continuité des services, ce qui optimiserait la circulation de l'information et des connaissances entre les secteurs. On pourrait sans doute instaurer un tel système de bien des façons, mais je préconise quant à moi l'établissement de centres d'excellence voués à l'étude et au traitement des troubles mentaux.

Ces instituts de santé mentale seraient chargés d'offrir des soins de santé mentale spécialisés et ultra-spécialisés à une population délimitée. Ils devraient également organiser un réseau de soins primaires, de services communautaires et de services de logement qui répondrait aux besoins de cette population au chapitre de la santé mentale.

Mental health institutes would also assume the responsibility for ensuring that best-practice care is being delivered throughout its network, through the development of new knowledge and research and the transfer of new knowledge through teaching and training.

Furthermore, mental health institutes would be mandated to develop empirically tested models of shared care, thus promoting collaboration between families, physicians and psychiatrists, and raising the level of expertise of the front line.

Models that involve the systematic integration of mental health care workers into primary care services would also have to be explored. In addition, strategies to motivate front-line professionals, so that they become invested collaborators, would have to be developed. The desired outcome would be a front line equipped to address or treat the majority of mental health problems within a system that favours seamless transitions between primary and specialized care.

Finally, the centralization of service organization and delivery through mental health institutes would facilitate the transfer of knowledge and expertise beyond regional boundaries and the long-term planning of mental health services at a higher level.

Dr. James Farquhar, Psychiatrist, Douglas Hospital: I have prepared a written presentation entitled, "Mental Health Services Delivery: What Can We Learn from the United States?" It might be of interest. I will just go through it quickly.

In the United States, mental health services to mentally ill persons, which are provided free by the state, are better organized, more efficiently run and more open to financial scrutiny than in Canada. Mostly, this reflects the fact that the Americans are 10 years ahead of us in deinstitutionalization.

The Chairman: Since we will read the text in some detail later, you may want to just hit the highlights.

Dr. Farquhar: I would like to point out that in Quebec, the government has reduced mental health funding by 13 per cent over the 7 years from 1994 to 2001. Yet almost nobody knows this and it may come as a surprise to most people around the table. I imagine that similar erosions have happened in the other provinces. We are talking about being \$130 million in the hole compared to nine years ago — at least that, and perhaps more. Within general hospitals — I am talking about funding for mental health services — there is a micro funding problem. Those hospitals in Quebec have a \$700 million deficit right now and it is common to see budget managers pick away at money for psychiatric nurses and other staff, saying, "You have fewer psychiatry beds now because of deinstitutionalization, so you

Les instituts de santé mentale auraient également pour mandat de veiller à ce que les meilleures pratiques thérapeutiques soient appliquées dans tout le réseau, grâce à la réalisation de recherches et à l'acquisition de nouvelles connaissances, et au transfert de ces nouvelles connaissances par l'enseignement et la formation.

De plus, les instituts de santé mentale seraient chargés de mettre au point des formules de soins partagés éprouvées par des méthodes empiriques, ce qui favoriserait la collaboration entre les familles, les médecins et les psychiatres, et rehausserait les connaissances des intervenants de première ligne.

On devrait également explorer des formules fondées sur l'intégration systématique des professionnels de la santé mentale dans le secteur des soins primaires. Il faudrait aussi tracer des stratégies de motivation des professionnels de première ligne, pour les amener à collaborer activement. Idéalement, les intervenants de première ligne seraient ainsi en mesure de prendre en charge ou de traiter la plupart des problèmes de santé mentale dans un système qui favoriserait la transition sans heurts des patients entre deux secteurs, c'est-à-dire les soins primaires et les soins spécialisés.

Enfin, cette centralisation de l'organisation et de la prestation des services par les instituts de santé mentale faciliterait le transfert des connaissances entre les différentes régions ainsi que la planification à long terme des services de santé mentale, à un niveau plus élevé.

Le docteur James Farquhar, psychiatre, Hôpital Douglas: Je vous ai remis un texte sur la prestation de services de santé mentale et ce que nous pouvons apprendre de l'expérience américaine. Je vais le passer en revue brièvement avec vous.

Aux États-Unis, les services de santé mentale sont offerts gratuitement, c'est-à-dire payés par l'État, et ils sont mieux organisés, mieux gérés et plus transparents, sur le plan financier, qu'au Canada. Cela s'explique essentiellement par le fait que les Américains ont dix ans d'avance sur nous au chapitre de la désinstitutionnalisation.

Le président: Comme nous pourrions lire votre document par nous-mêmes, nous vous prions d'en signaler uniquement les faits saillants.

Dr Farquhar: Au Québec, le gouvernement a réduit de 13 p. 100 le budget des soins de santé en 7 ans, c'est-à-dire de 1994 à 2001. Cela étonnera peut-être la plupart des membres du comité, car à peu près personne n'est au courant. J'imagine que la même chose s'est passée dans les autres provinces. Par rapport au budget dont nous disposions il y a neuf ans, cela représente un déficit d'environ 130 millions de dollars, et peut-être plus. Dans les hôpitaux généraux, les services de santé mentale voient leur budget gruger de plus en plus. Au Québec, les hôpitaux généraux ont un déficit cumulatif de 700 millions de dollars et les gestionnaires succombent souvent à la tentation de puiser dans les sommes prévues pour la rémunération d'infirmières psychiatriques d'autres intervenants. Ils se justifient en déclarant

need fewer staff.” That is crazy, because all the research shows that you need about the same number of staff just to keep the patients out of hospital.

In the United States, they handle budgets differently. All states have a mental health commissioner, a top civil servant in charge of all mental health services and of the funding. Also, every state has a mental health budget that is discussed every year in the state legislature and published in the media, so everybody knows what it is year by year, which is very different from here, where you almost have to use an access-to-information process to find out.

I would like to recommend that the federal government promote these concepts by asking the provinces to make their mental health budgets public each year as a condition of the annual transfers for health services. Also, the federal government might go so far as to insist that provinces have a mental health commissioner in order to receive those billions of dollars.

Ottawa might set aside money for training, because manpower training is your jurisdiction. Mental health commissioners might spend a year getting a diploma and on-the-job training in the United States, initially, and later on, in provinces that are excellent in that domain.

I want to talk about the structure of mental health services and go over some headlines about what the United States has that we do not. The biggest thing is case management. We do have some case management, but there are many hospitals that do not, even in large cities, and it is a big problem. It means that the doctor has to be a case manager and handle every little thing, which creates the illusion that we need many psychiatrists, who are highly paid compared to case managers, about three or four times as much.

Among other American concepts that it would be important for Canada to adopt — to some extent, we already have — are Assertive Community Treatment, also called “ACT” or “PACT,” and intensive case management, which is sometimes called “PACT lite.” I know other speakers have talked about PACT today, or will. You can use Assertive Community Treatment to help mentally retarded people with mental illness, mentally ill persons with drug and alcohol problems, and homeless persons with severe mental illness.

Another concept is “Outpatient Commitment,” something that people perhaps do not like to talk about, but it has been the subject of some debate in Ontario in the last few years. How do you get people who are mentally ill to take their medication if they

que, comme la désinstitutionnalisation a réduit le nombre de lits en psychiatrie, les besoins en personnel psychiatrie ont également diminué. Cet argument est parfaitement absurde, car toutes les recherches ont montré qu’il faut à peu près autant d’employés pour suivre les patients qui ne sont plus hospitalisés.

Aux États-Unis, les budgets sont gérés autrement. Chaque État a un commissaire responsable du budget et de tous les services en santé mentale. De plus, chaque État a un budget pour la santé mentale qui est débattu chaque année dans l’assemblée législative de l’État. Les débats sont publiés dans les médias, si bien que tout le monde connaît le montant de ce budget chaque année. C’est tout à fait différent de la situation que nous connaissons ici, où il faut presque recourir à la Loi sur l’accès à l’information pour connaître le montant du budget.

J’estime que le gouvernement fédéral devrait promouvoir ces façons de faire en exigeant des provinces qu’elles rendent publics chaque année leurs budgets consacrés à la santé mentale pour pouvoir recevoir les transferts annuels pour les services de santé. Le gouvernement fédéral pourrait même exiger que les provinces se dotent d’un commissaire à la santé mentale pour pouvoir recevoir ces milliards de dollars.

Ottawa pourrait réserver de l’argent pour la formation, étant donné que la formation de la main-d’oeuvre relève du fédéral. Ainsi, le commissaire à la santé mentale pourrait étudier pendant un an pour obtenir son diplôme et suivre une formation en cours d’emploi d’abord aux États-Unis et, par la suite, dans les provinces qui font de l’excellent travail dans ce domaine.

J’aborderai la structure des services de santé mentale et aborderai dans les grandes lignes ce qui se fait aux États-Unis mais pas chez nous. Il s’agit, d’abord et avant tout, de la gestion des cas. Nous en faisons, mais beaucoup d’hôpitaux n’en font pas du tout, même dans les grandes villes. C’est un énorme problème, parce que le médecin doit alors s’occuper de tous les petits détails du cas, ce qui crée la fausse impression que nous avons besoin de beaucoup de psychiatres, dont les services coûtent très cher. En effet, la rémunération d’un psychiatre équivaut à trois ou quatre fois celle d’un gestionnaire de cas.

Nous savons que le Canada importe une autre formule américaine — et il l’a déjà fait dans une certaine mesure —, celle du suivi intensif dans la communauté, en anglais, «Assertive Community Treatment». Je sais que d’autres témoins ont déjà parlé ou parleront aujourd’hui de ce type de programme. La formule du suivi intensif dans la communauté peut aider différents types de personnes atteintes de maladie mentale: les personnes ayant une déficience intellectuelle, celles qui ont des problèmes d’alcoolisme et de toxicomanie et les sans-abri souffrant de maladie mentale grave.

Une autre formule, qu’on pourrait appeler l’internement des patients externes, est l’objet d’un débat en Ontario depuis quelques années, même si beaucoup de gens n’aiment pas en parler. Comment peut-on administrer des médicaments aux

do not want to? One way is by court order. The American experience indicates that you need Assertive Community Treatment teams to make these court orders work.

I am not talking about psychiatrists, but rather all the people who have to be on the teams with psychiatrists. The United States realizes that there are not enough nurses, just as in Canada, and it is unlikely that there will be enough for quite a few years. Therefore, they hire a lot of young people to work as case managers who have just a bachelor's degree in psychology or something like that, but no professional diploma. These people receive about 50 hours of courses on the nuts and bolts of mental illness, medications, alcohol and drug abuse, and so on, and have to pass written exams, so there is a quality assurance component in their training. That is something that we might adopt here.

There are some American concepts concerning better group homes — meaning more staff — that we might do well to adopt. I have submitted a paper I wrote eight years ago on that subject.

In closing, the federal government could assist mental health reform by doing these things, by creating a good Web site about these new, better practices and by financing the development of the 50-hour mental health course that I mentioned, through the use of educational videos or Web sites across Canada. This would provide quality assurance for the knowledge base of new mental health workers, with or without professional diplomas. This job is too big for just one province and I do not think it has been done in the U.S.

Ottawa could develop a model law for civil Outpatient Commitment, to be shared with provincial legislatures, which has been done in the U.S.

Finally, when Ottawa gives money to the provinces for homeless people, you might ask them to target homeless people who are mentally ill and, especially, to increase mental health support staff at the Salvation Army residences and the missions. We would achieve so much good for our money.

The Chairman: Thank you for your specific recommendations, and we will come back to those. Thank you also for the detailed list of references that you gave on best practices in mental health service delivery. The committee will be looking at those.

Our third speaker is Dr. Pierre Lalonde, the Director of the Clinic for Young Adults at Louis LaFontaine Hospital.

personnes atteintes de maladie mentale qui refusent de les prendre? Entre autres, en demandant une ordonnance judiciaire. L'expérience américaine révèle qu'il faut former des équipes de suivi intensif dans la communauté pour pouvoir exécuter de telles ordonnances.

Je ne parle pas des psychiatres, mais plutôt de tous les intervenants qui doivent faire partie de l'équipe dirigée par un psychiatre. Les autorités américaines savent qu'il n'y a pas assez d'infirmières, tout comme au Canada, et que l'on peut s'attendre à ce que la pénurie persiste pendant plusieurs années. C'est pourquoi elles recrutent des gestionnaires de cas parmi les jeunes qui viennent d'obtenir leur diplôme en psychologie ou dans un domaine analogue mais qui n'ont pas de diplôme de compétence professionnelle. On offre aux nouvelles recrues 50 heures de cours de base sur la maladie mentale, les médicaments, l'alcoolisme et les toxicomanies, et ainsi de suite. Après cette formation, elles doivent réussir aux examens écrits, ce qui garantit la qualité de leur formation. Voilà une formule que nous pourrions adopter.

Par ailleurs, nous ferions bien d'adopter également certaines améliorations apportées aux foyers de groupe aux États-Unis, notamment l'augmentation du personnel d'encadrement. Je vous ai remis un article que j'ai écrit sur ce sujet il y a huit ans.

Enfin, le gouvernement fédéral pourrait faciliter la réforme des services de santé mentale en adoptant ces méthodes, en concevant un bon site Internet présentant de l'information sur ces pratiques nouvelles et meilleures et en finançant l'élaboration du cours de 50 heures sur la santé mentale que j'ai mentionné, au moyen de vidéos éducatives ou de sites Internet partout au Canada. Cela permettrait d'assurer la qualité des connaissances des nouveaux intervenants en santé mentale, titulaires ou non d'un diplôme de compétence professionnelle. La tâche est trop considérable pour une province et je ne pense pas que cela ait été fait aux États-Unis.

Ottawa pourrait mettre au point une loi type permettant l'internement de patients externes, puis la communiquer aux assemblées législatives des provinces, comme on l'a fait aux États-Unis.

Enfin, quand le gouvernement donne l'argent aux provinces pour les sans-abri, il devrait leur demander de s'occuper tout particulièrement des sans-abri qui souffrent de maladies mentales, notamment en augmentant le nombre d'intervenants en santé mentale dans les centres d'accueil de l'Armée du Salut et les refuges pour itinérants. Notre argent ferait ainsi beaucoup plus de bien.

Le président: Merci pour vos recommandations très précises; nous y reviendrons. Je vous remercie également de nous avoir fourni une liste détaillée des références sur les meilleures pratiques dans la prestation des services de santé mentale. Le comité en prendra connaissance.

J'invite à présent notre troisième témoin, le Dr Pierre Lalonde, directeur de la clinique des jeunes adultes à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.

[Translation]

Doctor Pierre Lalonde, Director, Clinique Jeunes Adultes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine: Thank you for inviting me. We have handed out two documents. The first is called Boundaries of the 1st, 2nd and 3rd Lines of Mental Health Services, which I recently wrote with Dr. Alain Lesage; the second is not quite as recent and it deals with the role of psychiatrists in the rehabilitation of schizophrenics. I will comment on them briefly and refer to them.

I think that schizophrenia is a very complex area to be involved in. For a long time I thought that psychiatrists should deal with that area. I still believe that should be the case. We will never be able to meet the demand. If I take as our starting point schizophrenia, a severe mental illness, three lines of service need to be established, as Dr. Israël was saying, to work with these patients and to deal with many other problems.

The first topic I wanted to raise was, in fact, these Boundaries of the 1st, 2nd and 3rd Lines and how we can intervene at several levels. In your document you have, among other things, a chart that shows — and I think this is a first in the literature — the various factors in the 1st, 2nd and 3rd lines of intervention.

Problems dealing with daily life can be dealt with in the 1st and 2nd lines; the 3rd line is used only when it becomes quite complex or when research is required. The third line is truly focused on research, and the other lines contribute to the 3rd line.

The level of service also changes: the higher the specialty, the broader the area. Interveners on the 1st line are general practitioners. One of the problems in Montreal is the number of general practitioners who want to do psychiatry. In some areas of Quebec, there are fewer psychiatrists and more general practitioners. A balance is necessary and psychiatrists are learning to be consultants.

The areas of care vary, and within a community, one is dealing with the 1st line. You can see different examples of care in the chart. At the 3rd line you have research, and the development of new techniques which eventually are transmitted to the 1st lines.

A few years ago, at the Clinique Jeunes Adultes, we worked extensively on a care model: social skills training that would enable schizophrenics to take the bus, to manage their budgets, and to withdraw money from the bank. It may come as a surprise to you, but these patients do not know how to do these things.

We developed training programs for these skills. These programs have been used throughout Quebec. Psychiatrists are not necessarily required to eliminate these problems, but psychiatric teams have to be established in order to develop these programs.

I would like to mention a research project at Louis-H. that we are working on with my colleague, Emmanuel Stip, that deals with types of accommodation. We are calling it the smart apartment. I will explain it to you in a few words.

[Français]

Le docteur Pierre Lalonde, directeur de la Clinique jeunes adultes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine: Merci de l'invitation. On vous distribue deux textes: le premier porte sur les Contours des 1^{re}, 2^e et 3^e lignes que j'ai fait récemment avec le docteur Alain Lesage; le deuxième est un peu plus ancien et il porte sur «Le rôle du psychiatre dans la réadaptation de la schizophrénie.» Je voudrais les commenter brièvement en y référant.

En fait, je pense que la schizophrénie est un domaine très complexe d'intervention. J'ai longtemps pensé qu'il revenait aux psychiatres de s'en occuper. Je pense que c'est toujours exact. On ne pourra jamais satisfaire à la demande. Si je pars de cette maladie mentale sévère, la schizophrénie, il faut établir trois lignes de soins, comme en parlait le Dr Israël, pour intervenir avec ces patients et faire face à bien d'autres problèmes.

Un des premiers aspects que je voulais mentionner est justement ces Contours des 1^{re}, 2^e et 3^e lignes et comment faire pour qu'il y ait plusieurs intervenants à plusieurs niveaux. Vous avez, entre autres, un tableau qui mentionne — je pense que c'est un peu une première dans la littérature — différents éléments d'intervention en 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Pour les types de problèmes de la vie courante, ils pourraient être abordés en 1^{re} et 2^e lignes; on en arrive à la 3^e ligne que lorsque cela devient très complexe ou pour l'aspect de recherche. La 3^e ligne est vraiment orientée vers la recherche, les autres lignes permettant surtout d'y contribuer.

Le niveau de desserte change aussi: plus on devient spécialisé, plus le territoire est vaste. Les intervenants dans les 1^{res} lignes sont les omnipraticiens. Un des problèmes à Montréal est le nombre d'omnipraticiens qui voudraient faire de la psychiatrie. Dans certaines régions du Québec, il y a moins de psychiatres et plus d'omnipraticiens. Une balance est nécessaire et les psychiatres apprennent à être consultants.

Les lieux de soins varient, dans la communauté, évidemment, nous sommes en 1^{re} ligne. Les exemples de soins varient également dans ce tableau. Vous avez à la 3^e ligne l'aspect recherche, le développement de techniques nouvelles qui doivent être ensuite transmis vers les 1^{res} lignes.

Il y a quelques années, à la Clinique Jeunes Adultes, on a beaucoup développé un modèle de soins: l'entraînement d'habiletés sociales qui consiste pour un schizophrène à être capable de prendre l'autobus, de gérer son budget et d'aller à la banque retirer des fonds. C'est surprenant mais ces patients ne savent pas comment le faire.

On a développé des programmes d'entraînement de ces aspects. Ces programmes sont repris un peu partout au Québec. Ils ne demandent pas forcément des psychiatres pour éliminer ces problèmes, mais il faut créer des équipes psychiatriques qui les développent au départ.

Je voudrais vous mentionner brièvement un projet de recherche qu'on a à Louis-H., avec mon collègue Emmanuel Stip, sur les types d'hébergement. On l'appelle l'appartement intelligent. Je vous explique en deux phrases.

For people with physical impairments, customized apartments have been developed, that include, for example, sloped sidewalks and wider doorframes so that they can enter. When people suffering from psychiatric problems leave the hospital, they are often told to go to a particular place and to adapt. The fact that these people have severe cognitive problems that prevent them from taking responsibility for their own care, because of the symptoms, is not taken into account.

A smart apartment takes into account the cognitive deficits of these people and finds remedies to them. For example, the stove may turn off automatically after two minutes, thus avoiding the risk of a fire.

Emmanuel Stip applied for a grant from the CFI, the Canada Foundation for Innovation, to work on this project. This is the first time in the world that accommodations specifically designed for these patients are being looked at.

Teaching also falls under the 3rd line, and this involves providing information. The 2nd line can also be used for teaching. One thing that has to be learned is how to share.

I think that the 1st line can teach us something about how to intervene and information can be shared in this way.

Research, as I already pointed out, is a necessary part of the 3rd line, that the other lines can also participate in.

I would also like to briefly speak about the document about the role of psychiatrists in the rehabilitation of schizophrenics. This is, in fact, a very complex illness. The psychiatrist or the psychiatric team has to intervene in several ways, including assessment.

The symptoms are very hard to assess, not only the positive symptoms, such as hallucinations and delirium, but also the negative symptoms, such as apathy, and lack of conversation.

At times these people appear to be lazy, when they are actually experiencing "hypofrontality" symptoms, because their frontal lobes are not functioning adequately. There is this whole area of evaluating needs, how to function on a daily basis, how to adapt solutions and these must be identified by psychiatric teams who are familiar with the brains of these types of patients, rather than simply relying on good will.

Dr. Farquhar spoke of this; there are many people full of good will who would like to take responsibility for this, but there is a certain amount of information that must be acquired before one can intervene in the cases of complex illnesses.

Mr. Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living, Hôpital Louis-H. Lafontaine: I will try to summarize 30 years of experience in rehabilitation in five minutes. I will talk about it quite briefly by giving you an overview of some issues.

Pour les malades physiques, on a développé des appartements adaptés, c'est-à-dire des trottoirs inclinés, des portes un peu plus larges pour qu'ils puissent entrer. Très souvent pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, à leur sortie de l'hôpital, on leur dit: on vous place à tel endroit et adaptez-vous. On ne tient pas compte que ces gens ont des problèmes cognitifs sévères qui font qu'ils ne sont pas capables de suivre leurs soins, à cause de ces symptômes.

L'appartement intelligent consisterait à évaluer les déficits cognitifs de ces gens et à pouvoir trouver des palliatifs. Par exemple, le poêle s'éteint tout seul au bout de deux minutes plutôt que de risquer de provoquer un incendie.

Donc Emmanuel Stip a fait une demande de subvention au FCI, Fonds canadien en innovation, sur cet aspect. C'est une première mondiale de pouvoir évaluer des types d'hébergements spécifiques pour ces patients.

L'enseignement relève beaucoup de la 3^e ligne, donc toute cette diffusion d'informations. Mais la 2^e ligne pourrait aussi promouvoir l'enseignement. Il y a un aspect qu'il faut apprendre à faire, c'est le partage.

Je pense que la 1^{re} ligne a des choses à nous enseigner dans ses méthodes d'intervention et que nous pouvons les partager de cette façon.

La recherche, je l'ai déjà dit, est surtout une nécessité pour la 3^e ligne, à laquelle les autres lignes peuvent participer.

Je touche très brièvement l'autre texte que je voulais vous mentionner «Le rôle du psychiatre dans la réadaptation de la schizophrénie.» C'est effectivement une maladie très complexe. Le psychiatre ou les équipes psychiatriques doivent intervenir sur plusieurs aspects dont celui de l'évaluation.

Ce sont quand même des symptomatologies difficiles à évaluer, non seulement pour les symptômes positifs, hallucinations et délire, mais aussi pour les symptômes négatifs, l'apathie, le manque de conversation.

Parfois on peut dire que les gens sont paresseux, alors que ce sont des symptômes «d'hypofrontalité», leurs lobes frontaux ne fonctionnent pas suffisamment. Il y a tout cet aspect d'évaluation des besoins, fonctionnement dans la vie quotidienne et les réponses qui doivent être adaptées et qui doivent être spécifiées par des équipes psychiatriques qui connaissent le fonctionnement du cerveau de ces patients, pour ne pas qu'on se base juste sur la bonne volonté.

Le Dr Farquhar en parlait; il y a des gens qui sont pleins de bonne volonté et qui veulent prendre en charge le dossier, mais il y a un niveau d'information qu'il est nécessaire d'acquérir quand on veut intervenir dans des maladies complexes.

M. Jean-Jacques Leclerc, directeur des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine: Je vais vous traduire en cinq minutes à peu près trente ans d'expérience en réadaptation. Je vais effleurer très brièvement le sujet en faisant un survol de quelques points.

The mandate of short-term or psychiatric hospitals is to treat people suffering from a mental illness in order to stabilize them and then reintegrate them to the greatest extent possible in their environments or in transitional accommodations, with the support that they need.

Research shows that one out of five people will suffer from a mental illness over their lifetime. Seven to eight per cent will use various services and currently 12 per cent do not get the help that they have a right to; 2.4 per cent will experience a serious mental illness.

And yet, in 2003, people are afraid of these illnesses and a good part of the population is very reluctant to have people with these mental illnesses in their area. For example, last fall, in 2002, when an accommodation facility for 17 people was opened in the usual fashion in a Montreal neighbourhood, more than 1,100 petitioners expressed their disagreement.

The grounds these people used were aggressiveness toward children, and toward seniors. They said that they would need the police near the schools because the children would be passing by the facility. They claimed that these were people who assaulted seniors, who had problems with addiction and alcoholism and would insult passersby.

Last, a very important point for that community was that the buildings around the centre would go down in value.

This is unacceptable in the year 2003. Educating the public, our municipal, provincial, and federal representatives, will be a major challenge.

I hope that educating young people, in schools, about mental illnesses and their effects will lead to a decrease in prejudices towards mental illness.

This afternoon I would suggest five points to reflect on, regarding the integration of people with mental illnesses: housing, accommodation resources, work, research, and families and relatives.

The lack of housing in big cities makes seniors, couples with children, people on social assistance, and especially people suffering from mental illnesses an easy target for denying access to housing.

Because there is a lack of investment on the part of the private sector in affordable housing, and because of its low profitability, these people tend to end up in mediocre, and at times unsavoury housing. The development of social housing needs to be supported. This housing has to be accessible to people suffering from mental illnesses and support has to be provided by people living in the community, for those who have been integrated into social housing.

Le mandat confié aux centres hospitaliers de courte durée ou à vocation psychiatrique est de traiter des personnes souffrant de maladie mentale, en vue de les stabiliser et par la suite, de les réintégrer le plus possible dans leur milieu naturel ou dans une ressource d'hébergement transitoire, en leur offrant l'appui dont elles ont besoin.

La recherche démontre qu'une personne sur cinq souffrira dans sa vie de maladie mentale. Sept à huit pour cent consulteront différents services et près de 12 p. 100 présentement ne vont pas chercher l'aide qu'ils sont en droit de recevoir; et 2,4 p. 100 souffriront de maladie mentale grave.

Et pourtant, en 2003, ces maladies font peur et un bon nombre de la population est très réfractaire à la présence de personnes atteintes de maladie mentale dans leur environnement. Et à titre d'exemple, l'automne dernier, en 2002, lors de l'ouverture d'un centre d'hébergement qui se faisait tout à fait normalement dans un quartier de Montréal, pour 17 personnes, plus de 1 100 pétitionnaires nous signifiaient leur mécontentement.

Les différents motifs invoqués par ces personnes sont l'agressivité envers les enfants, envers les personnes âgées. Elles requièrent la police près de l'école parce que les enfants vont passer devant le centre d'hébergement. Elles prétendent que ce sont des personnes qui agressent les personnes âgées, qui ont des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et qui vont injurier les passants.

En dernier lieu, un élément fort important pour la communauté est le suivant: les bâtiments qui environnent ces centres perdent de la valeur.

C'est inacceptable en 2003. Et pourtant la sensibilisation de la population, de nos élus municipaux, provinciaux et fédéraux sera un défi de taille pour intervenir.

L'enseignement aussi auprès des jeunes, dans les écoles, sur les maladies mentales et ses effets, je l'espère, entraînera une diminution des préjugés par rapport à la maladie mentale.

Je vous propose cet après-midi cinq thèmes de réflexion, concernant l'intégration des personnes souffrant de maladie mentale: le logement, les ressources d'hébergement, le travail, la recherche et les familles et ses proches.

La rareté du logement dans les grands centres urbains, autant pour les personnes âgées, pour les couples avec enfants, pour les personnes bénéficiant d'aide sociale et surtout pour les personnes souffrant de maladie mentale en fait une cible de choix pour leur refuser l'accès à du logement.

Le peu d'investissement dans la construction par l'entreprise privée et la faible rentabilité favorise l'accessibilité à des logements de qualité médiocre, pour ne pas dire douteuse pour ces personnes. Il serait souhaitable de favoriser, entre autres, le développement de logements sociaux. Leur accessibilité aux personnes souffrant de maladie mentale, à mon avis, est requise ainsi que le soutien par des personnes oeuvrant dans le milieu communautaire, auprès des gens intégrés dans ces logements sociaux.

We need financial incentives so that private companies build affordable housing, we need more partnerships with municipalities who are responsible for social housing, we need cooperative housing and financial support for the purchase of bungalows for two or three people suffering from mental illness, who can be the owners. This will require a change in social assistance programs.

There is a lack of housing, of accessible apartments, but there are bungalows. However, these people do not have access to programs that allow them to become owners.

It is absolutely necessary that anyone suffering from a mental illness who cannot be reintegrated into housing have access to good accommodations that is adapted to various needs, and that is being supported by the private sector and public and not-for-profit organizations.

This type of cooperation is essential and it must be done in a spirit of partnership and in the interest of the mentally ill. These three networks must provide all people with access to services that meet their needs to the greatest extent possible, that provide a physical environment and customized support adapted to their needs.

These needs are different. There has been a tendency to provide standard accommodation and to have people adapt to that accommodation, and this is inappropriate. We need buildings for people in groups, families, or on their own, but we also need buildings that are adapted to different categories of people, such as young psychiatric patients like children and teenagers. The type of accommodation required for young adults, adults and seniors suffering from mental illnesses are all different.

We are also dealing with different categories of problems: psychiatry/intellectual disability, psychiatry/addictions, psychiatry/behavioural disorders and psychiatry/legal issues. All of these categories require different programs.

Investing in human resources, in support, in quality control as well as in buildings, is imperative.

For many people, work is an important factor in their social worth. Very little is being done for those who have a job and who are experiencing problems due to their mental illness and who need, among other things, long-term sick leave.

We need to invest in employers, unions and insurance companies so that a joint effort can be made to help support these people and help them keep their jobs so that they are not laid off, as often happens, and so they do not end up in various government or social programs.

Nous avons besoin d'un incitatif financier auprès d'entreprises privées pour construire des logements à prix abordable, d'un développement accru de partenariat avec le milieu municipal qui est responsable de l'accès au logement social, de création de coopératives de logements avec appui financier pour l'achat de bungalows occupés par deux ou trois personnes souffrant de maladie mentale, à titre de propriétaires. Ceci nécessitera un ajustement des programmes d'aide sociale.

On a une pénurie de logements, de blocs-appartements accessibles, mais des bungalows, il y en a. Par contre, les gens ont peu accès aux programmes pour devenir propriétaires.

Il est impératif que toute personne souffrant de maladie mentale ne pouvant réintégrer un logement puisse avoir accès à un réseau d'hébergement de qualité, adapté aux différentes problématiques, avec la contribution des structures privées, organismes sans but lucratif et publics.

Cette concertation est essentielle et elle doit se faire dans un esprit de partenariat et dans l'intérêt de nos malades. Ces trois réseaux doivent permettre à toute personne d'avoir accès aux services qui correspondent le plus à ses besoins, offrant un aménagement physique et un appui individualisé en fonction de leurs particularités.

Il existe différentes particularités, justement. On a eu tendance à ouvrir le réseau d'hébergement de façon standard et à demander à l'ensemble de la population de s'adapter à ces ressources d'hébergement, ce qui est tout à fait inapproprié. Il est recommandé d'avoir des structures pour certaines personnes, qu'elles soient de groupe, familiales ou individuelles, mais aussi adaptées aux différentes catégories de personnes, aux jeunes enfants du côté de la pédopsychiatrie et aux adolescents. Le type de structures d'hébergement est tout à fait différent pour les jeunes adultes, les adultes ou les personnes âgées souffrant de maladie mentale.

Mais on vit aussi un contexte où on travaille avec la double problématique: psychiatrie/déficience intellectuelle, psychiatrie/toxicomanies, psychiatrie/troubles de comportement et psychiatrie/justice. Chacun de ces types de ressources requiert une programmation adaptée.

L'investissement dans les ressources humaines, dans l'appui et dans le contrôle de la qualité des services ainsi que dans les structures de bâtiments est plus que requis.

Pour bien des gens, le travail est un élément important de valorisation sociale. Peu d'interventions sont faites auprès de ceux qui ont un emploi et qui vivent des difficultés importantes du côté de la maladie mentale qui nécessite, entre autres, des congés de maladie à long terme.

Il serait requis d'investir auprès des employeurs, des syndicats et des compagnies d'assurance, afin qu'un effort conjoint soit mis en place pour aider, soutenir les personnes dans le maintien de leur emploi afin d'éviter un licenciement, comme il se produit très souvent, et qui a comme conséquence de les maintenir par la suite dans différents types de programmes gouvernementaux ou sociaux.

This costs millions of dollars in lack of productivity, in the impact on relatives and on the health system. Supporting these people in their workplace is an excellent investment in the future.

Without work, many people are living under the poverty line and they cannot obtain decent housing, decent clothing, enough food, or entertainment or education.

Some make up for this through theft or prostitution — that is the reality today — or in some cases they take a more positive approach, such as mutual assistance or partnerships. We need to support and develop programs that encourage these people to take responsibility for themselves, to help them become independent; we need to stop keeping them under the State's control.

It is important to encourage people to return to work, while being aware of the pressure these people will face when they are required to work at a fast pace and to be productive. It is also important to ensure that mental health does not become grounds for not hiring someone; however, this is what happens.

We need to look to the future. We need to focus on investing in research and in various types of medical, pharmaceutical, epidemiological, and social action.

Greater sharing of our findings, whether they be Canadian or international, will increase our chances of helping many Canadians. Each of us is responsible.

Furthermore, we must offer support to families who are dealing with people suffering from mental illnesses on a daily basis. Often, people who are alone or older end up giving up and abandoning people who are ill over time.

We need to provide access to respite services and special caregivers to help provide a better balance for these families.

My conclusion is this: Myth or reality? I believe in the potential of every human being who, with greater access to rehabilitation, may one day have a better quality of life.

[English]

The Chairman: Just to finish your story, what happened when 11,000 people demonstrated against the apartment; did you open the apartment or not?

[Translation]

Mr. Leclerc: Yes, we have in fact opened the accommodation facility. It took a sustained effort with the police, with community organizations, at the political level and with the City of Montreal, and with many community organizations, and the facility is opened. It is working at full capacity. Yes, it is working very well.

Pourtant, il en coûte des millions de dollars en non-productivité, en impact sur les proches et dans le réseau du système de santé. Le support dans le milieu de travail sera pour le futur un excellent investissement.

Toutefois en l'absence de travail, plusieurs personnes se retrouvent sous le seuil de la pauvreté et elles ne peuvent s'octroyer un logement décent, se vêtir adéquatement, manger à leur faim, se divertir et s'instruire.

Certains vont compenser par le vol ou par la prostitution — c'est la réalité d'aujourd'hui — ou dans certains cas, par une approche plus positive, une approche d'entraide, de partenariat. Il faut soutenir ou développer des programmes favorisant la reprise du pouvoir de ces personnes, pour faciliter leur autonomie et cesser de les maintenir sous le contrôle de l'État.

Il est important de favoriser le retour au travail, tout en étant conscient de la pression que ces personnes auront à rencontrer pour faire face au rythme effréné et à la rentabilité réclamée. Nous devons également nous assurer que le fait d'avoir eu des problèmes de santé mentale ne soit pas un motif d'exclusion à l'embauche; pourtant, c'est la réalité.

Désormais, il faut regarder vers l'avenir. Nous devons mettre l'emphase dans l'investissement de la recherche et dans les différents actes médicaux, pharmaceutiques, épidémiologiques, sociaux, et cetera.

Un plus grand partage de nos découvertes, tant canadiennes qu'internationales, augmentera nos chances d'améliorer le sort de nombreux Canadiens. Chacun de nous est imputable.

De plus, il faudra offrir un soutien aux familles qui vivent au quotidien avec des personnes souffrant de maladie mentale. Souvent les personnes qui sont seules ou vieillissantes, avec le temps, abdiquent et abandonnent les personnes qui sont malades.

Nous devons faire en sorte de donner accès à des services de répit et de gardiennage spécialisé pour favoriser un meilleur équilibre auprès des familles.

Et je conclus: Mythe ou réalité? Je crois au potentiel de chaque être humain, qui, avec une plus grande ouverture à la réadaptation et à la réhabilitation, pourra un jour avoir droit à une meilleure qualité de vie.

[Traduction]

Le président: J'aimerais connaître la fin de l'histoire. Qu'est-il arrivé après que ces 11 000 personnes eurent manifesté contre cette utilisation de l'appartement? Avez-vous ouvert l'appartement?

[Français]

M. Leclerc: Oui, on a effectivement ouvert la ressource d'hébergement. Cela a pris un effort concerté auprès de la police, auprès des organismes communautaires, auprès du palier politique et auprès de la Ville de Montréal et auprès d'un ensemble d'organismes communautaires, la ressource est ouverte. Elle fonctionne à pleine capacité. Oui, elle fonctionne très bien.

Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Université de Montréal: I am involved in two main areas in my professional life. One area that requires more time than the other, is my work in legal psychiatry at the Institut Pinel, but that is not the area I want to talk to you about today. I understand that many of you will be visiting Pinel tomorrow. You will learn about all the wonderful things that are happening in that hospital.

I am going to speak about the second area of my work. I am the director of the training program for psychiatry residents. Psychiatry residents are doctors who are doing five years of training to become psychiatrists.

You may already know that there are 16 faculties of medicine in Canada, and therefore 16 people who, like myself, are in charge of training psychiatry residents. The biggest faculty of medicine, and in fact the biggest psychiatric residence program, is in Toronto. They train 100 residents at a time.

We have about 60 residents in psychiatry at the Université de Montréal; we therefore come second on the list of those 16 universities. We are followed closely by UBC.

There are four faculties of medicine in Quebec, five in Ontario, and there are few others throughout Canada, including two in Alberta.

That gives you an idea of what I am working with. I coordinate the training activities for these residents. I must ensure that all the requirements set out by institutions responsible for resident training in Canada are met. These institutions are the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the Collège des médecins du Québec.

In the course of my work I have had the opportunity of meeting many professors who are very involved in resident training. I have also had the opportunity of speaking with colleagues and I have realized that resident training problems are similar throughout Canada.

There is an organization for directors of programs in Canada, called COPE. We meet twice a year. I am the outgoing chairperson and we have had formal and informal discussions on the future of psychiatric education in Canada. We have realized that we all face the same hurdles.

Since I am generally optimistic, I would like to talk to you about positive things. I will then talk about the more difficult obstacles and will suggest some solutions.

Since my own training as a psychiatry resident, from 1981 to 1985, there have been various, new health care delivery models. In the past, a psychiatrist worked in a hospital — to simplify matters — or alone in his private practice.

La docteure Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, l'Université de Montréal: Je fais deux choses principales dans ma vie professionnelle. Une chose qui prend plus de temps que l'autre, c'est d'être psychiatre en psychiatrie légale à l'Institut Pinel, mais ce n'est pas de cet aspect dont je vais vous parler aujourd'hui. J'ai compris que certains d'entre vous vont visiter Pinel demain. Vous allez vous faire dire toutes les merveilleuses choses qu'on fait dans cet hôpital.

Je vais vous parler plutôt de la deuxième partie de mon travail. Je suis la directrice du programme de formation pour les résidents en psychiatrie. Les résidents en psychiatrie, ce sont des médecins qui, pendant cinq ans, font leur formation et qui, à la fin vont devenir des psychiatres.

Vous savez peut-être déjà qu'il y a seize facultés de médecine au Canada, donc seize individus qui, comme moi, dirigent des programmes de formation des résidents en psychiatrie. La plus grosse faculté de médecine et puis en fait, le plus gros programme de résidence en psychiatrie est à Toronto. Ils ont plus de cent résidents à former en même temps.

À l'Université de Montréal, en psychiatrie, nous en avons une soixantaine; on se place donc deuxième sur la liste des seize universités. Et puis nous sommes suivis de près par l'UBC.

Il y a quatre facultés de médecine au Québec, il y en a cinq en Ontario, puis il y en a quelques autres un peu partout à travers le Canada, dont deux en Alberta.

Cela vous situe un petit peu sur ce que j'ai à faire. Je coordonne les activités de formation des résidents. Je dois m'assurer que toutes les exigences qui sont données par les institutions qui encadrent la formation des résidents au Canada soient respectées. Nous parlons du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins au Québec.

Dans ce travail, j'ai la chance de côtoyer plusieurs professeurs qui sont très impliqués dans la formation des résidents. Et j'ai aussi l'occasion de discuter avec des collègues pour me rendre compte que nos problèmes de formation des résidents sont à peu près les mêmes partout au Canada.

Il y a un organisme qui regroupe tous les directeurs de programmes au Canada, qui s'appelle COPE. Nous nous rencontrons deux fois par année. J'en suis la présidente sortante et on a des discussions formelles et informelles sur l'avenir de l'enseignement de la psychiatrie au Canada. On se rend compte que les mêmes obstacles sont présents sur notre route.

Comme je suis une personne généralement optimiste, je vais vous parler des choses positives. Je continuerai avec les choses plus difficiles à contourner et je vous proposerai quelques solutions.

Depuis ma propre formation comme résidente en psychiatrie, de 1981 à 1985, on a vu apparaître des modèles différents et nouveaux de prestations de soins. Avant, le modèle voulait qu'un psychiatre travaille à l'hôpital — pour simplifier les choses — ou en bureau privé, de façon individuelle.

Things have obviously changed a great deal. Very few newcomers want to work independently. Every year, I meet with the graduate residents on a regular basis and for the past three or four years, I have seen maybe one who wants to pursue a career entirely in private practice.

The field has also become much more sophisticated. I often tell my residents that I am happy to have passed my exams when I did because I am not sure that I could pass them now.

There have been many developments thanks to evidence-based medicine. Huge improvements have also been made on the research side in terms of program assessment. Dr. Lesage no doubt spoke to you at length about that when you met him.

Several psychotherapy approaches have proven to be very effective. We have better treatments for our patients, the shift to ambulatory care, indeed all sorts of things you have no doubt been hearing about over the past few weeks.

An interesting phenomenon is emerging, namely that there is increasing consistency between the various psychiatry training programs in Canada, which, of course, are all overseen by the Royal College. In the past, there was much more discrepancy in approaches and focus.

It is interesting to note that the various facets of the system are now much more intertwined. On the one hand, you have the two colleges, the Collège des médecins du Québec and the Royal College. The Royal College has a body called the Specialists Committee that deals with resident training. Those people used to operate in an ivory tower, but now we have easier access to them. They work with the Canadian Psychiatric Association as well as with COPE to determine which areas to focus on for the future in psychiatry, including over specialization.

Those are the positive things. There are also negative things, obstacles to overcome. The future is bright because there is an increasing number of medical students in every medical faculty in Canada.

I do not know whether you remember, but a few years ago, the number had dropped significantly. It is now gradually increasing and the University of Montreal will reach its peak as of this year, 2003.

In the past, the medical classes had between 200 and 205 students. They dropped to approximately 120 students and now they will increase to over 220 students. That means more staff will be required to give these students their practical training.

C'est sûr que maintenant les choses ont beaucoup changé. Les gens qui se destinent à une carrière solo sont vraiment la minorité. Je rencontre régulièrement, à chaque année, tous les résidents finissants et depuis trois ou quatre années, il y en a peut-être un qui s'est destiné à un travail en bureau privé à 100 p. 100.

Il y a aussi une augmentation très importante des connaissances. Je dis souvent à mes résidents que je suis bien contente d'avoir passé les examens à l'époque où je les ai passés, parce que je ne suis pas sûre que j'aurais réussi à les passer maintenant.

Il y a tous les progrès de la médecine basée sur les données probantes, ce que les anglophones appellent: « evidence based medicine ». Il y a aussi toutes sortes d'avancées dans le domaine de la recherche, du côté de l'évaluation de programmes. Je pense que le docteur Lesage a dû vous en parler largement quand vous l'avez rencontré.

Plusieurs approches de psychothérapies, dont plusieurs ont documenté leur efficacité, sont très bien. Nous avons des meilleurs traitements pour nos patients, le virage ambulatoire, enfin toutes sortes de choses dont vous avez déjà entendu parler, je suis sûre, dans les dernières semaines.

Et ce qui est intéressant et qui est en train d'émerger, c'est qu'on voit de plus en plus d'harmonie entre les différents programmes de formation en psychiatrie au Canada, qui sont tous encadrés, bien sûr, par le Collège Royal. Avant c'était vraiment beaucoup plus diversifiées comme approche et orientation que cela ne l'est maintenant.

Ce qui est intéressant est qu'il y a des liens plus étroits entre les différentes composantes du système. D'une part, vous avez donc les deux collèges, le Collège des médecins et le Collège Royal. Le Collège Royal a une instance qui s'appelle le Comité de spécialités qui s'occupe de la formation des résidents. Ces gens habituellement fonctionnaient dans une tour d'ivoire, alors que maintenant, on a accès plus facilement à eux. Ils collaborent avec l'Association canadienne de psychiatrie et aussi COPE, pour réfléchir à l'orientation à préconiser par rapport à l'avenir de la psychiatrie, entre autres la sur-spécialisation.

Ce sont les choses positives. Il y a aussi des choses négatives, des obstacles sur notre voie. Ce qui est très bien pour l'avenir est qu'il y a un nombre croissant d'étudiants en médecine, dans toutes les facultés de médecine au Canada.

Je ne sais pas si vous vous rappelez, il y a quelques années, le nombre avait diminué d'une façon significative. Il est en train de monter d'une façon progressive, pour atteindre, à l'Université de Montréal, leur maximum à compter de cette année, en 2003.

Les classes de médecine à l'époque comptaient de 200 à 205 élèves. Elles ont diminué à environ 120 élèves et maintenant elles vont augmenter à plus de 220 élèves. Ce qui veut dire que pour accueillir ces gens dans des stages, cela nous prend beaucoup plus de monde.

Unfortunately, the professors are getting older and running out of steam. Their caseloads — there is a shortage of doctors right now — is such that we have overworked professors who have less and less time to train the residents. Training is becoming increasingly complicated.

Everyone knows that many professors teach on a volunteer basis. They hardly get any money — in fact they lose money — because the time they could spend at the clinic would be much more lucrative and effective than the time they spend explaining things to all sorts of medical students and residents in psychiatry.

There are also problems because of the reduced emphasis put on psychiatry in the medical courses. We had to fight very hard over the past few weeks because a task force had decided to reduce the training in psychiatry from eight weeks to six weeks for the entire duration of medical studies.

We finally won our battle and the number was brought back to eight weeks. Psychiatry is not the only field affected; gynaecology has also had its problems. They also won their battle and the students now get eight weeks of training in that as well.

There is not enough focus put on psychiatry in the family medicine program. The people handle the training but also the training of general practitioners. In our view, there is not enough focus put on mental health and yet in the offices of family doctors, there are huge numbers of patients who suffer from severe or less severe mental illnesses.

We have heard our American colleagues say they are having a great deal of trouble recruiting students for the psychiatry training programs. The programs are not full, there are vacant positions. That is generally not the case in Canada. Usually when those things happen in the United States, 10 years later the same thing happens in Canada.

There are also problems recruiting professors. When students finish, they prefer to work in a field where they will earn more money rather than become professors. Recruitment is difficult because of all sorts of administrative and political obstacles.

There are fewer and fewer models for psychiatrists who want to practice general psychiatry. Over the past few years, the trend has been to recruit overspecialized people as professors. Those practicing basic general psychiatry are essential for proper training in psychiatry and they are becoming increasingly unavailable. That is a major problem.

What are the solutions? In our view, there are two. The first is to continue to work on improving the content of the training so that it meets our needs today and in the future. We can go into more detail later on, if you wish. The second dimension would be to ensure that there is time, money and recruitment of professors

Malheureusement, la population des professeurs vieillit et s'essouffle. Les charges cliniques — on est dans un système où il y a une pénurie — font que l'on se retrouve avec des professeurs surchargés et qui ont de moins en moins de temps pour donner la formation aux résidents. Il devient de plus en plus compliqué de faire la formation.

On sait que les professeurs font bien souvent leurs activités d'enseignement dans un contexte bénévole. Ils ne reçoivent presque pas d'argent — ils en perdent — vu le temps qu'ils pourraient occuper en clinique qui serait beaucoup plus fonctionnel et efficace que celui où ils ont des explications à donner à toutes sortes d'étudiants en médecine et de résidents en psychiatrie.

Il y a aussi des difficultés par rapport à une visibilité de moins en moins grande de la psychiatrie, dans les cours de médecine. Il a fallu qu'on se batte très fort depuis les dernières semaines, parce qu'il y avait un groupe de travail qui avait examiné la refonte des stages des étudiants en médecine, pour passer de huit semaines de stage en psychiatrie, dans tout le cours de médecine, à six semaines de stage.

On a fini par gagner nos épaulettes et on est remonté à huit. Il faut dire que la psychiatrie n'est pas la seule visée, il y a la gynécologie qui a eu des difficultés. On a réussi à gagner et à faire remonter les choses comme avant, soit à huit semaines.

Nous n'avons pas une visibilité aussi grande qu'elle devrait l'être dans le programme de médecine familiale. Les gens s'occupent de la formation mais de la formation des médecins généralistes. Il n'y a pas beaucoup d'accent, pas suffisamment selon nous, qui est mis sur la santé mentale, alors que dans les bureaux des médecins de famille, il y a énormément de patients qui souffrent de maladie mentale sévère ou moins sévère.

On entend parler chez nos collègues des États-Unis des difficultés très importantes de recrutement dans les programmes de formation en psychiatrie. Des programmes ne sont pas remplis, des postes sont vacants. Ce n'est pas le cas en général au Canada. Habituellement, quand ces événements se passent aux États-Unis, dix ans plus tard, nous retrouvons la même chose au Canada.

Il y a aussi des difficultés de recrutement des professeurs. Les étudiants, quand ils finissent, aiment mieux travailler dans un endroit où ils vont faire plus de sous, que de devenir des professeurs. Le recrutement est difficile, à cause de toutes sortes d'embûches administratives et politiques.

Il y a de moins en moins de modèles pour les psychiatres qui vont faire de la psychiatrie générale. On a eu tendance ces dernières années à recruter comme professeurs des gens qui étaient des sur-spécialistes. Les gens qui font de la psychiatrie générale de base sont essentiels pour le fondement de la formation en psychiatrie sont de moins en moins disponibles. C'est un problème majeur.

Quelles sont les solutions? En fait, on en voit deux. La première est de continuer à travailler pour améliorer le contenu de la formation afin qu'elle corresponde aux besoins d'aujourd'hui et de demain, par rapport à ce que sera le travail de psychiatre. On pourra en parler plus en détails tout à l'heure, si vous voulez. La

to reach all our lofty goals for the future of psychiatry and to ensure that service delivery is improved. We need qualified people for that and they must be available to work with the recruits.

[English]

The Chairman: Our final speaker is Dr. Jean Wilkins, Professor of Pediatrics in the Department of Pediatrics at the Université de Montréal.

[Translation]

Dr. Jean Wilkins, Full Professor and Pediatrician, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, University of Montreal: As you said, I am a trained pediatrician and I have a specialization that is not recognized in adolescent medicine. This afternoon I would like to talk about adolescent medicine from a pediatric perspective.

Adolescent medicine is a relatively new medical concept that originated mainly in the United States. It exists in Canada, but it is not very entrenched in the well-structured programs of hospitals and universities in Canada's various provinces.

Our program at the Université de Montréal has been in existence since 1974. The issue of providing health care to teenagers has changed a great deal in the past 30 years. That has forced all of the stakeholders to be much more flexible if they want to have an impact on our dealings with adolescents.

I will briefly list the various problems: first there were all the problems related to drug addictions, drug usage among adolescents, and all the issues surrounding adolescent sexuality. There were also the problems of teen pregnancy, abortions, access to contraceptives, the contraceptive follow-up that kept the practitioners busy, at least in Quebec.

A very violent period in our society ensued after the number of attempted suicides and successful suicides among teens soared. There was an outcry virtually everywhere in the western world towards the beginning of the 1980s.

At the same time, there were all sorts of separations and parents divorcing, which led to problems for the teenagers as well as adjustment difficulties, and our clinics were full of teenagers with those problems until such time as they were understood. Nowadays, we hardly see any of those problems in our clinics.

In the past 20 years, most of the teen cases being treated have been eating disorders, mental anorexia and bulimia.

deuxième dimension serait de s'assurer qu'il y ait du temps, de l'argent et du recrutement de professeurs pour pouvoir soutenir toutes les belles idées qu'on va avoir quant au futur de la psychiatrie et s'assurer que les services soient mieux rendus. Il faut qu'on ait des gens formés à le faire et qui soient disponibles pour le faire avec les recrues.

[Traduction]

Le président: Notre dernier témoin est le Dr Jean Wilkins, professeur de pédiatrie au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

[Français]

Le docteur Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine de l'Université de Montréal: Je suis, comme vous l'avez bien mentionné, pédiatre de formation et j'ai fait une sur-spécialité qui n'est pas reconnue en médecine de l'adolescence. Je veux vous entretenir cet après-midi de médecine de l'adolescence du point de vue pédiatrique.

La médecine de l'adolescence est un concept médical relativement récent et qui origine plus des États-Unis. Elle existe au Canada, mais n'est pas bien installée et bien ancrée dans des programmes bien structurés dans les hôpitaux et les universités des différentes provinces canadiennes.

Notre programme à l'Université de Montréal existe depuis 1974. Notre problématique pour organiser les soins aux adolescents a beaucoup changé au cours des trente dernières années. Ceci a obligé tous les intervenants à une capacité de flexibilité absolument essentielle si on veut être pertinent dans nos interventions auprès des adolescents.

J'énumère brièvement les différentes problématiques: il y a eu d'abord tous les problèmes reliés aux toxicomanies, à la drogue à l'adolescence, rapidement dépassés par toutes les problématiques autour de la sexualité à l'adolescence. Il y avait la grossesse, les avortements, l'accessibilité à la contraception, le suivi contraceptif qui a occupé les gens qui prennent soin des adolescents, au Québec du moins.

Toute une période de violence dans notre société a suivi où les épisodes de tentatives suicidaires et de suicides réussis chez les adolescents ont monté en flèche. Cela a été décrié un peu partout en Occident également, vers le début des années 1980.

Il y a eu au même moment tout l'impact des séparations, des divorces des parents, qui ont entraîné des problèmes chez les adolescents, des difficultés d'adaptation et qui ont rempli nos cliniques, jusqu'à ce qu'on comprenne ces problématiques. Nous ne voyons pratiquement plus ces problématiques maintenant dans nos consultations.

Ce qui a envahi les cliniques de médecine de l'adolescence un peu partout en Occident, au cours des vingt dernières années, ce sont des troubles de conduite alimentaire, l'anorexie mentale et les boulimies chez les adolescents.

Let me give you an example. We have a 25-bed unit in the pediatric ward for children between the ages of 12 and 18. Twelve to seventeen of those beds are constantly occupied by teenage girls with eating disorders, and occasionally a young boy.

At the same time as these eating disorders appeared over the past 20 years — we are less organized for those patients — the so-called “somatoforms,” who are adolescents with somatization problems, appeared.

When I started in teen medicine, our concern was to make care available to adolescents by reducing the obstacles to them. I admit I am speaking very much off the cuff this afternoon because I was very short of time for various reasons. I wanted to briefly go over what barriers I see to adolescents when it comes to access and acceptance into the health care structure.

One point that immediately comes to mind is the notion of sectors. Psychiatric care is defined by the sectors, depending on where you live, you must consult someone in your area. No one remembers whether that is a law or not, but everyone knows it is applied fairly strictly.

This is a major hindrance to teens. Getting a teenager to seek medical attention is a long process and may involve his entourage, his family or his friends. Once an adolescent recognizes he has a problem and seeks help, the first question he is asked is his postal code. He then clams up right away. All the effort to get the teen to the clinic is wasted.

It is important to have an entry point, a single wicket, as they say in politics. The adolescent must have easy access to services and must not be discouraged right from the outset because a condition can worsen very quickly with that type of treatment. It has a negative impact.

It is important to clarify this notion of sectors. A lot of work must be done to make the health providers for teens more accessible and to eliminate those obstacles.

Another thing that troubles me somewhat is that adolescents are often given treatments that can upset them. When they go into a health centre, when they manage to get in, they are told: we will start with the assessment.

When a teenager takes steps to get treatment and he or she is made to understand that an assessment is different from the care required, an adolescent patient is somewhat wary. The answers given to the questions asked by the assessor may not be quite correct and the diagnosis may be inaccurate or incomplete.

Je vais vous donner un exemple. Nous avons une unité de soin de 25 lits en pédiatrie pour le groupe d'âge des douze à dix-huit ans. Nous avons en permanence de 12 à 17 de ces lits qui sont occupés par des adolescentes présentant un trouble de la conduite alimentaire, et exceptionnellement, un petit garçon.

Concomitant à ces troubles de conduite alimentaire sont apparus au cours des dernières années — on est moins organisé pour cette clientèle — les problèmes «somatoformes», soit les adolescents qui présentent des problèmes de somatisation.

Lorsque je me suis engagé en médecine de l'adolescence, notre préoccupation était de rendre accessible les soins aux adolescents en réduisant les obstacles aux soins. J'admets être un peu brouillon cet après-midi parce que j'ai été pressé par le temps pour différentes raisons. Je voulais repasser brièvement avec vous quels sont les obstacles que je retrouve pour rendre accessible et privilégié l'accueil des adolescents dans les structures de soins existants.

Un point qui me vient tout de suite à l'esprit est la notion de secteurs. Les soins psychiatriques sont délimités par des secteurs, si vous habitez à tel endroit, vous devez consulter dans votre secteur. On ne sait plus trop si c'est une loi ou pas, mais on sait que c'est assez rigoureusement appliqué.

Pour les adolescents, ceci est un obstacle majeur. Il faut comprendre que la démarche de l'adolescent, de son entourage, de sa famille ou de ses amis, pour amener l'adolescent en consultation à un endroit est un long processus. Une fois que l'adolescent accepte et se présente, s'il se fait demander comme première question son code postal, il se referme de nouveau. Ce sur quoi on a travaillé un petit bout de temps pour l'amener à cheminer vient de s'envoler.

Il faut faire en sorte que la porte d'entrée soit bonne, un guichet unique, comme on dit souvent en politique. Il faut que l'adolescent puisse avoir accès aisément aux services et ne pas être rabroué suite à sa première démarche parce qu'on peut reculer beaucoup avec un tel traitement. Un effet pervers important s'ensuit.

Cette notion de secteurs est importante à clarifier. Il faut qu'on travaille beaucoup pour rendre accueillantes les structures de soins pour adolescents et éliminer ces trucs.

Il y a un autre point qui m'agace un peu dans les soins qu'on donne habituellement aux adolescents parce qu'ils peuvent les déranger. Quand ils vont dans une structure de soins, quand ils réussissent à y être accueillis, on va leur dire: on va commencer par l'évaluation.

Quand l'adolescent accepte de faire une démarche pour se faire soigner et que l'on distingue l'évaluation et le soin à donner, on va déclencher chez le patient adolescent une certaine méfiance. Les réponses qu'il donnera aux questions de celui qui fait l'évaluation risquent de ne pas être tout à fait correctes et on aboutit des fois à des diagnostics inexacts ou incomplets.

Of course a period of observation is required. When an adolescent takes the first step, it is because he wants to get treatment. We expect an assessment and treatment. The patient does not make that distinction. He does not go to the clinic to be assessed, but to be treated.

One must be careful. Another obstacle I see regularly is what I would call the problem of incompetent stakeholders. I listed the various problems that have surfaced over the past 30 years. I can understand that it might be difficult to be an expert on everything, and it is perhaps even impossible to be an expert at all in this field.

The health care system is structured in such a way that the front-line workers must be skilled at everything. They cannot be competent in every field. It is extremely important to vastly improve their training. Of course there must immediately be more specialized services to deal with more complicated problems.

I think it is important to encourage the creation and reinforcement of centres of excellence, with the obligation to welcome patients — I was speaking about sectors earlier on — and to ease the transition from adolescence to adulthood.

If you know anything about adolescents, you know that they are very complicated. You want them to turn 18 as quickly as possible so that you can tell them they will be transferred to adult care.

There must be a structure to allow that transition. The adolescent medicine programs in pediatric hospitals are suffering from budget cuts just like all the others. When they have budget problems, they reduce the age. It will go from 19 to 18 and from 18 to 17, so the teenager will suffer the consequences.

The transition between adolescence and adulthood must be rethought. It is up to the centres of excellence to convert tertiary pathologies into primary pathologies by having greater expertise. By developing that expertise through clinical practice, observation and research, they are responsible for teaching and ensuring that those pathologies can be treated in the front-line centres.

There have been great success stories in treating teen sexuality problems. We should be able to see the same success with eating disorders.

The skill level of workers is important because in practice, there is always a sequence of events beyond their control. There is a first meeting somewhere. No one knows exactly what the illness is, but people feel obliged to do something, so medication is prescribed and the patient is referred to someone else.

I find myself more and more in a tertiary centre with patients who have been seen once or a maximum of twice at one clinic and who are already under medication. I wonder whether that is worthwhile.

Il faut accepter qu'il y ait un temps nécessaire d'observation. Lorsque l'adolescent fait une démarche, c'est pour se faire soigner. Il est normal que dans notre plan d'approche, on puisse distinguer évaluation et soins. Le patient ne fait pas cette distinction. Il ne se présente pas pour se faire évaluer mais pour se faire soigner.

Il faut faire attention. Un autre obstacle que je rencontre régulièrement est ce que j'appelle le problème de la compétence des intervenants. Je vous ai énuméré les différentes problématiques qui ont évolué au cours des 30 dernières années. Je comprends qu'il puisse être difficile d'être expert dans tout, il n'est peut-être même pas possible d'être expert dans tout ce domaine.

On a une structure des soins qui fait en sorte qu'il y a des gens en première ligne qui doivent être compétents dans tout. Ils ne peuvent pas être compétents en tout. C'est extrêmement important qu'on travaille beaucoup sur la formation des intervenants. Il faut avoir à l'appui, immédiatement, des services plus spécialisés pour prendre charge des problématiques les plus complexes.

Il faut privilégier la création et le renforcement, à mon avis, de centres d'excellence, avec l'obligation d'accueillir les patients — je parlais des secteurs tantôt — et de faciliter la transition de l'adolescent vers l'âge adulte.

Quand on suit des adolescents, cela implique que le patient est bien compliqué. On souhaite qu'il arrive à dix-huit ans au plus vite pour pouvoir lui dire qu'il sera transféré aux soins pour adultes.

Il faut une structure qui permette cette transition. Les programmes de médecine de l'adolescence existent dans des hôpitaux pédiatriques qui, comme tous les autres hôpitaux, ont des problèmes budgétaires. Quand ils ont des problèmes budgétaires, ils réduisent sur l'âge. On va passer de 19 ans à 18 ans et de 18 ans à 17 ans de sorte que l'adolescent écope.

Il faut repenser cette transition entre l'adolescence et l'âge adulte. La responsabilité de ces centres d'excellence est de convertir des pathologies dites tertiaires en pathologies primaires, en ayant une plus grande expertise. En développant cette expertise par la pratique clinique, l'observation et la recherche, ils ont la responsabilité d'enseigner et de faire en sorte que ces pathologies puissent être traitées dans des centres de première ligne.

En termes de soins pour tout ce qui tourne autour de la sexualité des adolescents, on a extrêmement bien réussi. On devrait être capable de réussir aussi bien pour les troubles de la conduite alimentaire.

La compétence des intervenants est importante parce qu'en pratique, il y a souvent une séquence d'événements qui embête les intervenants dans un centre tertiaire. Il y a une première rencontre dans un endroit. On ne sait pas trop ce que c'est, mais on se sent obligé de poser un geste, on prescrit une médication, puis on réfère.

De plus en plus, je me retrouve dans un centre tertiaire avec des patients qui ont été vus une fois ou deux au maximum à un endroit et qui sont déjà sous médication. Je questionne la pertinence de celle-ci.

Doctors should review their way of dealing with teenagers. They should not want to control them with medication.

I would say these are the negative effects of a primary intervention, if it does not succeed and if medication is prescribed too quickly. Inappropriate medication could cause greater problems and deterioration in the patient.

Adolescent medicine and adolescent psychiatry, even if they are not my fields, should be included in our health care system. There is an urgent need for help.

As for the role of the various stakeholders, I have the honour of chairing a committee of the Collège des médecins du Québec, that reviewed the model for sharing the activities among the various health care professionals. Much progress has been made in Quebec. The act and professional code were amended in June of last year. A report was tabled on the medical profession and the roles of the doctor in the health care system. The document exists, it is on the Web site of the Collège des médecins. An excellent analysis was done of what was called advanced practice and the sharing of responsibilities among the various stakeholders in the health sector.

[English]

The Chairman: I would like to ask Dr. Farquhar a two-part question. Why do you think it is that the U.S. has been more creative, more progressive, in dealing with mental health patients than we have? I ask the question because in our previous health care study, we concluded there was not a lot that we could learn from the U.S. system. After your comments, and having skimmed your paper, I am led me to the conclusion that maybe there is in mental health, and I am curious as to why that is the case.

Second — and you may want to think about this and send us a note — if you were asked to give a list of three to six places in Canada with best practices in mental health delivery, what would it include? As I say, you may want to think about that and let us know, and you may also want to do it off the record. I quite understand that, but would you mind responding at least to the first one?

Dr. Farquhar: Thanks for asking. I have visited two places in the United States where I had occasion to look at what they were doing and that is where I saw case management working very well. For example, I met one psychiatrist who was working half time in an Assertive Community Treatment team, and I asked, “What do you do with the other half of the time?” He said, “Well, I have about 350 patients.” I was astounded because the most I ever had working full time was 180. He said it was because of case management. That is why I mentioned it, because it is nothing new, but it is not applied.

Les médecins doivent revoir leur façon de pratiquer auprès de ce groupe d'âges. Il faut avoir une certaine retenue avec eux avant de vouloir les contrôler absolument avec une médication.

Ce sont les effets pervers, je dirais, d'une première intervention, si elle est non réussie et si on introduit trop rapidement une médication. À cause d'une médication inappropriée, on peut se retrouver avec une plus grande difficulté et une détérioration de l'état clinique du patient.

La médecine de l'adolescence ou la psychiatrie de l'adolescence, même si ce n'est pas mon secteur, mérite d'être considérée dans notre système de soins et d'être aidée. Il y a une urgence d'aider.

Pour ce qui est du rôle des différents intervenants, j'ai eu l'honneur de présider un comité du Collège des médecins du Québec, qui a revu le modèle du partage des activités entre les différents professionnels. On a fait un bon bout de chemin au Québec. On a amendé la Loi et le Code des professions au mois de juin de l'an dernier. On a présenté un rapport sur l'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel. Le document existe, il est sur le site Internet du Collège des médecins. Il y a eu un très beau travail de réflexion de ce qu'on a appelé la pratique avancée et le partage des responsabilités entre les différents intervenants dans le domaine de la santé.

[Traduction]

Le président: J'ai une question à deux volets pour le Dr Farquhar. À votre avis, pourquoi les États-Unis se sont-ils montrés plus progressistes et plus créatifs que nous au chapitre des services de santé mentale? Si je pose la question c'est parce que dans notre étude précédente portant sur les soins de santé, nous avons conclu qu'il y avait peu d'enseignements que nous puissions tirer du système américain. Après vous avoir entendu et avoir feuilleté votre document, je me demande si c'est bien le cas dans le domaine de la santé mentale. Il me semble que oui et j'aimerais savoir pourquoi

J'en viens au deuxième volet de ma question. Vous voudrez peut-être y réfléchir et nous envoyer votre réponse par écrit. Pourriez-vous nous dresser la liste des trois à six endroits au Canada où l'on applique les meilleures pratiques dans le domaine de la prestation des soins de santé mentale. Il se peut que vous préféreriez réfléchir avant de nous faire parvenir votre réponse ou que vous préféreriez le faire de façon officieuse, ce que je comprends très bien. Pourriez-vous cependant répondre à ma première question?

Dr Farquhar: Merci de l'avoir posée. J'ai visité deux endroits aux États-Unis et c'est là que j'ai constaté que la formule de la gestion des cas donne d'excellents résultats. Par exemple, je me suis entretenu avec un psychiatre qui consacrait la moitié de son temps à une équipe de suivi intensif dans la communauté. Je lui ai demandé ce qu'il faisait pendant l'autre moitié de son temps. Il m'a répondu qu'il avait environ 350 patients, ce qui m'a renversé parce que je n'ai jamais plus de 180 patients et je travaille à plein temps. Il a expliqué qu'il pouvait le faire à cause de la gestion des cas et voilà pourquoi je l'ai mentionnée. Cette formule n'est pas nouvelle, mais on ne l'applique pas.

If you ask why the United States are ahead of us, I think it is because they have been squeezed more and squeezed faster, for at least two reasons. One is mostly economic. They have been squeezed by the competition between the public and private sector, which I do not necessarily think is a good thing, and they have also been squeezed by legal constraints.

I went to Springfield, Massachusetts, where there was a lawsuit about 20 years ago that ended up obliging the mental health system to offer the least restrictive alternative in terms of housing to all patients, including severely retarded, regressed or aggressive patients.

I saw some people there who would be in the back wards of the Douglas Hospital. They were in the community, although the home they were in — they had their own rooms — looked like a back ward, and it cost about the same as a hospital.

I believe there have been some articles on the economic imperatives. Also, it is worth noting that across the United States, service to severely mentally ill people, which in Canada, I am told, consumes about 80 per cent of the provincial mental health budgets, is the responsibility of the public sector, whether the municipal or the state level, so it is very much the same as here. In addition, of course, there are private psychiatric hospitals that treat both severe and moderate mental illness.

The Chairman: Any comments on the best practices question?

Dr. Farquhar: I wish I knew. I am not that well travelled. I would have to say that in Toronto, at Saint Michael's Hospital, there is a psychiatrist whom I admire very much, Dr. Donald Wasylenki, who I think is in charge of outcome research and has been in charge of the deinstitutionalization effort in Ontario for the last 10 years or more. He has used research and innovation combined to achieve remarkable results, so they have many Assertive Community Treatment teams. That is not to say that that is so wonderful itself, but there are many other things that I admire.

Senator Keon: I will start with you, Dr. Israël, and go to Dr. Farquhar, and I want the panel to comment on what I would like to ferret out from you.

You referred to a problem that exists not only mental health, but in many areas of health, non-continuity of care. I am wondering what you think the root cause of that is. In the other health disciplines, my observations over the years would be that the hospital sector, although it only takes about a third of the system funding, is overwhelmingly powerful. They get a tremendous amount of attention compared to community services and other services. It seems there are ways to overcome that — for example, through regionalization, in which the various services are treated equally. I suppose the best example of that is

Quant à savoir pourquoi les États-Unis sont en avance sur nous, je pense que c'est parce là-bas les gens ont dû faire face à des contraintes plus radicales et plus fortes que nous, pour au moins deux raisons. La première est essentiellement économique. Le secteur public a dû soutenir la concurrence du secteur privé, ce qui ne semble pas nécessairement une bonne chose, mais il a également dû composer avec certaines contraintes judiciaires.

Je suis allé à Springfield, au Massachusetts. Il y a une vingtaine d'années, à l'issue d'une poursuite en justice, le système de santé mentale a été obligé d'offrir la modalité de logement la moins contrôlante à tous les patients, y compris ceux qui étaient affligés d'une déficience mentale grave, de comportement régressif ou d'une grande agressivité.

J'ai vu des malades qui ici, seraient internés dans les arrières-salles de l'Hôpital Douglas. Et pourtant, ils vivaient dans la collectivité, bien que dans une maison où ils avaient chacun leur propre chambre. La maison ressemblait cependant à une arrière-salle d'hôpital et coûtait aussi cher à gérer.

Certains articles ont été publiés sur les impératifs économiques dans ce domaine. Par ailleurs, il faut savoir que partout aux États-Unis, les services offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves relèvent du secteur public, que ce soit au niveau municipal ou au niveau de l'État. C'est à peu près la même situation qu'au Canada où il semblerait que ces services accaparent 80 p. 100 du budget de santé mentale des provinces. Il existe en outre aux États-Unis, comme chacun le sait, des hôpitaux psychiatriques privés où l'on traite les maladies mentales moyennes et graves.

Le président: Il y a-t-il des observations sur la question des pratiques à suivre?

Dr Farquhar: J'aimerais pouvoir y répondre. Mais je n'ai pas beaucoup voyagé. Par contre, il y a un psychiatre que j'admire beaucoup à l'Hôpital Saint Michael à Toronto, le Dr Donald Wasylenki, qui est responsable de la recherche axée sur les résultats et maître d'oeuvre du virage ambulatoire en Ontario depuis au moins dix ans. En combinant la recherche et l'innovation, il a pu atteindre des résultats remarquables et il existe un grand nombre d'équipes de suivi intensif dans la communauté. C'est un aspect, parmi tant d'autres, qui m'impressionne.

Le sénateur Keon: Je vais commencer par vous, docteur Israël, et j'enchaînerai avec le Dr Farquhar et ensuite j'aimerais que le panel me dise ce qu'il pense de ce que je vous aurai fait dire.

Vous avez soulevé un problème qui n'existe pas seulement en santé mentale mais aussi en bien d'autres domaines de la santé, à savoir la non-continuité des soins. D'après vous, quelle en est la véritable cause? Dans les autres domaines de la santé, je dirais que depuis bien des années le secteur hospitalier détient un pouvoir disproportionné, même si un tiers du financement lui est attribué. On prête beaucoup plus d'attention à ce secteur qu'aux services communautaires et à d'autres services. Je pense qu'il y aurait des façons de régler ce problème — par exemple, par le biais de la régionalisation, qui nous permettrait d'accorder la même

in Edmonton, although quite frankly, a close look at their structure is a little worrisome too, because again, virtually all the resources are institutionally centred.

I would like you to talk about how we might overcome this as it relates to mental health. Then I will get Dr. Farquhar to talk a little more about a commissioner. In fact, we advocated a health commissioner and it would be interesting to know how this would fit with a commission for public health.

Dr. Israël: You started by asking me what I think is the reason for a lack of continuity in care, and for me the problem is a lack of communication. It is not so much how much power you give to each institution or organization, but whether they see themselves as working together toward common goals and creating a sense of purpose and mission.

In my presentation, obviously I could not give details on how some of these things could be implemented. However, as a specialist, I feel that right now, we are spending too much of our time doing a certain type of work that could be assumed by other people and not enough reaching out to help those on the front line. It would mean having time available to answer phone calls, to teach, and to sensitize others, our fellow doctors and our fellow workers. I do not mean the public. The public is a big challenge in itself.

I share some of Dr. Roy's interest in and commitment to teaching. I want to tell you a little story. Last year, I was teaching medical students. I do that every year, teaching psychopharmacology. And I was in the middle of discussing antidepressants, how to choose one, and a student raised his hand and asked, "How come you are giving us so much detail? Do we really need this?" We are also being threatened with a cut in the amount of time we have contact with people who are supposed to be responsible for the major part of mental health care.

We have to establish lines of communication and give people support. We have to teach people. That might help to narrow the gap between what is out there and what is in the institutions. It is changing the perception of the institution, from a place where you send people off to be locked up or to get rid of the unpleasantness, to a place that will reach out and help you to deal with your day-to-day practice.

Senator Keon: Can you speculate on what kind of organization would do that?

Dr. Israël: I talked about a mental health institute as a place whose purpose is to take care of people with severe mental illness, but also to teach and to study. For instance, our hospital, which specializes in psychiatric care and was once an asylum, has gone through the deinstitutionalization process and is surrounded by community organizations and primary care clinics with which we have no time to set up links. We have to create a network and we

importance à chacun des services. Je pense qu'Edmonton est le meilleur exemple à citer même si, très franchement, un examen plus approfondi de leur structure soulève des questions inquiétantes parce que presque toutes les ressources sont centralisées dans les institutions.

Comment serait-il possible de remédier à cette situation dans le domaine de santé mentale? J'aimerais ensuite que le Dr Farquhar nous parle davantage de cette idée de commissaire. En fait, nous avons soutenu l'idée d'un commissaire à la santé et aimerions savoir comment cela cadrerait avec une commission de la santé publique.

Dr Israël: Vous m'avez tout d'abord demandé quelles étaient les raisons pour ce manque de continuité des soins; pour moi, c'est le manque de communication. Ce n'est pas le pouvoir qui est attribué à chacune des institutions ou organisations qui est important. Les institutions collaborent-elles pour atteindre des objectifs communs et pour se donner une véritable raison d'être, une mission, voilà la question à se poser?

Bien évidemment, je n'ai pas pu vous donner des détails sur la mise en oeuvre de certaines de ces initiatives dans mon exposé. Par contre, je peux vous dire, en tant que spécialiste, que nous accordons actuellement trop de temps à certains types de travail qui pourraient être effectués par d'autres et pas assez aux activités qui nous permettraient d'aider les gens qui travaillent sur le terrain. Il faudrait qu'on ait assez de temps pour pouvoir répondre au téléphone, enseigner et sensibiliser autrement, notamment nos collègues médecins et autres travailleurs. Je ne pense pas au public, ça c'est une autre paire de manches.

Je partage certains des intérêts pour l'enseignement de la Dre Roy ainsi que son engagement. J'ai d'ailleurs une petite anecdote à vous raconter. L'année dernière, j'enseignais à des étudiants en médecine. Je leur enseignais la psychopharmacologie, comme je le fais tous les ans. Je leur ai parlé des antidépresseurs, leur ai expliqué comment en choisir un et un étudiant a levé la main pour me demander: «pourquoi nous donnez-vous tant de détails? Est-ce vraiment utile?» On risque également d'avoir moins de temps à consacrer au contact avec les personnes qui sont censées être responsables du groupe des soins en santé mentale.

Il faut qu'on mette en place des lignes de communication et qu'on assure un soutien adéquat. Il faut aussi qu'on sensibilise les gens. Cela nous permettra sans doute de réduire le fossé qui existe entre les institutions et le reste. La perception des institutions qu'on a change également. Il ne s'agit plus d'endroits où on enferme les gens pour les cacher mais plutôt de centres qui sont prêts à nous aider dans notre pratique journalière.

Le sénateur Keon: Pouvez-vous spéculer sur le type d'organisation dont il pourrait être question?

Dre Israël: J'ai parlé d'un institut de la santé mentale comme d'un établissement dont l'objectif est de prendre soin de ceux qui souffrent de graves maladies mentales, mais aussi comme d'un établissement d'enseignement et d'apprentissage. Ainsi, notre hôpital qui se spécialise en soins psychiatriques et qui était naguère un asile, a subi la désinstitutionnalisation et est aujourd'hui entouré d'organismes communautaires et de

have to have a mandate to do so, which means we have to have time to do it instead of using scarce resources to take care of work that could be done elsewhere.

Senator Keon: Thank you very much. Dr. Farquhar, pursuing the same theme, you came out with some very interesting ideas, including a commissioner for mental health, making budgets public, addressing alternate health workers in a meaningful way, which Dr. Israël just referred to also, dealing with homelessness, and so forth.

When we were holding hearings on health care in general, before we began the special study on mental health, we were hearing these comments over and over again. However, what has to be addressed is what kind of structural framework could we put in place that would allow these things to happen? Before you answer, I want to tell you that I have long believed that we need the equivalent of a Surgeon General in Canada and our report said we need a commissioner. I think the SARS outbreak really brought this one home again.

How do you think a commission for mental health would fit within an overall commission and commissioner?

Dr. Farquhar: That is a good question. I love the idea of a commissioner for mental health, and for health also. Some people might argue that the deputy minister of health serves the same function, although I do not think that is true.

I have not thought that far. Mostly, I have been thinking in terms of a commissioner for mental health. Just having a person in that position and making everything public would make it very difficult to cut the mental health budgets, which are so vulnerable. When something like SARS comes up, a ministry of health might say, "Well, we will just take some money from mental health because nobody will notice." Indeed, we have documented that at least 2,000 mental patients have become homeless in Quebec in the last five years. That is documented by a survey done by the government itself, and at the same time, something like 3,000 beds for mental health have been cut in the province. It is right there in black and white.

I am trying to say that whether at the provincial level or a regional level, like in the Montreal area, having a commissioner and perhaps helpers or links, or other similar structures, would protect budgets at the local level also. I am aware that in the Montreal area, for example, people want to get moving with some programs along the lines of what I was describing from the United States, but some say, "Oh well, there is no money for that this year because of this other thing that is happening in the Montreal area."

I do not have much more to say about that. However, I wanted to mention that I personally would like to see the computerized patient record happen as quickly as possible. In my work, I find

cliniques de soins primaires avec lesquels il n'a pas le temps de créer des liens. Nous devons créer des réseaux et cela doit faire partie de notre mandat; autrement dit, nous devons avoir le temps voulu pour nous y consacrer plutôt que de recourir à nos maigres ressources pour faire ce qui devrait être fait ailleurs.

Le sénateur Keon: Merci beaucoup. Docteur Farquhar, dans le même ordre d'idée, vous avez présenté quelques idées très intéressantes, notamment la création d'un poste de commissaire à la santé mentale, l'obligation de rendre les budgets publics, le recours de façon rationnelle à des travailleurs de remplacement dans le domaine de la santé, dont vient de parler la Dre Israël, qui s'occuperaient des sans-abri, notamment.

Au moment de nos audiences sur les soins de santé en général, c'est-à-dire avant d'entamer notre étude sur la santé mentale, c'était là le genre de suggestions qu'on nous faisait sans cesse. Toutefois, il faut d'abord se demander quel type de cadre structurel peut être instauré pour permettre de concrétiser ces suggestions. Avant de répondre, sachez que je crois depuis longtemps que nous avons besoin au Canada d'un équivalent du poste de Surgeon General, et notre rapport prônait d'ailleurs la création du poste de commissaire. L'épidémie du SRAS illustre à nouveau le bien-fondé de cette suggestion.

Que pensez-vous de la création d'un poste de commissaire au sein d'une commission sur la santé mentale?

Dr Farquhar: Vous posez là une bonne question. J'aime beaucoup l'idée d'avoir un commissaire à la santé mentale et aussi un commissaire à la santé. Certains prétendent que le sous-ministre de la santé occupe les mêmes fonctions, mais je ne le crois pas.

Je n'ai pas poussé plus loin ma réflexion. J'ai surtout songé à la création d'un poste de commissaire à la santé mentale. La nomination de quelqu'un à ce poste et l'obligation de tout rendre public rendraient difficile la tâche à celui qui songerait à sabrer dans les budgets de la santé mentale, qui sont déjà si vulnérables. Supposons qu'une nouvelle épidémie comme celle du SRAS survienne et qu'un ministre de la Santé décide de prélever des fonds dans le budget de la santé mentale en espérant que personne ne le remarquera! Sachez que nous avons documenté le fait qu'au moins 2 000 malades mentaux ont connu l'itinérance au Québec au cours des cinq dernières années. Ces chiffres sont étayés par une enquête faite par le gouvernement lui-même, tandis qu'à la même époque, la province réduisait de 3 000 le nombre de lits destinés aux malades mentaux. C'est écrit noir sur blanc ici même.

Que ce soit au palier provincial ou au palier régional, comme pour la région de Montréal, la création d'un poste de commissaire et peut-être la création d'autres liens ou d'autres aidants, dans d'autres structures semblables, pourraient servir aussi à protéger les budgets locaux. Je sais, par exemple, que dans la région de Montréal, certains proposent d'avoir des programmes comme les programmes américains que j'ai décrits tout à l'heure, mais que d'autres encore affirment que c'est impossible faute de fonds, étant donné que les fonds servent à d'autres projets dans la région de Montréal.

Je ne peux pas vous en dire beaucoup plus. Je tiens toutefois à ajouter que je voudrais personnellement voir se concrétiser le plus rapidement possible l'informatisation des dossiers des patients.

that I spend a few hours a week just writing letters to other doctors, saying "Here is the medication this person is taking," because the patient is not sufficiently well organized to know that himself.

If somebody has a psychiatric consultation and there could be some mechanism whereby the person can authorize another doctor or health professional to see the text of that, it might reduce a lot of waste in the system.

We have a few patients whom I follow who will go to a hospital emergency room from time to time, claim to be somebody else and say that they are on certain medications, which they are not. To me, it is more than an abuse; it is a danger to their lives. I hope I have addressed what you asked me to.

Senator Keon: Dr. Lalonde, would you try to build on what the other two speakers have said and speculate on what kind of organization could bring together the existing resources and, of course, provide the new resources that Dr. Roy was talking about? What kind of organization could bring together the resources that we have, plug the holes and create continuity?

[Translation]

Dr. Lalonde: I find it rather difficult to answer because I am more used to health care organization than to larger organizations. I would say more or less what Dr. Israël said. One of the main factors is communication among various interveners and mutual respect among them.

As specialists, I do not think that we should stand up like people who know everything and who will show others how to proceed. This must go both ways. Everyone is a bit jealous of his turf.

In our Quebec system, which is the one I know best, there are all kinds of organizations defending their turf, their types of interventions, and they are not very inclined to communicate with the others.

How can we bring these people to communicate among themselves? This must be done on both sides. Skills must be put to good use. Of course, psychiatrists have done all kinds of things, including tasks that could be delegated, but as there is no one else to do them, they have to do them. There is a shortage of psychiatrists. I would not want to have too many psychiatrists, but there is a severe shortage of other interveners.

Earlier, I mentioned the 1st and 2nd lines and the people on the teams with which I work. I would be able to treat more youths in the initial stages of schizophrenia if I had a larger team for rehabilitation. Rehabilitation takes more time than evaluation, instruction and the prescription of drugs. This kind of collaboration needs to be set up.

Dans le cadre de mon propre travail, il m'arrive de consacrer quelques heures par semaine à écrire à d'autres médecins pour leur expliquer quels sont les médicaments que doit prendre telle ou telle personne, parce que le patient en question n'est pas suffisamment organisé pour prendre lui-même ses médicaments.

Si, dans le cadre d'une consultation psychiatrique, il devenait possible d'autoriser un autre médecin ou un autre professionnel de la santé à voir le texte du rapport de consultation, cela permettrait de gagner beaucoup de temps.

Certains de mes patients se présentent parfois à l'urgence d'un hôpital en prétendant être quelqu'un d'autre et en affirmant être traités à l'aide de certains médicaments, ce qui est faux. À mes yeux, ces gens-là font plus qu'abuser de médicaments, car ils mettent en danger leur propre vie. J'espère avoir répondu à votre question.

Le sénateur Keon: Docteur Lalonde, pourriez-vous rajouter quelque chose à ce que vos deux autres collègues ont dit et spéculé quant au type d'organisation qui pourrait rassembler les ressources existantes et qui pourrait évidemment fournir les nouvelles ressources dont a parlé la Dre Roy? Quel type d'organisation pourrait, je répète, regrouper les ressources déjà existantes tout en comblant les lacunes et en assurant la continuité?

[Français]

Dr Lalonde: Il est un peu difficile pour moi de répondre parce que je suis plus habitué dans l'organisation des soins que des organisations plus larges. J'abonderais un peu dans le sens de la Dre Israël. Un des éléments importants est la communication entre les différents intervenants et le respect des uns vis-à-vis des autres.

Je ne pense pas qu'il faille, en tant que spécialistes, se présenter comme des gens qui connaissent tout et qui vont enseigner à d'autres comment faire. Il faut le faire dans les deux sens. Chacun est un peu jaloux de son territoire.

Dans notre système au Québec, celui que je connais le mieux, il y a toutes sortes d'organismes et d'organisations qui défendent leur territoire, leur type d'interventions et qui sont peu portés à communiquer avec les autres.

Comment faire pour que ces gens communiquent entre eux? Il faut le faire des deux côtés. Il faut utiliser au mieux les compétences. Il est vrai que les psychiatres ont fait toutes sortes de choses, y compris des choses qui pourraient être déléguées, mais comme il n'y a personne pour les faire, on est obligé de les faire. Il y a une pénurie de psychiatres. Je ne veux pas qu'il y ait trop de psychiatres, mais il y a une pénurie grave d'autres intervenants.

Je parlais tantôt des 1^{ère} et 2^e lignes et des gens des équipes avec qui je collabore. Je serais capable de traiter plus de jeunes en début de schizophrénie si j'avais une plus grande équipe pour la réadaptation. La réadaptation prend plus de temps à faire que l'évaluation, l'enseignement et la prescription de médicaments. Il s'agit d'instituer cet aspect de collaboration.

Let me conclude on this point: attitudes must change before collaboration can come about, because it is relatively easy to deal with concepts. It is more difficult to learn to change our attitudes.

[English]

Senator Keon: Dr. Leclerc, you were emphasizing the tremendous waste that occurs in the system because people do not go back to work, because we are not investing in trying to get people back to work and do not have the facility to get them back to work. Again, it seems to me that this is because of a lack of overall organization, and some of these things should be addressed early on. You should have resources at your disposal whereby perhaps government could even pay somebody to work in an organization just so they are working. There are philanthropic organizations in America that do that.

Would you comment on what you think the bigger system could do?

[Translation]

Mr. Leclerc: I do not think that it is solely up to the State to help persons go back to work. I think that this should be done collectively. Earlier, I said that the first reaction of employers, when dealing with employees with mental health problems was to say: let us get rid of him.

Nonetheless, these people have useful expertise more often than not, and we are depriving our community of that wealth.

Unions, which should normally come to the defence of employees, often have a very hard time with the mentally ill. I think that in order to avoid waste, we should endeavour to support these organizations by informing them and raising their awareness with regard to mental illness.

There is another aspect: if the insurance companies, which invest vast sums of money, would take a preventive approach rather than an approach based on employment termination, I think that community funds could be put to better use in order to help persons with mental health problems.

We should not think that everyone is able to hold down a job or that everyone is able to go back to work; we must be realistic. If we do not intervene early on, it costs a fortune to all concerned. There is a drastic impact, more often than not they are reduced to dependency, which is quite the opposite of what we seek.

We must ensure that our people resume their role in society. And what does resuming one's role in society mean? First, it means a place of work, and a job description, and so forth. One should not depend on a welfare check to pay the bills at the end of the month.

Je veux conclure là-dessus: il faut un changement d'attitude pour en arriver à la collaboration, parce qu'enseigner des notions, ce n'est pas si compliqué que cela. Apprendre à modifier nos attitudes, c'est plus difficile.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Monsieur Leclerc, vous soulignez le gaspillage énorme qui survient dans le système du simple fait que des malades ne retournent pas au travail et parce que nous n'investissons pas suffisamment pour aider ces gens à retourner sur le marché du travail, faute de moyens pour le faire. Cela me semble, encore une fois, illustrer un manque d'organisation général; certaines de ces lacunes devraient être comblées dès le départ. Vous devriez avoir à votre disposition des ressources et le gouvernement devrait peut-être songer à verser un salaire à quelqu'un qui oeuvrerait au sein d'une organisation pour faciliter le retour au travail. Après tout, il y a des organisations philanthropiques qui font cela en Amérique.

À votre avis, que pourrait faire cette plus grande organisation?

[Français]

M. Leclerc: Je ne pense pas que c'est uniquement la responsabilité de l'État de supporter la personne par rapport à la reprise au niveau du travail. Je pense que c'est une approche de collectivité. Tout à l'heure, je disais que le réflexe premier des employeurs, face aux gens qui ont un emploi ayant une problématique de santé mentale, était de dire: on va s'en départir.

Pourtant, ces gens-là ont une expertise intéressante, plus souvent qu'autrement, et on se prive d'une richesse au niveau de notre collectivité.

Les syndicats qui, normalement, sont censés défendre l'employé, sont souvent très mal pris par rapport à des gens souffrant de maladie mentale. Je pense qu'on aurait tout intérêt, à mon avis, si on veut éviter du gaspillage, à supporter ces organisations en termes d'information et de sensibilisation par rapport à la maladie mentale.

Un autre aspect: si les compagnies d'assurance, qui investissent énormément d'argent, pouvaient travailler avec une approche de prévention plutôt que de prime de séparation, cela permettrait, à mon avis, de mieux utiliser les fonds de la communauté pour aider les personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale.

Il ne faut pas penser que tout le monde est capable de maintenir un emploi et que tout le monde est capable de retourner à l'emploi; il faut être réaliste. Si on n'intervient pas de façon précoce, cela coûte une fortune auprès des personnes concernées. L'impact est phénoménal, on les rend dépendant plus souvent qu'autrement et c'est tout à fait à l'opposé de nos priorités.

Nous devons faire en sorte que nos gens reprennent leur place dans la société. Reprendre leur place dans la société, qu'est-ce que cela veut dire? La première des choses, c'est: où travaillez-vous? Quel emploi faites-vous? Et ainsi de suite. Il ne s'agit pas de dépendre sur un chèque d'aide sociale pour pouvoir couvrir les dépenses du mois.

I think that the State does have a role to play in this, but the population and the private sector also have a role to play in all these things.

[English]

Senator Keon: I agree. Thank you.

Now, Dr. Roy, you are addressing the tremendously important issue of the manpower shortage. I was an educator for a long time, and in retrospect, I think I did it wrongly because I did not look at people around me. I was too focused on training the perfect heart surgeon. I think what is needed in specialty training is not only the training of the specialist, but also training that specialist to interface with the whole army of health professionals out there. What kind of system would allow you to approach that?

Dr. Roy: Well, I suppose it is a matter of survival. We cannot train our residents in psychiatry to work on their own. They have to work as a part of an interdisciplinary team. We are not talking anymore about multidisciplinary teams, but interdisciplinary, where everybody is an expert on something. We could also put forward models of psychiatrists who work comfortably with teams, but also are able to manage a patient through members of the team, meaning that one team member would be the primary care staff person for that patient. That could be very useful.

What else could we do? There is also shared care. I presume you have heard about that in previous meetings. We do not teach this enough because we do not have that many teachers who are practising shared care. For instance, at the Université de Montréal we have 225 professors, and only one or two would be comfortable teaching shared care. Shared care requires good family doctors trained in working on the other side of that shared care. These days, it is very complicated. I do not know if it is the same in other places as in Montreal — Toronto must have the same problem — where people cannot find a family doctor.

Someone who called a clinic in Montreal yesterday was told, “We are not taking new cases any more.” If you want to have shared care, you need somebody on the other side of things.

Senator Keon: It is a big problem everywhere. Thank you very much.

[Translation]

Senator Morin: Let me put a single question to the entire group, on the very important matter just raised by Senator Keon, namely the issue of primary care, which seems important to me.

Je pense qu’il y a une participation de l’État, mais il y a une participation aussi de la population et une participation des structures privées dans tout cela.

[Traduction]

Le sénateur Keon: D’accord. Merci.

Docteur Roy, vous avez mentionné cet énorme problème que constitue la pénurie de main-d’oeuvre. J’ai été pendant longtemps un éducateur, et en rétrospective, je pense que je m’y suis mal pris parce que je ne regardais pas ceux qui m’entouraient. J’étais trop concentré sur mon objectif de former le parfait cardiologue. Or, lorsque l’on parle de formation spécialisée, il faut non seulement former le spécialiste, mais également lui enseigner à traiter avec toute cette armée de professionnels de la santé qui se trouvent à côté. Quel type de système vous permettrait de le faire?

Dre Roy: Je suppose que c’est une question de survie. Nous ne pouvons former nos résidents en psychiatrie à faire complètement cavaliers seuls; ils doivent faire partie d’une équipe interdisciplinaire. Nous ne parlons plus aujourd’hui d’équipes multidisciplinaires, mais plutôt d’équipes interdisciplinaires, qui regroupent plusieurs experts dans divers domaines. Nous pourrions également proposer des modèles de regroupement dans lesquels des psychiatres seraient très à l’aise pour travailler en équipe mais seraient également capables de traiter des patients par le truchement d’autres membres de l’équipe; autrement dit, un des membres de l’équipe constituerait le point de contact clé du patient pour les soins primaires. Cette solution pourrait être très utile.

Quoi d’autre? Il existe aussi la formule des soins partagés dont vous avez probablement entendu parler lors des séances précédentes. Nous ne l’enseignons pas suffisamment parce que trop peu de médecins enseignants pratiquent eux-mêmes la prise en charge conjointe du patient. À l’Université de Montréal, par exemple, nous comptons 225 professeurs mais seulement un ou deux d’entre eux seraient assez à l’aise pour enseigner la formule du partage des soins. En effet, le partage des soins implique qu’il y a de bons médecins de famille qui ont été formés dans le travail interdisciplinaire avec des spécialistes de l’autre volet des soins de santé. Aujourd’hui, c’est très compliqué. Je ne sais si le problème se pose ailleurs qu’à Montréal — j’imagine que c’est la même chose à Toronto — mais des tas de gens ne peuvent se trouver de médecin de famille.

Hier, quelqu’un qui appelait une clinique à Montréal s’est vu répondre que la clinique ne prenait plus de nouveaux patients. Or, si l’on veut préconiser la prise en charge conjointe du patient, il faut trouver des intéressés du côté des spécialistes et du côté des non-spécialistes pour partager les soins.

Le sénateur Keon: C’est un grave problème partout. Merci beaucoup.

[Français]

Le sénateur Morin: Je voudrais poser une seule question à l’ensemble du groupe, sur le sujet très important qu’a soulevé le sénateur Keon, la question des soins de 1^{ère} ligne, qui me paraît importante.

What struck me in what you said is that this is really the only specialized field where specialists spend so much time in following up their patients. In all other specialties, there is a consultation, the patient is referred to his primary care physician, and that is all. I think that this might not be the most efficient way to use resources.

I know that this issue was already raised, but I would like to know what your group thinks about this matter. Incidentally, Doctor Roy, if you were at Laval, you would have been made a research associate long ago. I do not understand this, given all the responsibilities you have for residency training in psychiatry, as the Canadian president. I think I should write a letter to your dean, because this is not normal!

Seriously — of course I mean this as a joke — is there a problem with the skills of family doctors, are family doctors uninterested in psychiatric matters? Are they apprehensive about that kind of patient?

I think that there is a problem. And I would like to investigate this. If psychiatrists could be relieved of a large part of the follow-up work on their patients — and I do not mean in psychoanalysis, I understand that psychoanalysis is a different issue — psychiatrists would be free to do other things to improve conditions.

I would also like to deal with the way primary care is given. For instance, it was interesting to note that Dr. Lalonde, in his brief, made no reference to the current new model for primary care that was recommended in our report, as well as in the Romanow report and the Clair report — it was recommended everywhere — that is, the new multidisciplinary teams for primary care, which are now being set up here in Quebec, in Ontario, in British Columbia and nearly everywhere, and in which all governments have made substantial investments.

It is interesting to note that your primary care includes all kinds of things: there are CLSCs, private clinics and community resources. But we do not hear much about these new multidisciplinary teams which, in my opinion, are at the very basis of health care reform in Canada.

Could not psychiatry and the treatment of mental patients be included in this care, for the follow-up as well as rehabilitation and so forth? Is this necessary for Primary Assertive Community Treatment, or PACT? Could this work not be done by primary care teams such as the ones currently being set up with much difficulty, as you know, across the land, and which are facing all kinds of resistance?

And, moreover, if community care could be included in this for mental patients, it would be another step forward.

Ce qui est frappant en vous écoutant, c'est que c'est vraiment la seule spécialité où le spécialiste consacre autant de temps sur le suivi de ses malades. Si on regarde toutes autres spécialités, il y a une consultation, le patient est envoyé à son médecin de 1ère ligne et c'est terminé. Il y a là, à mon avis, une utilisation de ressources qui n'est peut-être pas aussi efficace qu'elle devrait l'être.

Je sais que cette question a été soulevée, mais j'aimerais connaître les opinions possiblement de votre groupe à ce sujet. Incidemment, docteur Roy, si vous étiez à Laval, vous seriez agrégée depuis longtemps. Je ne peux pas comprendre vu les responsabilités que vous avez dans le programme de formation en résidence en psychiatrie, présidente au niveau canadien. Je pense que je vais écrire à votre doyen, ce n'est pas normal!

Sérieusement — c'est une blague évidemment — est-ce que c'est un problème de compétence de la part des médecins de famille, est-ce que c'est un désintéressement des médecins de famille vis-à-vis la question psychiatrique? Est-ce que c'est une question d'inquiétude vis-à-vis ce genre de patients-là?

Je pense qu'il y a là un problème. Puis j'aimerais peut-être qu'on puisse questionner cela. Si on pouvait libérer les psychiatres d'une partie importante du suivi des patients qu'ils traitent — on n'est pas en psychanalyse, je comprends qu'en psychanalyse, c'est une autre histoire — les psychiatres pourraient faire d'autres choses qui pourraient améliorer la situation.

Je voudrais aussi parler de la question du lieu des soins de première ligne. Par exemple, il était intéressant de voir que le Dr Lalonde, dans son mémoire, ne fait pas allusion à ce qui est actuellement le nouveau modèle de soins de 1ère ligne qu'on a recommandé dans notre rapport, qui a été recommandé dans le rapport Romanow et dans le rapport Clair, qui est recommandé partout, qui sont ces nouvelles équipes multidisciplinaires de soins de 1ère ligne, qui sont en train d'être installées ici au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et un peu partout, et dans lesquelles tous les gouvernements ont investi de façon importante.

Il est intéressant de voir que dans votre 1ère ligne, il y a de tout: il y a des CLCS, des cliniques privées et des ressources communautaires. Mais on ne parle pas de ces nouvelles équipes multidisciplinaires, qui, à mon avis, sont la principale base de la réforme de soins de santé au Canada.

Est-ce que la psychiatrie et le malade mental ne pourraient pas s'intégrer dans ces soins-là, autant pour la question du suivi, pour la question de réadaptation et ainsi de suite? Est-ce que c'est nécessaire pour les PACT, pour les Primary Assertive Community Treatment? Est-ce que cela ne pourrait pas se faire au niveau des équipes de 1ère ligne qu'on est en train d'installer avec beaucoup de difficultés, comme vous le savez, à travers le pays, et qui se heurtent à toutes sortes de résistances?

Si, en plus de cela, on pouvait y inclure les soins communautaires pour les patients souffrant de maladie mentale, cela serait un coup de pouce additionnel.

Dr. Lalonde: In fact, I did not mention the primary care teams, because in Quebec, to some extent, they are replaced by what we call CLSCs. But I do not know exactly what you mean by primary care teams.

Senator Morin: They are currently being set up. There are about 20 of them.

Dr. Lalonde: In Quebec, we have what are called groups of family doctors, family medicine groups, and I know that an investigation was carried out in Montreal. It did not cover all of Quebec, but there was an investigation in Montreal, asking general practitioners whether family physician groups had any importance for them.

About 5 per cent of them said that they were very important. Thus, in fact, there is either lack of knowledge, a lack of interest, or a lack of open-mindedness among the doctors with regard to this.

Perhaps the physicians working in Montreal — research was done on the age of these physicians — are older and do not want to change their current practice. Perhaps younger doctors will have to go through a renewal process in order to open up to multidisciplinary work, as Dr. Roy said.

Let me come back to what Dr. Wilkins said. Primary care work opens the doors to many more people, but training is also needed.

Primary care work cannot be done at random. It takes a certain amount of training, of education, as well as the ability to intervene while knowing when one must refer to a higher level to meet the needs of patients.

At the Louis-H. Lafontaine Hospital where we work, we have an equivalent to what Dr. Farquhar called PACTs, or ACTs; we call them SIMs: suivi intensif dans le milieu (intensive follow-up in the community). For nearly two years, I have been working together with people who do intensive follow-up work in the community.

I have two comments about this matter. Most of the SIM teams, work with 10 to 12 patients. This can be convenient when they make 2, 3 or 4 visits a week. Often, they are deterred by the fact that no more than 12 patients can be admitted, but nonetheless, they only make one visit every two weeks.

We should be looking at the number of visits rather than at the number of patients. Secondly, training is also involved; these people have plenty of good will, but they intervene according to the level of their training. You can rest assured that when dealing with schizophrenic patients like the ones I treat, it takes something more than just good will.

Dr Lalonde: En effet, je n'ai pas parlé des équipes de 1ère ligne, parce qu'au Québec, dans une certaine mesure, elles sont peut-être remplacées par ce qu'on appelle les CLSC. Mais je ne connais pas exactement la nature des équipes de 1ère ligne que vous mentionnez.

Le sénateur Morin: On est en train des mettre sur pied actuellement. Il y en a une vingtaine.

Dr Lalonde: Au Québec, on a ce qu'on appelle les groupes de médecins de famille, les groupes de médecine familiale, et je suis au courant qu'il y a eu une enquête à Montréal. Ce n'était pas pour l'ensemble du Québec, mais qu'il y a eu une enquête à Montréal, où on demandait aux omnipraticiens quelle importance ils accordaient aux groupes de médecine de famille.

À peu près 5 p. 100 ont dit que c'était très important. Donc, effectivement, il y a soit une méconnaissance, soit un manque d'intérêt, soit un manque d'ouverture des médecins pour cet aspect-là.

Peut-être que les médecins qui travaillent à Montréal — on a fait des recherches sur l'âge de ces médecins —, sont plus âgés et ils ne veulent peut-être pas changer leur pratique maintenant. Cela prendra peut-être tout un renouvellement chez les jeunes médecins pour qu'ils s'ouvrent à la multidisciplinarité, comme le disait la Dre Roy.

Je reviens à ce que disait le Dr Wilkins. Faire de la 1ière ligne, cela ouvre les portes pour accueillir beaucoup plus de monde, mais il y a aussi une question de formation.

Il ne s'agit pas de faire n'importe quoi en 1ière ligne. Cela demande un niveau de formation, d'éducation, puis de capacité d'intervenir et de savoir quand il est nécessaire de référer à une ligne supérieure et pour pouvoir répondre aux besoins de ces patients.

À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine où on travaille, on a l'équivalent de ce que le Dr Farquhar appelait les PACT ou les ACT; et cela s'appelle les SIM: suivi intensif dans le milieu. Cela fait à peu près deux ans que je collabore avec des gens qui font du suivi intensif dans le milieu.

J'ai deux remarques à faire à ce sujet. Dans la plupart des équipes, les SIM, on alloue une dizaine de patients, entre dix et douze patients. Cela peut être convenable quand ils font deux, trois ou quatre visites par semaine. Souvent, ils se bloquent sur l'aspect qu'on ne peut pas prendre plus que douze patients et pourtant, ils ne font qu'une visite à tous les quinze jours.

Il faudrait plutôt compter le nombre de visites que le nombre de patients. Deuxièmement, c'est aussi une question de formation, ces gens sont pleins de pleine bonne volonté, mais ils interviennent selon leur niveau de formation. C'est sûr que quand on s'adresse à des patients schizophrènes comme ceux que je soigne, cela demande un peu plus que de la bonne volonté.

[English]

Dr. Roy: To go back to your first question, I think that there is reluctance from the psychiatrists' point of view and also from the general practitioners' point of view. For these reasons, we do much more first-line work than we should.

There is a tradition in our system whereby we work mainly through the relationships we have built with the patients over the years, so it is difficult in our line of work to see someone for the first time for a few minutes. In one pattern of practice, a psychiatrist meets with the patients two or three times and then they go back to the primary caregiver. Then at the other end of the spectrum, you have somebody who can take only one new case every two or three months because his caseload is too heavy.

We need to think about levels of care. At one end, you have a quick consultation, you have patients that stay on your caseload forever, and you have patients whom you would see, let's say, every six months and the rest of the time the family doctor will see them on a regular basis and call you once in a while to say that someone is getting worse. "What should we do?"

There is a tradition among some psychiatrists of working mainly with the same patients and the same caseload all the time, because that is how they were taught to do things. Also, they feel that the special relationship they have with their patients is something that they need to build on, and it is quite easy for them, when they see their patients getting sick again, to figure out what to do very quickly, because they have seen the patient acutely ill four or five times before. That is one important reason.

On the other hand, for the family doctors, there are certainly problems related to their training. There is also a major obstacle related to funding, how they are paid by the health care system. You can deal much faster with a patient with a physical illness than one with a mental health problem. You would have to spend perhaps half an hour or an hour on the same patient.

[Translation]

Senator Morin: I understand your explanations as well as those of Dr. Lalonde. But having specialists give primary care is certainly not a good way to use resources. I understand all the reasons, either they are not qualified, or they are not willing, because they lose money, and so on and so forth.

Nonetheless, we should at least try to have primary care given by primary care physicians so that 3rd line care is administered by 3rd line physicians. But this does not seem to meet with your approval, you seem to prefer the status quo.

[Traduction]

Dre Roy: Pour revenir à votre première question, je pense que l'hésitation à opter pour cette formule vient à la fois des psychiatres et des généralistes. Et c'est pour cela justement que nous effectuons beaucoup plus de travail de première ligne que nous ne le devrions.

Dans notre système, et ce, par tradition, nous aimons bâtir des liens au fil des ans avec nos patients, de sorte qu'il est difficile pour nous dans notre spécialité d'accepter de voir quelques minutes à peine quelqu'un pour la première fois. Dans un des modes de fonctionnement, le psychiatre rencontre ses patients deux ou trois fois, puis les renvoie à ceux qui dispensent les soins primaires. À l'autre extrême, il y a l'autre mode de fonctionnement, qui est celui du spécialiste qui ne peut assumer qu'un nouveau cas tous les deux ou trois mois parce que sa charge de travail est trop lourde.

Nous devons réfléchir aux niveaux de soins. À une extrémité, il y a la consultation rapide et les patients qui restent à votre charge indéfiniment, alors qu'à l'autre, il y a des patients que vous voyez environ tous les six mois mais qui consultent le reste du temps leur médecin de famille qui les reçoit régulièrement et qui vous appelle de temps en temps pour vous informer que l'état de santé de tel ou tel patient s'empire. Quelle méthode choisir?

Certains psychiatres choisissent traditionnellement de travailler principalement avec les mêmes patients et de garder constamment la même charge de travail, parce que c'est ainsi qu'ils ont appris à fonctionner. De plus, ils ont l'impression qu'ils doivent nourrir ces liens particuliers qu'ils ont développés avec leurs patients, et lorsqu'ils voient leur état de santé empirer, il leur est alors très facile de décider comment réagir et quoi faire, parce qu'ils les ont déjà vus quatre ou cinq fois auparavant gravement malades. C'est une des raisons.

Par ailleurs, il y a du côté des médecins de famille sans aucun doute des problèmes liés à leur formation, sans parler de l'obstacle considérable que représente le financement, c'est-à-dire la façon dont ils sont indemnisés par le système de soins. C'est parce qu'il est beaucoup plus facile de traiter un patient qui présente un problème physique qu'un patient qui présente un problème de santé mentale. Dans ce dernier cas, il faut lui consacrer d'une demi-heure à une heure.

[Français]

Le sénateur Morin: Je comprends vos explications et celles du Dr Lalonde. Mais ce n'est sûrement pas une bonne utilisation des ressources que de faire administrer des soins de 1^{ère} ligne par des spécialistes. Je comprends toutes les raisons, qu'ils ne sont pas compétents, puis qu'ils ne veulent pas, puis que ce n'est pas payant, et tout ce que vous voulez.

Le fait demeure qu'on devrait au moins viser à ce que les soins de 1^{ère} ligne soient faits par des médecins de 1^{ère} ligne et que les soins de 3^e ligne soit faits par les médecins de 3^e ligne. Enfin, cela ne semble pas avoir de résonance parmi vous autres, vous semblez vouloir défendre le statu quo.

Dr. Roy: Oh no, we are not defending the status quo. Obviously, we need different levels of care and we need to work together. And it is a very interesting challenge to work on the 3rd line, and when I work at Pinel, I should say that I am working on the 4th line: the people who come to consult me are psychiatrists. Of course, when people come to see me as a last resort, they have very complicated questions. In such cases, I figure that four or five others have already had problems with the patient now sitting before me.

I have to investigate much more deeply. I think that we will have to adapt the system so as to do this work as efficiently as possible.

Mr. Leclerc: For the past three years, the Louis-H. Lafontaine hospital has endeavoured to transfer patients to general practitioners in the community. I was looking for 350 persons who would be ready to be cared for by a general practitioner. It was impossible to find them, although I consulted universities, private clinics and CLSCs.

In terms of front-line services to accommodate patients — in Quebec it is the CLSC — there is absolutely no accessibility here. It is clear that patients are not eligible for CLSC services. This is a second problem.

Third, in Montreal, there are plans to develop clusters of family doctors. Last week, it was confirmed that there will only be three of these, and in the east there will be none at all.

[English]

Dr. Farquhar: If I may speak, Senator Morin, I agree with your thinking that we can get more for our money, and the way to do that is by case management.

You would not tell somebody who has trained as a hospital administrator to go and clean the bathrooms for 10 years. That would be crazy. It is the same with utilization of doctors and psychiatrists. We do not need an M.D. or a psychiatrist to do psychotherapy for a depressed person. If you have a B.A. in psychology, some on-the-job training and some other types of quality assurance, and you are in a team supervised by a doctor, one doctor will seem to produce an enormous amount of work. Just as we are seeing in the United States an explosion in this category of worker called the “case manager,” who is not necessarily highly trained at the beginning.

If, in Quebec, we suddenly got back that \$130 million for mental health, how would we spend it? I would suggest spending it mostly for new case managers, and some on new secretaries,

Dre Roy: Oh! non, on ne défend pas le statu quo. On a besoin des différents paliers de soins, on a besoin de travailler en collaboration avec d'autres, c'est clair. Et c'est un défi très intéressant de travailler en 3^e ligne, et quand je travaille à Pinel, je peux dire que je travaille en 4^e ligne: les gens que je vois en consultation, ce sont des psychiatres. C'est sûr que quand les gens m'arrivent, et que je suis au bout de la chaîne, ils posent des questions très compliquées. Puis là, je me dis qu'il y en a quatre ou cinq autres qui se sont cassés la tête sur le même patient avant que cette personne arrive devant moi.

Je suis obligé de fouiller et d'aller beaucoup plus loin. Je pense qu'on va devoir pousser sur le système pour que cela puisse se faire de la façon la plus rentable possible.

M. Leclerc: Depuis trois ans, on a entrepris, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, des démarches pour transférer des patients à des médecins généralistes dans la communauté. Entre autres, je cherchais moi-même 350 personnes qui étaient prêtes à être prises en charge par un omnipraticien. Impossible à trouver, malgré une consultation auprès des universités et auprès des cliniques privées et des CLSC.

D'autre part, en ce qui concerne le réseau d'hébergement, pour la prise en charge par la 1^{re} ligne — pour nous c'est le réseau des CLSC —, il n'y a aucune accessibilité. C'est clair, les patients ne peuvent recevoir des services des CLSC. C'est un deuxième problème.

Troisièmement, à Montréal, on parle de développer des groupes de médecins de famille. La semaine dernière, on a eu la confirmation qu'il y en aura trois seulement, et parmi les trois, il n'y en aura aucun dans l'Est.

[Traduction]

Dr Farquhar: Me permettez-vous d'intervenir, sénateur Morin? Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que nous pouvons rentabiliser nos investissements, et la façon de faire c'est en gérant les cas.

On ne peut pas demander à celui qui a été formé comme administrateur d'hôpital d'aller nettoyer les salles de bains pendant 10 ans. Ce serait complètement fou. Il en va de même pour l'utilisation des médecins et des psychiatres. Il n'est nullement nécessaire d'avoir un médecin généraliste ou un psychiatre pour traiter en psychothérapie quelqu'un qui est déprimé. Si vous avez un baccalauréat en psychologie, un peu de formation sur le tas et quelqu'un qui s'assure de la qualité de votre travail, et si de plus vous faites partie d'une équipe chapeauté par un médecin, vous pourrez faire l'affaire. Et il semblera à tous que le médecin chapeautant l'équipe est extrêmement productif. On assiste justement aux États-Unis à une explosion de cette catégorie de travailleurs que l'on appelle les gestionnaires de cas, et qui n'est pas nécessairement l'élite professionnelle au départ.

Comment dépenserions-nous les fonds si, au Québec, nous parvenions à récupérer du jour au lendemain les 130 millions de dollars dont on a parlé pour la santé mentale? Je suggérerais de

because there are a lot of psychiatrists who, after a consultation, write as if they were in the 19th century.

The Chairman: Are you serious?

Dr. Farquhar: I am afraid so.

The Chairman: On top of that, nobody can read the writing.

Dr. Farquhar: That is right, so then a secretary might retype the report.

I am on a committee at my hospital looking at that and we found that we do not have enough capacity for dictation and transcription, which is why people do not use it and write as if they were in the 1850s. Thanks for listening.

The Chairman: I have to tell you that the members of this committee are learning interesting facts about the mental health system that border on the kinds of things we use to read in "Ripley's Believe It or Not."

Dr. Israël: Dr. Farquhar is using the term "case manager," but I would like to return to the idea I presented about the mental health workers. Going back to what Senator Morin was saying, is the principle of creating interdisciplinary teams within the first line, so that the family physicians do not have to learn to be psychiatrists, but are assisted by people who have the training to deal with mental health problems on the front line. You have to make a distinction between the severe and the persistent problems, which are a small percentage that require specialized services. Maybe one day in the distant future, when the front-line people feel more comfortable with our patients, they can take them when they are stable. However, what about the large proportion of patients who present with acute transient problems, with depressions that can be treated in a few months? Think of coupling a G.P. with a mental health worker who can also do an evaluation and provide the therapy, or the G.P. just prescribing the medication. I think this would be a good way of using our health care dollars.

Dr. Kates from McMaster University published a paper last year in the Canadian journal in which he demonstrated that introducing counsellors into primary care did help patients do better. They did better not just in terms of health problems that were identified as such, but in terms of other problems that impact on the physical health of our citizens and which are not being addressed because people pursue the medical model and prefer to ignore the other dimension.

The Chairman: Dr. Israël, when you say a "counsellor," what do you mean? A psychologist, social worker or whatever?

dépenser la somme en particulier à recruter de nouveaux gestionnaires de cas, à qui on associerait quelques nouvelles secrétaires, puisque beaucoup de psychiatres rédigent leurs rapports de consultation, comme si l'on était encore au XIX^e siècle.

Le président: Vous n'êtes pas sérieux?

Dr Farquhar: Si, je le crains.

Le président: En plus, c'est illisible.

Dr Farquhar: C'est sûr, et c'est pourquoi la secrétaire doit retaper son rapport.

Je fais partie d'un comité à mon hôpital qui se penche sur ce problème, et nous avons constaté que nous n'avions pas suffisamment de capacité de dictée ou de transcription, et que c'est la raison pour laquelle nos médecins ne faisaient pas appel aux secrétaires et rédigeaient leurs rapports comme au XIX^e siècle. Merci de votre écoute.

Le président: Je dois avouer que les membres du comité sont en train d'entendre des choses très intéressantes au sujet du système de soins de santé et que ce que nous apprenons frise l'incroyable, comme ce que l'on peut lire sur le ouëbe.

Dr Israël: Le Dr Farquhar utilise l'expression «gestionnaire de cas», mais j'aimerais revenir à l'idée que j'ai exposée au sujet des intervenants en santé mentale. Pour revenir aux propos du sénateur Morin, il s'agit de créer des équipes multidisciplinaires parmi les intervenants de première ligne, de manière à ce que les médecins de famille n'aient pas à devenir des psychiatres, mais qu'ils soient plutôt secondés par des gens ayant la formation voulue pour intervenir d'entrée de jeu auprès des personnes atteintes de troubles mentaux. Il faut distinguer les problèmes graves des problèmes persistants, lesquels sont peu nombreux et nécessitent des soins spécialisés. Il se pourrait qu'un jour, quand les intervenants de première ligne se sentiront plus à l'aise avec nos patients, qu'ils puissent les prendre en charge quand ils sont stables. Cependant, qu'en est-il de la forte proportion de malades qui présentent des problèmes transitoires aigus, des dépressions qui peuvent être traitées en quelques mois? Un omnipraticien pourrait travailler en tandem avec un intervenant en santé mentale qui ferait l'évaluation et offrirait la thérapie, ou l'omnipraticien pourrait simplement prescrire les médicaments. Je pense que les fonds consacrés aux soins de santé seraient alors bien utilisés.

Dans un article paru l'année dernière dans une revue canadienne, le Dr Kates de l'Université McMaster a prouvé que l'intégration de thérapeutes dans le secteur des soins primaires avait effectivement un effet bénéfique sur le patient. L'issue de leur intervention est meilleure non seulement en ce qui concerne les problèmes de santé clairement identifiés, mais en ce qui concerne d'autres difficultés qui se répercutent sur la santé physique de nos citoyens et dont on ne s'occupe pas parce qu'on applique le modèle médical et on préfère faire abstraction de l'autre dimension.

Le président: Docteur Israël, qu'entendez-vous par «thérapeute»? Un psychologue, un travailleur social ou un autre type d'intervenant?

Dr. Israël: It could even be someone with a technical degree. For instance, in Quebec we have “techniciens en travail social.” They study for three years after high school.

The Chairman: At a CEGEP, typically?

Dr. Israël: Yes. There has to be some kind of supervised clinical experience, and so on.

Senator Cordy: Thank you to all of you for taking the time today, because I know you are all busy, just from the things that you have stated.

Staying with Senator Morin’s line of questioning, Dr. Israël, you talked about the “silos,” and on our very first day of hearings we heard from a lady who has bipolar disorder about the number of times that she had to retell her story. Every time she saw somebody new, she had to retell the story. She talked about the difficulties that that created for her with her illness, just having to keep reliving it. We talked earlier about lack of communication. We have talked about electronic patient records, which would help in passing along information, and about case management, primary health care teams and counsellors, which we just mentioned.

What we have now is fee for service. Doctors get paid because they see the patients. These things do not really fit into that model because, as Dr. Roy said earlier, you can spend at least an hour talking with people, particularly the first time, just to get their story and find how best to meet their needs.

Is there a first step, or do we all of these things that we have talked about this afternoon at the same time? Where do we start?

Dr. Israël: We have been talking a lot in Quebec about “les réseaux de services intégrés.” These are networks that integrate several organizations and services around the patient. Within that network, there has to be a person named as the primary case manager or the patient’s primary therapist.

You mentioned a lady who had to keep telling her story because she did not have someone assigned to her as her advocate, who would coordinate her treatment, who would reach out to other organizations. I think this is a way to start. People with severe and persistent disorders have a right to have such a person assigned to them. It may well be that our institutions that specialize in mental health services can be responsible for providing that care, but there has to be communication among the organizations and from one system to another.

I wanted to tell a little story about last year. Our régie régionale threatened to close down the Salvation Army mental health shelter. This is an 80-bed institution that was viewed as too much like an asylum. They had asked for more money because the Salvation Army is a non-profit organization that works through donations, and given that all the anglophone donors fled our province way back when, they were running short. They were

Dre Israël: Ce pourrait même être une personne ayant un diplôme d’études techniques. Au Québec par exemple, nous avons des «techniciens en travail social». Ils suivent une formation postsecondaire de trois ans.

Le président: Dans un CEGEP, en règle générale?

Dre Israël: Oui. Il faut également qu’ils acquièrent une certaine expérience clinique dans des conditions d’encadrement.

Le sénateur Cordy: Je vous remercie tous d’avoir pris le temps de venir aujourd’hui parce que je sais que vous avez tous un emploi du temps fort chargé, simplement à entendre tout ce que vous avez dit.

J’aimerais poursuivre dans la même veine que le sénateur Morin. Docteur Israël, vous avez dit que le système est compartimenté. Lors de notre toute première journée d’audiences, une dame qui souffre du trouble bipolaire est venue nous dire combien de fois elle avait dû répéter son histoire. Chaque fois qu’elle voyait un nouvel intervenant, elle devait recommander. Elle a expliqué les difficultés que cela lui avait causées, du fait qu’elle devait sans cesse revivre l’expérience éprouvante de sa maladie. Nous avons parlé tout à l’heure du manque de communication. Nous avons parlé des dossiers médicaux électroniques, qui faciliteraient la communication de l’information et également de la gestion des cas, des équipes de soins primaires et des thérapeutes.

À l’heure actuelle, les médecins sont rémunérés à l’acte, quand ils voient des patients. Or, tout cela n’est pas vraiment approprié car comme la Dre Roy l’a souligné, vous pouvez passer une bonne heure à parler avec un patient, particulièrement la première fois, uniquement pour connaître ses antécédents et déterminer la meilleure façon de répondre à ses besoins.

Faut-il procéder par étapes ou doit-on faire tout ce qui a été mentionné cet après-midi en même temps? Par où commencer?

Dre Israël: Au Québec, on parle beaucoup des réseaux de services intégrés. Il s’agit de réseaux qui intègrent plusieurs organisations et services centrés sur le patient. Dans ce réseau, il faut qu’une personne soit désignée comme le principal responsable du cas ou le principal thérapeute du patient.

Vous avez parlé de cette dame qui devait sans cesse répéter son histoire parce que personne n’avait été chargé de veiller à ses intérêts, de coordonner son traitement ou de communiquer avec d’autres organisations. Ce serait déjà un premier pas. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants ont le droit de pouvoir compter sur un intervenant qui serait chargé de s’occuper d’elles. Il se peut que nos institutions spécialisées dans les services de santé mentale soient à même d’offrir de tels services, mais il faut que les divers organismes et systèmes communiquent entre eux.

Je voudrais vous raconter ce qui s’est passé l’année dernière. Notre régie régionale menaçait à l’époque de mettre la clé dans la porte de la maison de refuge pour malades mentaux de l’Armée du Salut, une institution d’environ 80 lits, parce qu’elle était trop apparentée à un asile. Or, la maison d’hébergement avait demandé une rallonge de fonds étant donné que l’Armée du Salut est une organisation sans but lucratif qui ne vit que par les

asking for money because they were providing a service and they were threatened with closure. We all got together as a network to advocate that it remain open. The government was still refusing to give the money, but then we asked for time to try to help them get organized. They agreed to give money for one year on the condition that I, because it is part of my sector, our hospital, would get involved in making them accountable to the system in some way.

We put a committee together and we had people from local clinics and several community organizations coming forward to talk to these people, who were astounded by the support they got. This has encouraged communication to the point that they are going to develop a board including community people, because the Salvation Army wants to be part of our community and of a system that coordinates the delivery of mental health care.

Now when they call us, we know who they are. When we call them, they know who we are. We need joint projects where can learn to work together.

Dr. Farquhar: Where do we start? Something is happening in some places and not in others, and that is the application of enlightened business principles that have been around for the last 10 years. That includes setting goals and priorities, using quality assurance, and some other principles that go along with those things, and it is happening at our hospital. I am very happy about that, but it is not happening everywhere, and I am not sure that it is happening at the ministry level. They tried, but they do not have enough money.

Senator Cordy: Just a quick question, Dr. Leclerc. You talked about needs in housing, in work, in family. I am quite interested in family, because if you look at the patients who do well, they are generally those who have strong support from their families. However, very often, the families do not feel that they are getting support from the system or from the community in dealing with a family member who is mentally ill. How do you help families? Earlier this morning, we talked about families getting a break from caring for an individual, which might make them more inclined to keep that individual at home.

Even families that do not necessarily have the child living with them but try to work within the system are rebuked, almost.

dans qu'elle reçoit, dans qui lui faisaient cruellement défaut puisque les donateurs anglophones avaient quitté la province déjà à l'époque. Elle demandait donc des fonds supplémentaires pour pouvoir fournir le service requis et parce qu'elle était menacée de fermeture. Nous nous sommes tous réunis et avons formé un réseau pour demander que cette maison d'hébergement reste ouverte. Le gouvernement refusait toujours d'accorder la rallonge, mais nous avons ensuite demandé un délai supplémentaire pour aider l'Armée du Salut à s'organiser. Le gouvernement a accepté de subventionner la maison pendant un an à la condition que je mette la main à la pâte et que j'oblige la maison d'hébergement à rendre des comptes à la régie régionale d'une façon ou d'une autre, étant donné qu'elle faisait partie du secteur que couvrait mon hôpital.

Nous avons donc mis sur pied un comité et regroupé des représentants des cliniques locales et de diverses organisations communautaires qui sont venus offrir leur soutien à l'Armée du Salut, à la grande surprise de celle-ci. Cet incident a alimenté la communication au point où l'Armée du Salut a l'intention d'inclure des représentants de la collectivité à son conseil d'administration, puisqu'elle veut faire partie intégrante de la collectivité et d'un système de santé qui coordonne la prestation des soins en santé mentale.

Aujourd'hui, quand l'Armée du Salut nous appelle, ou quand nous l'appelons, nous nous reconnaissons mutuellement. Voilà le type de projets conjoints qui sont nécessaires pour que nous apprenions tous à travailler collectivement.

Dr Farquhar: Par où commencer? Les initiatives émanent de certains milieux parce que dans ceux-ci, contrairement à ce qui se fait ailleurs, on y applique les principes commerciaux éclairés qui circulent déjà depuis 10 ans. Ces principes incluent notamment l'obligation de se fixer des objectifs et des priorités, le recours à l'assurance de la qualité, et l'application d'autres principes connexes. C'est ce que nous faisons à notre hôpital, ce dont je me réjouis, mais cela ne se fait pas partout, peut-être même pas au ministère. On a bien essayé, mais l'argent semble faire défaut.

Le sénateur Cordy: Une brève question, monsieur Leclerc. Vous avez parlé de besoins par rapport au logement, au travail et à la famille. La situation de la famille m'intéresse grandement, car si vous regardez quels sont les patients qui se portent mieux, ce sont généralement ceux qui ont un appui indéfectible de leur famille. Toutefois, il arrive souvent que les familles aient l'impression d'être démunies et que ni le système ni la collectivité ne les aident à s'occuper d'un de leurs membres qui souffre de troubles mentaux. Que faites-vous pour aider les familles? Plus tôt ce matin, on a parlé de périodes de repos dont pourraient profiter les familles qui ont à charge un malade, ce qui pourrait les inciter plus volontiers à prendre soin de ceux-ci à domicile.

Même les familles qui ne gardent pas leur enfant malade à domicile mais qui essaient néanmoins de fonctionner à l'intérieur du système de soins se le font presque reprocher.

[Translation]

Mr. Leclerc: I was saying earlier that in terms of families — this problem does of course exist also for adults residing with their parents or relatives — it is important that these families be able to take the time occasionally to recharge their batteries, get a change of scene and go out. The only way they can do this is to provide tailor-made services geared to providing caregivers with a break. There are some in existence already, but very few. Very few tailor-made care services for mentally-ill patients exist. Money needs to be made available to support the family fabric and to promote communication between professionals and families. Often, and it must be said, mentally-ill patients are looked after but their families are forgotten.

It is important to maintain harmony between families, professionals and the users of services, in order that patients may continue to live in their natural environment.

However, more often than not, families find themselves totally devoid of support and often give up. People who find themselves in a difficult situation, and constantly facing major problems, give up in the end. The initial reaction is to hospitalize the patient. These patients are often hospitalized, and in many cases for long periods.

This type of situation is extremely harmful for people in terms of social rehabilitation. Therefore, it is very important to provide money for specialized mental health care organizations, be they geared to young people or to adults.

[English]

Senator Cordy: I know this started in Nova Scotia a number of years ago with seniors who were living with their children and it was called almost a “daycare” for seniors. The same type of program would seem to be something that could work.

[Translation]

Senator Pépin: Doctor Wilkins, you said earlier that you now deal with teenagers suffering from eating disorders, such as bulimia or anorexia.

It is also possible that these patients have other undiagnosed illnesses. For example, they may be suffering from specific heart diseases or other types of ailments. One seems to hear a lot more about autism or schizophrenia than anorexia or bulimia.

If these patients are not given proper treatment, do you think that it is possible that they might end up attempting to commit suicide? I read somewhere that the hospitalization rates for young women, aged between 15 and 24 years old, suffering from these types of ailments, has significantly increased. Has the fact that more young adult women suffer from these disorders always been known or was it something that has only recently been discovered? Indeed, are more women currently suffering from these types of disorders?

[Français]

M. Leclerc: Je disais tout à l'heure qu'au niveau des familles — le problème existe aussi pour une personne adulte qui vit avec ses proches ou ses parents —, il est important que ces familles puissent de temps en temps récupérer, ventiler, sortir. La seule façon, c'est d'avoir des services de répit adaptés. Il en existe, mais très peu. Il existe très peu de services de gardiennage adaptés pour nos personnes souffrant de maladie mentale. Il faudrait allouer des fonds pour maintenir le tissu familial en bon état et favoriser les communications entre les professionnels et la famille. Souvent, et il ne faut pas se le cacher, on s'occupe de la personne mais on oublie la famille.

Il est important de maintenir l'harmonie entre la famille, les professionnels et les utilisateurs de services, afin de garder les gens dans leur milieu naturel.

Par contre, plus souvent qu'autrement, ces gens-là se retrouvent sans support et ils se découragent. La personne qui est en difficulté, en état de crise constant, finit par se décourager. Le premier réflexe, c'est d'hospitaliser cette personne. On se retire et, dans bien des cas, on se retire à long terme.

Ceci est extrêmement néfaste pour les personnes en ce qui a trait à la réintégration. Il est donc très important d'allouer des fonds au niveau des organismes de répit spécialisés en santé mentale, que ce soit pour les jeunes ou pour les personnes adultes.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: Je sais que tout cela a commencé en Nouvelle-Écosse il y a plusieurs années, avec un programme permettant aux personnes âgées de cohabiter avec leurs enfants; on parlait presque d'une garderie pour personnes âgées. Un programme semblable pourrait peut-être donner des résultats.

[Français]

Le sénateur Pépin: Docteur Wilkins, vous avez dit tantôt que vous vous occupez maintenant d'adolescentes qui ont des troubles d'alimentation, tels que la boulimie et l'anorexie.

Ces mêmes patientes peuvent aussi dissimuler d'autres maladies. Par exemple, elles peuvent peut-être avoir une certaine maladie cardiaque ou autre chose. On entend beaucoup moins parler d'anorexie et de boulimie que de l'autisme ou de la schizophrénie.

Si elles ne sont pas suivies de près, les personnes qui souffrent de ce genre de maladies peuvent-elles en arriver à vouloir se suicider? J'ai lu que le taux d'hospitalisation des jeunes femmes, entre 15 et 24 ans, qui souffrent de ces problèmes-là et qui sont hospitalisées, a considérablement augmenté. Est-ce que le fait d'avoir plus de jeunes femmes adultes souffrant de ces désordres a toujours existé ou était-ce dissimulé? Y a-t-il actuellement plus de femmes qui souffrent de ces problèmes?

Dr. Wilkins: Eating disorders are significantly more common in the west. People involved in teenage medicine have always been inundated with patients with eating disorders, especially restrictive mental anorexia and nervous bulimia.

I do not include obesity. Scientifically speaking, the jury is out on this issue, but in my personal opinion, there is no link. However, this is quite debatable.

We deal with teenagers with eating disorders. This type of illness continues, on average, for approximately four years, from the time the first symptoms occur until menstruation returns, for example. Restrictive mental anorexia will last about four years.

I would just like to mention in passing here that not all approaches work well for eating-disorder patients. You have to be very careful in using American models for patients such as these. I am not really in favour of what has been said on this issue. However, that is all I will say on that for the moment.

The older eating disorder patients get, the more likely you are to find, in addition to the anorexia, other types of ailments. This is what we call comorbidity. Patients might suffer from mood problems, depression, personality disorders, or more serious psychological illnesses.

Sometimes, patients have an element of all these problems and it can take some time to sort that person out. Normally, patients do recover. The majority of teenage medicine physicians estimate that approximately 70 per cent of their patients solve their problems during their teenage years. However, 30 per cent of patients will develop some form of chronic disease.

These patients are treated at the Douglas Hospital in Montreal under the very effective agreement that we have with this hospital. Obviously, this hospital deals with patients who probably have more complex disorders than the ones that we tend to deal with in our facility.

We have to turn to hospitals because there is no other choice. If there were alternative facilities, we might be able to avoid having to hospitalize these patients in hospital facilities, which cost between \$800 and \$900 a day.

We send patients to hospitals because that is what we have available to us. We need alternative facilities providing more comprehensive, wide-ranging and tailor-made programs. However, we are facing an ever-increasing number of patients and resources have failed to keep pace with this increase. The same situation is occurring almost everywhere in the world, not just here in Quebec.

Senator Morin: To follow on from Senator Pépin's question, has this actually increased?

Dr Wilkins: Les troubles de la conduite alimentaire sont nettement plus répandus dans le monde occidental. Les gens qui s'occupent de médecine de l'adolescence ont tous été débordés de problèmes des troubles alimentaires, surtout l'anorexie mentale restrictive et la boulimie nerveuse.

J'exclus l'obésité. Les avis sont partagés au plan scientifique, mais à mon avis il n'y a pas de rapport. Mais c'est discutable.

Nous accueillons ceux qui ont des troubles de la conduite alimentaire à l'âge de l'adolescence. On sait que c'est une maladie dont la durée moyenne sera environ de quatre ans, à partir du moment du début de la symptomatologie jusqu'au moment du retour des menstruations, par exemple. Disons quatre ans chez quelqu'un qui souffre d'une anorexie mentale restrictive pure.

J'ouvre une parenthèse ici pour dire que le mode d'intervention du questionnaire de cas ne marche pas pour ce qui est des troubles alimentaires. Il faut être extrêmement prudent dans l'application des modèles américains en ce qui concerne des maladies comme celles-là. Je ne suis pas beaucoup en faveur de ce qui a été dit à ce sujet. Je ferme la parenthèse.

Plus celles qui ont des troubles de la conduite alimentaire vieillissent, plus il y a de risques qu'on retrouve, associée avec l'anorexie, une autre pathologie, ce qu'on appellera la comorbidité. On peut retrouver des troubles de l'humeur, des états limites, des troubles du caractère ou des états dépressifs.

Parfois, on retrouve un petit peu tout et cela peut prendre du temps pour tout démêler tout cela. Habituellement, les patientes réussissent à fonctionner. La plupart des gens en médecine de l'adolescence pensent qu'à peu près 70 p. 100 de leurs patientes finiront par régler leurs problèmes durant leur adolescence. Mais 30 p. 100 de nos patientes vont évoluer vers une certaine forme de chronicité.

Ces patientes sont traitées à l'Hôpital Douglas de Montréal à cause de la très bonne entente que nous avons avec cet hôpital. Il est évident qu'ils se retrouvent alors avec une clientèle probablement plus complexe que celle que nous avons au point d'entrée.

On utilise le milieu hospitalier parce que c'est le seul choix. S'il y avait d'autres centres, on pourrait éviter d'admettre ces patients dans des centres hospitaliers où le per diem se chiffre à 800 \$ ou 900 \$ par jour.

On utilise le milieu hospitalier parce que c'est ce qui est disponible. Il faudrait avoir d'autres centres avec des programmes plus complets, plus diversifiés et plus adaptés. Mais on a été envahi par cette clientèle et les ressources n'ont pas augmenté en conséquence. Et c'est partout dans le monde, pas seulement au Québec.

Le sénateur Morin: Pour revenir à la question du sénateur Pépin, cela a-t-il effectivement augmenté?

Dr. Wilkins: Yes, we have seen an increase. And as you mentioned it is difficult to send these patients back to primary care because they are complex cases and their conditions are time-consuming. People in primary care tell us that they do not have the know-how and that they do not have the necessary skills to deal with these patients.

Senator Morin: How many specialists like you are there in Quebec?

Dr. Wilkins: There are very few specialists in teenage medicine. In fact, I was the very first specialist in this area.

Senator Morin: Would you put it at four or five?

Dr. Wilkins: Let us say about ten of us.

Senator Morin: Therefore you are not in a position to treat everyone with nervous anorexia in Quebec. Who treats these people, therefore?

Dr. Wilkins: Indeed. These patients are sent to us from all over the country. We have a small cluster of specialists in Quebec city. In Montreal, we are quite lucky because we have several clusters of physicians. However, this is a problem throughout the province and indeed throughout the country.

Requests are coming in from all over the world, including the United States, because treatment for mental anorexia in the United States costs a fortune. Recently, a parent published a book about his daughter entitled: *One Million and a Half After*. She eventually passed away after several years of treatment.

Indeed, treatment for eating disorders is very expensive. We are lucky here in Canada and in the Province of Quebec. However, in my opinion, we need to undertake a reorganization of the way we provide care. We need to provide training. There is a role for all stakeholders. Ordinary people can do a lot with these sick little girls, if they have some training on what to do, and then they can turn to us if things get really bad.

We have set out hospitalization criteria in teenage medicine. For example, a heartbeat below fifty is a grave problem. In cases of restrictive anorexia, the cause of death is usually a heart attack.

Yesterday, I visited a little girl in Victoriaville who had been unable to get hospital treatment in Victoriaville. I intend to bring her to our facility for a few weeks and then to send her back to Victoriaville.

There are procedures like these ones that work quite well. However, we find it very difficult to send these patients back to CLSCs or to other facilities.

Senator Pépin: That was my next question, in fact. You said that you have a good partnership with the Douglas Hospital, but what happens to other patients and other teenagers? Apparently, once these patients reach 18 years of age they are no longer admitted to this hospital because they are considered adults.

Dr Wilkins: Oui, cela a augmenté. Et vous mentionnez que c'est une clientèle difficile à retourner en soins primaires parce que c'est complexe et parce que cela prend du temps. Les gens nous disent qu'ils n'ont pas l'expertise, qu'ils n'ont pas les compétences.

Le sénateur Morin: Il y a combien de spécialistes comme vous au Québec?

Dr Wilkins: En médecine de l'adolescence, on n'est pas nombreux. Moi, j'ai été le premier spécialisé.

Le sénateur Morin: Environ quatre ou cinq?

Dr Wilkins: Disons environ dix.

Le sénateur Morin: Vous ne pouvez pas soigner tous les cas d'anorexie nerveuse au Québec. Qui va le faire?

Dr Wilkins: Tout à fait. On nous les envoie et ils viennent de partout. Il y a un petit groupe de spécialistes à Québec. À Montréal, on est chanceux parce qu'on a quelques groupes. Mais c'est un problème à travers la province et à travers le pays.

On reçoit des demandes de partout, y compris les États-Unis, parce que cela coûte une fortune de se faire soigner aux États-Unis pour l'anorexie mentale. Quelqu'un vient de publier un livre au sujet de sa fille intitulé: *One Million and a Half After*. Après plusieurs années de traitement, elle est décédée.

Ailleurs, cela coûte très cher de faire soigner quelqu'un pour un trouble alimentaire. On est chanceux ici au Canada et au Québec. Mais à mon avis, il faudrait réorganiser dont on donne les soins. Il faut faire de l'enseignement. Il y a un rôle pour tous les intervenants. Les gens peuvent faire un bon bout de chemin avec ces petites filles, en autant qu'ils soient informés quant à la manière de faire et qu'ils puissent compter sur nous dans les situations où cela ne va pas.

En médecine de l'adolescence, nous avons établi des critères d'hospitalisation. Par exemple, un rythme cardiaque inférieur à cinquante pose un problème inquiétant. Dans la phase restrictive, la cause de décès sera sans doute l'arrêt cardiaque.

Hier, j'ai vu une petite fille de Victoriaville qu'on ne peut pas hospitaliser à Victoriaville. Je suis prêt à l'accueillir à l'hôpital pour quelques semaines et la renvoyer à Victoriaville par la suite.

Il existe des modalités comme celle-là qui fonctionnent assez bien. Mais on a beaucoup de difficulté à retourner ces patients dans les CLSC ou ailleurs.

Le sénateur Pépin: C'est ma prochaine question: vous faites peut-être un bon échange avec l'Hôpital Douglas, mais qu'en est-il des autres malades ou des autres adolescentes? On dit qu'à 18 ans, la porte est fermée, car ce sont maintenant des adultes.

Mr. Wilkins: It is we here in Montreal who see the most patients. For myself, if I see a young 16- or 17-year-old girl, and my intuition tells me that treatment will be long and complicated, then I get in touch with the Douglas to organize a transfer as soon as she reaches the age of 17.

That is how they received a young seventeen-and-a-half-year-old girl not long ago. We arrange the transfers because we see them coming. We can predict when they will be necessary, and we make arrangements.

Senator Pépin: What happens with other cases, cases that are neither anorexia nor bulimia?

Mr. Leclerc: Clients referred to us from youth centres are more often than not either just 18 or just about to turn 18. They come to us at the last minute.

With some resources, access to in-house treatment can take a year, a year and a half or two years. That is the first problem. The second problem is that the link between the child psychiatry system and the adult psychiatry system is not always made.

Third, if someone is receiving in-house child psychiatry treatment, the system keeps its accommodation budget and something has to be found immediately when the child becomes an adult.

These are all complex problems. At present, we are discussing them with the Montreal Health and Social Services Board.

Dr. Roy: I would add that there are care models where people are under care from birth to death. In addition, there is a Canadian task force now considering the future of psychiatric education here in Canada.

We also wonder whether we should not focus on a trans-generational model, or on what is known as a sophisticated generalist. The sophisticated generalist could provide child psychiatry services where highly specialized care is not required, and, for example, provide geriatric psychiatric services as well.

This is the sort of system that the smaller centres and the regions have. Psychiatric personnel provide care for everyone, in all age groups. The same barriers we find in larger centres do not exist. In the larger centres, there are specialized units for adults, teenagers and children.

Senator Pépin: We hear that funding for psychiatry is being cut. Who is making those cuts? Are officials making those cuts? I cannot believe that doctors would make these decisions.

Dr. Fraquhar: No, these decisions are being made not by doctors, but by officials. Officials are fine as individuals, but as a group, they are responsible for the cuts as I am and others are.

Senator Pépin: I quite agree.

Dr Wilkins: C'est nous, à Montréal, qui voyons le plus de patients. Personnellement, si je vois une jeune fille de 16 ou 17 ans et que mon intuition me dit que le traitement va être long et compliqué, dès qu'elle atteint l'âge de 17 ans, je la mets en contact avec le Douglas pour un transfert.

C'est comme cela qu'ils ont pu accueillir une fille de dix-sept ans et demi il n'y a pas longtemps. On s'arrange pour que les transferts puissent se faire parce qu'on les voit venir. On peut prévoir quand cela n'ira pas, et on s'arrange.

Le sénateur Pépin: Puis les autres cas qui ne sont pas des cas d'anorexie ou de boulimie, qu'est-ce qui arrive?

M. Leclerc: Pour ce qui est de la clientèle qui nous est référée des Centres jeunesse, plus souvent qu'autrement, ces gens ont tout juste 18 ans ou sont sur le point des avoir. Ils nous arrivent à la dernière minute.

Pour certains types de ressources, l'accès au réseau d'hébergement peut prendre un an, un an et demi, deux ans, c'est le premier problème. Le deuxième problème est que la liaison entre la pédopsychiatrie et l'adulte ne se fait pas systématiquement.

Troisièmement, si la personne est dans un réseau d'hébergement en pédopsychiatrie, le réseau conserve son budget pour l'hébergement et il faut immédiatement trouver quelque chose pour l'adulte.

Ce sont des problèmes complexes et on est en pourparlers avec la Régie régionale de Montréal à ce sujet.

Dr Roy: J'ajouterais qu'il existe quand même des modèles de soins où les gens sont pris en charge à partir de zéro jusqu'à la mort. Et il y a un groupe de travail qui se penche actuellement au niveau canadien sur le futur de la formation en psychiatrie au Canada.

Et on se demande si on ne doit pas plutôt s'orienter vers un modèle transgénérationnel, où un psychiatre généraliste — en anglais, on dit: «Sophisticated Generalist» —, pourrait aussi bien faire de la pédopsychiatrie pour les cas les moins exceptionnels, qui nécessitent une expertise moins poussée, que de faire de la psychiatrie gériatrique.

C'est ce qui existe dans les plus petits centres puis en régions: les gens s'occupent de tout le monde, de tous les âges. Il n'y a pas la barrière qu'on retrouve dans les plus grands centres, où des unités spécialisées s'occupent des adultes, des adolescents, puis des enfants.

Le sénateur Pépin: On nous a dit qu'on coupait des fonds en psychiatrie. Je me demandais: qui décide de faire ces coupures? Est-ce que ce sont des fonctionnaires? Il ne se peut pas que ce soient des médecins qui décident de faire les choses ainsi.

Dr Fraquhar: En effet, ce ne sont pas les médecins qui prennent ces décisions, mais plutôt les fonctionnaires. J'aime bien les fonctionnaires en tant qu'individus, mais dans l'ensemble, ils sont aussi coupables des coupures que moi et les autres.

Le sénateur Pépin: Je suis bien d'accord.

[English]

Senator Robertson: I have been trying to listen carefully, but it is a little confusing, shall we say. Dr. Israël, I missed your presentation, as I was a little late getting here.

You touched upon something that I found interesting. You told your little story about the Salvation Army, and I do not know the details of the Quebec system, but I believe, for instance, that you represent three hospitals here?

Dr. Israël: Four hospitals.

Senator Robertson: Four hospitals here. Each one receives its funding direct from the provincial government?

Dr. Israël: We have a regional board in Montreal.

Senator Robertson: Yes.

Dr. Israël: An intermediary between the minister and the different institutions.

Senator Robertson: And does that regional board, that umbrella organization, more or less, deal with the funding for the primary and secondary care institutions in the city? Everything?

Dr. Israël: Everything.

Senator Robertson: Even with that, there were people in the hospitals that should not have been there, as I believe Dr. Farquhar suggested. I think I heard you say something like that.

Dr. Farquhar: They would not have to be there if there were other resources at their disposal.

Senator Robertson: What you are saying is that the trend, as we all know, is to put the services, especially the primary and secondary services, in the home, the workplace or the school — somewhere in the community. Get them out of the hospital, which can be the most expensive place to treat patients.

Perhaps we will have to look at insisting on the development of these issues in our new delivery system. It has been done in some areas and is working very well. I am surprised, because I thought you would have all those community support systems available to you here in Montreal. If you cannot get along, if you cannot get information, or you are having difficulty in transferring patients, are you all doing the same thing in each hospital or what is happening in the community? What is the pressure to develop your community support systems so that all these patients do not have to lie around in the hospital? Money is scarce, and taxpayers are becoming more alerted to the value of their tax dollars, so we cannot afford to be wasteful.

Have any of you been involved with that umbrella group in trying to push for the development of local services?

[Traduction]

Le sénateur Robertson: J'ai suivi avec soin, mais tout cela me semble porter un peu à confusion. Docteur Israël, comme je suis arrivée un peu en retard, j'ai manqué votre exposé.

Vous avez abordé quelque chose qui m'a semblé intéressant en nous racontant votre histoire au sujet de l'Armée du Salut. Je ne connais pas le système québécois en détail, mais je crois que vous représentez ici trois hôpitaux, n'est-ce pas?

Dre Israël: Quatre.

Le sénateur Robertson: Vous représentez ici quatre hôpitaux. Chacun reçoit-il directement des fonds du gouvernement provincial?

Dre Israël: Nous avons à Montréal une régie régionale.

Le sénateur Robertson: Je vois.

Dre Israël: Elle sert d'intermédiaire entre le ministre et les différents établissements.

Le sénateur Robertson: Cette régie régionale, qui sert plus ou moins à encadrer, distribue-t-elle les fonds destinés aux établissements de soins primaires et secondaires de la ville? S'occupe-t-elle de tout?

Dre Israël: De tout.

Le sénateur Robertson: Mais malgré tout, certaines personnes étaient hospitalisées alors qu'elles n'auraient pas dû l'être, si j'ai bien compris ce qu'a expliqué le Dr Farquhar, n'est-ce pas?

Dr Farquhar: Elles n'auraient pas été hospitalisées, si elles avaient eu à leur disposition d'autres ressources.

Le sénateur Robertson: Si je vous comprends bien, la tendance que l'on sait est d'offrir les services primaires et secondaires, tout particulièrement, à domicile, en milieu de travail ou à l'école, c'est-à-dire dans la collectivité et de les retirer des hôpitaux qui restent le lieu où il coûte le plus cher de traiter les patients.

Peut-être devons-nous songer à recommander que l'on pousse encore plus loin cette solution dans notre nouveau système de prestation de soins, puisque cela s'est déjà fait à certains endroits et a donné d'excellents résultats. Je reste surprise, tout de même, car j'aurais cru que vous auriez ici même à Montréal tous les systèmes de soutien dans la collectivité. Si l'on ne peut continuer et on ne peut obtenir de l'information, ou si vous avez du mal à transférer des patients, que faites-vous? Est-ce la même chose dans tous les hôpitaux? Qu'est-ce qui se fait dans la collectivité? Qu'est-ce qui incite à établir des systèmes de soutien dans la collectivité pour que tous ces patients dont vous parlez n'aient pas à attendre d'avoir un lit dans les hôpitaux? L'argent se fait rare et les contribuables sont de plus en plus conscients de la valeur de leurs impôts, et nous ne pouvons donc plus nous permettre de gaspillage.

L'un ou l'autre d'entre vous a-t-il déjà fait partie de ce groupe d'encadrement en vue de préconiser l'établissement de services locaux?

Dr. Israël: I would say it is weekly for some of us. In fact, we work together on committees to try to heighten the awareness of our régime régionale of the problems that we have to deal with and how services have to be coordinated.

When we talk about the city, Louis-Hippolyte LaFontaine Hospital is at the other end of the island from the Douglas Hospital, so it makes sense to put services in more than one community. The problem, which Dr. Farquhar alluded to in his presentation, is that a lot of patients were released from hospitals but the funds did not follow them. The community resources were not developed in a systematized way, but rather arose helter-skelter in response to the needs of people who were basically on the streets, causing problems that landed them in Dr. Roy's hospital, for instance, which is the legal psychiatric institution.

There has not been a concerted plan to develop the resources to meet the needs of these people who were once very dependent on institutions and who do not know how to live on their own, as Mr. Leclerc very clearly spelled out for us. That is why we have situations where a shelter that has been actually taking care of some of our sickest patients is suddenly threatened with closure, because nobody knew how important it was to our system, and how much it deserved to be supported.

Senator Robertson: You are working at a distinct disadvantage, I should think, in some of these areas.

I just wanted to ask you, is there another industrialized country that has systems that you wish you had, or do you feel that the systems in Canada are the best that you can find internationally? It would be helpful to the committee to know if there are models that you particularly admire.

[Translation]

Dr. Wilkins: I believe that we have a very good health system which makes health care accessible to everyone. However, some existing structures should be reviewed. Those reviews are perhaps not as quick or as frequent as we would like.

I worked in the United States for a while, and I do not envy their system at all. We have an excellent system in this country. I might import some aspects of health care systems in European countries which I believe work well. However, I am still very satisfied with the system we have here. We need to reconfigure it and restructure it, however. Today, we have a funding problem. There are also very complex situations that cannot be dealt with easily.

In Canada, we have an excellent health care system of which we should be proud. But we do need to revamp it and dust it off a bit. That is my view.

Dre Israël: Certains d'entre nous le font chaque semaine. De fait, nous siégeons ensemble à des comités dont le but est de sensibiliser notre régime régionale aux problèmes qui existent et à la nécessité de coordonner les services.

Dans le cas de notre ville, l'Hôpital Louis-Hippolyte LaFontaine est à l'autre extrémité de l'île par rapport à l'Hôpital Douglas, ce qui justifie que l'on dispense des services dans plus d'une collectivité. Mais comme le signalait le Dr Farquhar dans son exposé, la difficulté vient de ce que les hôpitaux ont donné leur congé à beaucoup de patients sans que les fonds soient disponibles pour faire un suivi. Les ressources en collectivité ne se sont pas développées de façon systématique, mais plutôt de façon aléatoire, en réponse aux besoins de ceux qui se retrouvaient pour ainsi dire à la rue et qui finissaient par avoir des comportements qui les envoyaient à l'hôpital de la Dre Roy, par exemple, qui est l'établissement de détention psychiatrique.

Il n'y a eu aucun plan concerté en vue de déterminer quelles ressources étaient nécessaires pour répondre aux besoins de ces gens qui, naguère, dépendaient d'établissements soignants et qui aujourd'hui ne savent pas comment vivre de façon autonome, comme l'a si bien expliqué M. Leclerc. Voilà pourquoi nous avons vu menacée de fermeture une maison d'hébergement qui s'occupait justement de certains de nos patients les plus malades, parce que personne n'en avait saisi l'importance dans notre système et n'avait compris à quel point ce type d'établissement devait être soutenu.

Le sénateur Robertson: J'ai l'impression que vous êtes nettement en désavantage dans certains de ces secteurs.

Je voudrais savoir si vous aimeriez avoir ce que vous avez vu dans d'autres pays industrialisés ou si vous avez l'impression que ce qui existe au Canada constitue la meilleure solution qui soit à l'échelle internationale? Notre comité vous serait reconnaissant de lui dire quels sont les modèles que vous aimez particulièrement.

[Français]

Dr Wilkins: Je pense que nous avons un très bon système de santé, où les soins sont accessibles pour tous les gens. Certaines remises en question des structures existantes doivent être faites. Elles ne se font peut-être pas à la vitesse ou au rythme qu'on aimerait qu'elles se fassent.

J'ai travaillé un peu aux États-Unis et je n'envie pas du tout leur système. Nous avons un excellent système ici. J'irais peut-être dans certains centres en Europe chercher quelques petits trucs que j'aime bien. Il demeure que je suis très satisfait du système que nous avons. Mais il faut le remodeler, le reconfigurer, le rebrasser. Le problème aujourd'hui, c'est essentiellement un problème de financement et de situations complexes. Il y a des situations complexes qu'on ne peut pas régler facilement.

On a un excellent système de santé au Canada et il faut en être fier, mais il faut le retoucher et enlever la poussière un peu. C'est mon opinion.

Mr. Leclerc: I would like to come back to your first question. We have put a lot of work into assessing practices at the Douglas Hospital, the Lafontaine Hospital, the Pinel institute, and at the Robert-Giffard Hospital in Quebec City.

Let us take Lafontaine as an example., since that is the centre I know best. We have gone from 6,300 people to 545, or 550. The number is still dropping. However, we have established an out-patient network. Insofar as we can, ensuring that patients can live and be cared for in their usual environment is better. For cases where this cannot be done, we have established an over-developed network in partnership with private organizations, community organizations, and even with hospital expertise transferred to the outside.

We hear a great deal of negative criticism about our health care system, though I think Quebec's is very good. There are areas where it should be improved, however. A few moments ago, Dr. Israël was talking about the link with the community. There is a huge gap between the funding invested in community care and the funding invested in health care institutions.

This will undoubtedly improve in the future. With health care access developed at the front-line level, and with greater cohesion among family practitioners, psychiatrists and teams of health care professionals, the system will become even more effective.

I have had the opportunity to work with a number of other countries, and I think that psychiatry and rehabilitation practices in Canada are the envy of many other countries.

Dr. Lalonde: I would just like to say a few words on care for schizophrenics. Fifteen years ago, Quebec opened the very first clinical facility offering a full range of care for early schizophrenia. The care was available in English, but not in French.

Since then, we have developed remarkable excellence and expertise. The future of young people with early signs of schizophrenia who had access to the clinic has been very different from what it would have been if they had not had access to the clinic.

We have quality of care. The problem is accessibility. You were just saying that, Dr. Morin. We cannot treat all young schizophrenics in Quebec. So we have to export, to diffuse the expertise and we are still wondering how that approach will be applied in other fields.

We could undoubtedly increase the care provided at the clinic, at Lafontaine Hospital, by boosting rehabilitation resources — not the number of psychiatrists but rather the number of staff dealing with social rehabilitation. We would also need more people to deal with patient transfers and to establish ties with the community.

M. Leclerc: J'aimerais revenir à votre première question. En ce qui a trait aux pratiques, autant à Douglas, Louis-H., Pinel, qu'à Robert-Giffard à Québec, on a évalué énormément.

Prenons l'exemple de Louis-H., parce que c'est celui que je connais plus. On est passé de 6 300 personnes à 545 ou 550 personnes, et le nombre décroît toujours. Toutefois, il s'est développé un réseau externe. Dans la mesure du possible, quand on peut intégrer les patients dans leur milieu naturel, c'est mieux. À défaut de cela, en concertation avec des organismes privés, des organismes communautaires et même avec l'expertise de l'hôpital qui a été transférée à l'extérieur, on a développé un réseau superdéveloppé.

On entend beaucoup de critiques négatives au sujet de notre réseau de santé, mais je pense qu'au Québec, on a un réseau de santé intéressant. Toutefois, il y a des écarts. Tout à l'heure, le docteur Israël faisait le lien avec le milieu communautaire. Il existe une iniquité tout à fait inappropriée entre les investissements financiers auprès du milieu communautaire, par rapport aux établissements.

C'est sûr que demain, il y aura un équilibre financier par rapport au communautaire. Avec l'accès développé des soins au niveau de 1re ligne, avec une plus grande cohésion entre les omnipraticiens, les psychiatres et les équipes de professionnels, on aura un réseau encore plus performant.

J'ai eu la chance d'être impliqué avec plusieurs autres pays et je pense que du côté de la psychiatrie et du côté de la réadaptation, on fait l'envie de bien des pays.

Dr Lalonde: Je veux dire un mot au sujet des soins pour la schizophrénie. On a été, au Québec, la première clinique qui offrait la variété de soins pour la schizophrénie débutante, il y a quinze ans. Cela existait en anglais, mais n'existait pas en français.

Depuis ce temps, on a développé une excellence et une expertise remarquables. L'avenir des quelques jeunes en début de schizophrénie qui ont eu accès à la clinique est fort différent de celui qu'ils auraient eu s'ils n'avaient pas eu accès à la clinique.

La qualité des soins est là. Le problème, c'est l'accessibilité. Vous le notiez tantôt, docteur Morin. On ne pourra pas traiter tous les jeunes schizophrènes du Québec. Il faut donc exporter, diffuser cette expertise-là et on se demande toujours comment cela va être utilisé dans d'autres domaines.

On pourrait sans doute augmenter les soins à la clinique, à Louis-H. Lafontaine, en augmentant les ressources de réadaptation, pas les psychiatres mais le personnel qui s'occupe de la réinsertion sociale de ces gens. Et il faut plus de gens pour s'occuper du transfert des patients et établir les liens avec la communauté.

[English]

Dr. Farquhar: Although I do not admire its general health system, I do admire the U.S.'s mental health system, which for the most part is free to the user, for various reasons.

I should say that I have a Web site about Assertive Community Treatment in English and French. The French portion has been visited by dozens of people from Europe, and they give me feedback, saying, "Give us more information." They are from France, Switzerland, Belgium, other French-speaking countries, and they do not have that system. They do have something like it in Italy and England, but it is not as widespread or systematic.

I just want to stress again the quality assurance component. In some places in the United States there is a lot of Assertive Community Treatment, that is, the home visiting approach in teams. Those teams are accredited every two years, or something like that. The funding comes from various sources and is more complex than here, so they have to pass tests and jump through hoops to get that funding.

The Chairman: Last comment, Dr. Roy.

[Translation]

Dr. Roy: I also cannot think of a reference country that has an ideal model, but I do think we should be optimistic, as Dr. Wilkins said, because we are going in the right direction. There are still significant financial barriers, however.

There are also other barriers, with which we were less familiar some years ago. In its wisdom, the Royal College has done a great deal of work on the new roles of specialist physicians in the new millennium.

Nobody ever used to talk about the role of manager. People who had management tasks in medicine learned on the job. They did not have MBAs and had never done any training in administration. They would come in with very good intentions, then either make dreadful mistakes and fail, or succeed because they had charisma and other wonderful qualities.

But if we want people to have real value for money, we have to be able to show accountability, to prove that what we have done is efficient. This means that we have to be able to assess the services we deliver. At present, we are moving towards an increasingly efficient system.

[English]

The Chairman: May I thank all of you for coming. I realize that we took more of your time than we meant to, but it was a very good discussion. Senators, we are adjourned for 12 minutes till exactly 4:00 p.m. and then we will hear from our last panel.

[Traduction]

Dr Farquhar: Même si je n'aime pas le système de santé en général aux États-Unis, j'admire néanmoins le système de soins en santé mentale là-bas, qui est en grande partie gratuit pour l'utilisateur, et ce, pour diverses raisons.

J'ai moi-même un site Web, en français et en anglais, sur le programme de suivi intensif dans la communauté. Le site francophone a reçu la visite de dizaines de personnes de l'Europe qui m'ont écrit en me demandant des renseignements supplémentaires. Il s'agit de gens de la France, de la Suisse, de la Belgique et d'autres pays francophones, qui n'ont pas ce genre de programme chez eux. Il existe bien quelque chose de semblable en Italie et en Angleterre, mais qui n'est pas aussi généralisé ni systématique.

Je voudrais souligner à nouveau la nécessité d'avoir un volet assurance de la qualité. Dans certains endroits aux États-Unis, on fait beaucoup de suivi intensif dans la communauté par le truchement d'équipes qui font des visites à domicile. Je crois qu'on accrédite ces équipes tous les deux ans. Les fonds proviennent de diverses sources, et leur distribution est plus complexe qu'ici, car les intéressés doivent répondre à certains critères et correspondre à certaines exigences pour les obtenir.

Le président: Docteur Roy, vous avez le mot de la fin.

[Français]

Dre Roy: Moi non plus, je n'ai pas en tête un pays de référence où le modèle serait idéal, mais je pense aussi qu'il faut être optimiste, comme le dit le Dr Wilkins, parce que les choses s'en vont dans le bon sens. Mais il existe des obstacles financiers très importants.

Il y a aussi d'autres sortes d'obstacles auxquels on était moins familier il y a quelques années. Le Collège Royal, dans sa sagesse, a fait un grand travail concernant les nouveaux rôles des médecins spécialistes dans les années 2000.

Le rôle de gestionnaire, on en entendait jamais parler. Les gens qui faisaient de la gestion en médecine, c'était des gens qui apprenaient sur le tas, des gens qui n'avaient pas de MBA, des gens qui n'avaient pas fait de stages en administration. Ils arrivaient pleins de bonne volonté, puis ils se cassaient la gueule ou bien ils réussissaient parce qu'ils avaient du charisme et toutes sortes de belles qualités.

Si on veut que la population en ait pour son argent, on doit être capable de rendre des comptes, de prouver l'efficacité de ce qu'on fait, il faut qu'on soit capable d'évaluer les services qu'on a rendus. À ce moment-là, on s'en va vers un système qui devient de plus en plus efficace.

[Traduction]

Le président: Merci à tous d'avoir comparu. Je vois que nous avons pris plus de temps avec vous que prévu, mais la discussion a été très fructueuse. Mesdames et messieurs les sénateurs, nous allons prendre une pause d'une dizaine de minutes, jusqu'à 16 heures, après quoi nous entendrons notre dernier groupe de témoins.

The committee suspended.

Upon resuming.

The Chairman: Thank you for coming. All are from the Douglas Hospital. I noticed that a number of you were here when we were questioning the other witnesses. I would like to have a very brief opening statement from you in the order that you have collectively decided and then we will turn to questions.

Mr. Jacques Hendlisz, Director General, Douglas Hospital: Thank you for having us. We rarely get an opportunity to speak about issues which truly trouble us in not only our everyday working lives, but also in how we are trying to influence and change the system for the better.

As an administrator, I will refrain from talking about clinical issues, but there are four points that I wanted to bring up. The first has to do with the organization of health care, at least in Quebec, and I am sure in many other provinces, and what I think is an inappropriate paradigm for the understanding of mental health and mental illness and the financing consequences that result.

Ministries of health and social services were blended a number of years ago, and mental health has always remained a domain of the social services. Given that we live in a world where genetics and the genome are the order of the day, I feel that the paradigm for understanding mental health and mental illness issues, and the funding results thereof, is totally inappropriate.

Second, there should be a role for psychiatric hospitals as opposed to departments of psychiatry in general hospitals. Psychiatric hospitals should be clinical teaching and research institutes where advancements in learning can be made, which is very difficult to do in a large general hospital with a department of psychiatry, as it tends to get squeezed both in the funding and in the hierarchy. Psychiatric hospitals should have a specific role in which they are a reservoir of expertise on various mental illnesses. The reflex right now is to say, "Well, send them to the hospitals if they are ill." That is also an inappropriate paradigm.

The third point is that there must be reorganization so that the first-line services can be properly integrated with second- and third-line services, since we have deinstitutionalized clients. Clients are treated more and more in the community and that is very important.

Having said that, it does not mean that everyone who works in the communities should be non-hospital based. The decision as to who treats what should be knowledge based, but many things can be treated outside of a hospital. We must reorganize those first-line services to achieve this appropriate integration of needed

Le comité suspend ses travaux.

Le comité reprend ses travaux.

Le président: Merci à tous les témoins qui représentent ici l'Hôpital Douglas. J'ai remarqué que certains d'entre vous étaient déjà présents lorsque nous interrogeons les témoins qui vous ont précédés. Je vous demanderai de choisir l'ordre dans lequel vous nous présenterez tous une brève déclaration, puis nous passerons aux questions.

M. Jacques Hendlisz, directeur général de l'Hôpital Douglas: Merci de nous accueillir, car il est rare que nous ayons l'occasion de parler de ce qui nous tient véritablement à coeur dans notre quotidien, et aussi de la façon dont nous pouvons essayer de changer le système actuel pour le mieux.

Comme je suis administrateur, j'éviterai de parler d'enjeux cliniques. Toutefois, il y a quatre éléments dont j'aimerais vous faire part. Le premier touche l'organisation des soins de santé au Québec, et dans d'autres provinces aussi j'en suis sûr, et c'est le lien inapproprié que l'on fait entre comprendre la santé mentale et la maladie mentale et l'aspect financier qui en découle.

Il y a déjà plusieurs années que l'on a fusionné le ministère de la Santé avec celui des services sociaux, et la santé mentale est toujours demeurée sous la rubrique des services sociaux. Puisque génétique et génomique sont à l'ordre du jour, j'estime qu'il ne convient plus de faire le lien entre, d'une part, bien comprendre la santé mentale et les problèmes de maladie mentale et, d'autre part, leur financement.

En second lieu, on devrait faire jouer un rôle à des hôpitaux psychiatriques plutôt qu'à des départements de psychiatrie dans des hôpitaux à vocation générale. En effet, les hôpitaux psychiatriques devraient être des instituts de recherche et d'enseignement clinique, là où les percées dans l'apprentissage sont possibles, alors que c'est très difficile d'y parvenir dans un grand hôpital général doté d'un simple département de psychiatrie puisque ce dernier se trouve coincé à la fois du côté du financement et de la hiérarchie hospitalière. Les hôpitaux psychiatriques doivent avoir un rôle précis à jouer, c'est-à-dire qu'ils doivent devenir un réservoir de compétences dans différentes maladies mentales. À l'heure actuelle, on a le réflexe d'envoyer les gens à l'hôpital dès qu'ils sont malades. Voilà un autre lien qu'il faut cesser de faire.

En troisième lieu, la réorganisation est nécessaire pour que l'on puisse intégrer convenablement les services de première ligne aux services de seconde et de troisième lignes, étant donné que l'on traite ici des patients désinstitutionnalisés. En effet, nos clients sont traités de plus en plus fréquemment dans leur propre milieu, et c'est très important.

Ceci dit, cela ne signifie pas nécessairement que tous ceux qui oeuvrent pour les aider dans les collectivités doivent offrir des services exclusivement extrahospitaliers. La décision de faire traiter telle maladie par tel service doit être prise par un spécialiste, mais bien des services peuvent être dispensés à

services, so that patients flow back and forth, which right now does not happen.

Fourthly is that in my opinion, the stigma of mental illness or mental breakdown, whatever we want to call it, is probably the greatest barrier to seeking and receiving care. I am sure everyone in this room is aware of somebody who has a child or parent who suddenly has a psychotic episode, and there is absolutely no natural reflex to make an appointment with the general practitioner. The first thing we do is look for a psychiatrist, and that has to do a lot with the stigma.

Nor do people who have suffered a mental illness — and I am not talking about things like schizophrenia, where it is a difficult road back, but more about mental breakdown — go back to work and say, “Hey, I am glad to come back as a chief financial officer now.” We do not talk that way, and yet people are capable.

It is a major barrier, and if we really want to address the issue of people seeking care, we have to address the issue of stigma.

The Chairman: Thank you. Next we have Robyne Kershaw-Bellemare, the Director of Nursing Services. I should tell you before you begin, just for fun, that Senator Pépin was a long-time nurse in Montreal, and indeed my wife was trained as a nurse at the Montreal General, so you have a lot of sympathy as you make your opening comments.

Ms. Robyne Kershaw-Bellemare, Director of Nursing Services, Douglas Hospital: I am always one for sympathy, especially when it is directed at me. Thank you very much for inviting me. I would like to give some context to my remarks. I have only been at the Douglas Hospital for three years this July. I have 30 years of experience in health care in various sectors, including general medical-surgical and community, as well as hospitals in the anglophone and the francophone sectors in Montreal. Therefore, I am looking at things from a little broader perspective.

I am Director of Nursing and Co-Director of Clinical Services with Dr. Isra  l. In light of my eclectic background, I think that my personal opinions are quite representative of what my colleagues in the health care sector are feeling, especially with regard to psychiatry.

I would like to step away from the clinical perspective because I know you dealt with it prior to our arrival and will be dealing with it again. I would like to talk about some systems issues, because I feel that the problem is not just one of insufficient

l'extérieur de l'hôpital. Il faut donc r  organiser les services de première ligne pour pouvoir intégrer de la bonne façon les services nécessaires, et pour que les patients puissent faire la navette entre ceux-ci, ce qui ne se fait pas à l'heure actuelle.

En quatrième lieu, la façon dont on stigmatise la maladie mentale ou les troubles mentaux, peu importe l'appellation, est    mon avis l'obstacle le plus grand auquel font face ceux qui ont besoin de soins et ceux qui en reçoivent. Vous tous ici présents connaissez certainement quelqu'un dont l'enfant ou un parent a connu une psychose passagère; dans ces cas-là, le premier réflexe n'est certainement pas de prendre rendez-vous avec son généraliste. Au contraire, la première chose que l'on fait, c'est de chercher un psychiatre, et c'est ce qui explique en grande partie la stigmatisation.

De plus, ceux qui ont souffert de maladies mentales — et je ne parle ici de maladies comme la schizophrénie, qui constitue une pente très difficile à remonter, mais plutôt de périodes d'épuisement mental — n'ont généralement pas tendance à retourner au travail pour clamer sur tous les toits à quel point ils sont heureux de revenir et de reprendre leur poste de directeur des finances, par exemple. Ce n'est pas ainsi qu'ils réagissent, et pourtant ils seraient capables de reprendre leurs fonctions.

C'est un énorme obstacle, et si l'on veut vraiment s'occuper de ces gens qui veulent recevoir des soins, il faut aussi régler le problème de la stigmatisation.

Le président: Merci. Nous accueillons maintenant la directrice des soins infirmiers, Robyne Kershaw-Bellemare. Cela vous intéressera peut-être de savoir que le sénateur Pépin a longtemps été infirmière à Montréal et que ma femme a été formée comme infirmière à l'Hôpital Général de Montréal. Vous saurez donc que vos commentaires seront accueillis avec beaucoup de sympathie.

Mme Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des soins infirmiers, Hôpital Douglas: J'aime beaucoup la sympathie, surtout lorsque que c'est moi que l'on accueille ainsi. Merci de m'avoir invitée. J'aimerais d'abord donner le contexte dans lequel doivent s'inscrire mes commentaires. En juillet prochain, cela fera trois ans que je travaille à l'Hôpital Douglas. Toutefois, j'ai accumulé 30 ans d'expérience dans divers secteurs des soins de santé, notamment dans les soins de médecine interne et de chirurgie et dans les soins dans la collectivité, de même que dans des hôpitaux des milieux anglophone et francophone de Montréal. J'ai donc un point de vue beaucoup plus large sur la question.

Je suis la directrice des soins infirmiers et je codirige avec la Dre Israël les services cliniques. Mes antécédents étant éclectiques, je crois que mes opinions personnelles représentent fort bien celles de mes collègues dans le secteur des soins de santé, et particulièrement dans le secteur des soins psychiatriques.

Je voudrais laisser de côté le point de vue clinique, puisque vous en avez déjà parlé avant notre arrivée et que vous y reviendrez plus tard. J'aimerais plutôt aborder des problèmes de système, puisque je suis convaincue que nos difficultés ne

resources. I think we are not using the resources we have as well as we could.

Good mental health sits at the heart of self-esteem, self-efficacy and self-fulfilment. As such, it is a generator of one's inherent potential to contribute to society. If one applies a wellness paradigm to mental health, one notes that at the extreme end of the continuum are a range of mental illnesses that occur across all age groups, all cultural groups, all societal groups, and from which none of us is completely sure of being protected.

Mental illness is closely associated with other, concurrent phenomena. The stigma that Mr. Hendlisz just referred to is first and foremost, but one could also mention substance abuse issues, homelessness and the general social isolation that people with mental illnesses and their families have to contend with on a daily basis.

People with mental illnesses are too often victims of violent crimes and their families struggle with the social and financial issues related to coping with the illness. Both are confronted with difficulties in access to timely, pertinent and continuous services — services that are delivered as close as possible to where the individuals and their families live, to the place that they call home.

I believe that Senator Robertson mentioned previously that hospitals are very expensive places in which to treat patients. Indeed they are. They are not only expensive, they are places where we foster "patienthood" and not personhood, and people with mental illnesses are people before they are patients.

I read your introductory document that was sent to us and I concur with the importance of the proposed national action plan. Given the wide representation on this panel, I would like to talk about some issues more specific to nursing practice and development.

In echo of the Romanow and Clair commissions, as well as the recent Quebec Hospital Association position on health care, I consider that the three major difficulties with which we are confronted have to do with accessibility, human resources and stable, long-term funding.

What about accessibility? As I said, to my mind, it is predominantly a function of how we use what we have today. The only things you can do about tomorrow are plan for it and invest in it. Obviously, we need to improve accessibility to a variety of front-line and specialized mental health services. We know from the literature and our own practice that early intervention, crisis and suicide intervention, first-line mental health services for children and adolescents, mental health initiatives for the elderly, both at home and in establishments, initiatives to put people back into the permanent workforce and stable housing are elements that require our immediate attention.

proviennent pas uniquement d'un manque de ressources. Je pense plutôt que nous utilisons les ressources moins bien que nous le devrions.

Une bonne santé mentale est à la base de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et de l'épanouissement de sa personnalité. Par conséquent, elle génère le potentiel inhérent de l'individu qui lui permettra de contribuer à la société. Si l'on applique le paradigme de l'état complet de bien-être à la santé mentale, on remarque qu'à une extrémité du spectre se trouve toute une gamme de troubles mentaux qui surviennent dans tous les groupes d'âge, dans toutes les cultures et dans toutes les sociétés, et contre lesquels on ne peut s'immuniser avec certitude.

La maladie mentale est associée de près à d'autres phénomènes concurrents. La stigmatisation dont parlait M. Hendlisz est le premier et le plus important de ces phénomènes, mais l'on pourrait également mentionner les problèmes de toxicomanie, l'itinérance et l'isolement social général qu'éprouvent ceux qui souffrent de maladies mentales et leur famille quotidiennement.

Les personnes atteintes de maladies mentales sont trop souvent victimes de crimes violents, et leur famille doit faire face à la maladie en affrontant des problèmes sociaux et financiers. Les deux ont de la difficulté à avoir accès à des services opportuns, pertinents et continus, qui soient donnés le plus près possible du domicile des malades et de leur famille.

Je crois avoir entendu le sénateur Robertson dire plus tôt à quel point il coûtait cher de traiter les patients à l'hôpital. C'est très vrai. Non seulement les hôpitaux coûtent cher, mais on y nourrit l'identité de patients plutôt que l'identité individuelle, alors que ceux qui souffrent de maladies mentales sont des individus avant d'être des patients.

J'ai lu le document de consultation que vous nous avez envoyé et je suis d'accord au sujet de l'importance du plan d'action national proposé. Comme tenu de la vaste gamme d'intérêts représentés par notre groupe, permettez-moi de vous parler de questions qui touchent plus précisément la pratique des soins infirmiers et le perfectionnement des praticiens.

Conformément à ce qu'ont dit les commissions Romanow et Clair, et comme l'a également exprimé récemment l'Association des hôpitaux du Québec au sujet des soins de santé, j'estime que les trois grands problèmes auxquels nous sommes confrontés sont l'accès, les ressources humaines et un financement stable à long terme.

Qu'en est-il de l'accès? Comme je l'ai dit, cela dépend surtout de la façon dont nous utilisons ce dont nous disposons aujourd'hui. Planifier et investir sont les seules choses que nous pouvons faire pour préparer l'avenir. Il faut bien sûr améliorer l'accès à divers services spécialisés et de première ligne en santé mentale. Les documents et notre propre expérience montrent que nous devons accorder une attention immédiate aux services d'intervention précoce, à l'intervention en cas de crise et de suicide, aux services de santé mentale de première ligne destinés aux enfants et aux adolescents, aux initiatives de santé mentale à l'intention des personnes âgées, tant celles qui vivent de façon

Forensic services in this province are quite unable to meet either the needs of that particular clientele, or provide services for people with combined psychiatric and intellectual deficits.

I would recommend a nationwide initiative to allow clinicians to demonstrate innovative projects, which would enable us to compare key service issues.

I will step away from the clinical area. I do not need to reiterate to anyone here that improved accessibility means well-integrated continuums of service. It means better links between front-line mental health services and the specialized services such as the 53 different programs that we offer at the hospital. It implies more funding for home care, ambulatory and Assertive Community Treatment type programs, as well as residential services.

Today, and tomorrow morning at 8:00, it depends on the optimal use of the services and the individual professionals already in place. We need to ensure improved internal system performance and to revisit the domains of professional competency to allow for more latitude in professional practice for non-physician professionals. We have a shortage of physicians. We have a great demand. We have other professionals who are not used to their full capacity.

For example, the nurse practitioner role in Quebec is virtually nonexistent. And our recent Law 90, which is attempting to set up a structure that will allow us to deal with that, is a very hesitant first step towards allowing all professionals to enjoy greater professional latitude in their practice.

Consider for a moment the impact on the delays that we are hearing about of the 62,000 nurses in this province who could conceivably diagnose — to an extent — treat, admit and discharge people in nurse/physician partnerships. Consider the impact on someone you know who is waiting for services.

I do not have any problems with that. My brother is schizophrenic. I can think of all kinds of more important things that he could be doing with his life than trying to keep track of his various appointments and contacts if he could deal directly with a nurse case-manager.

Consider also the importance of primary care models — I think Dr. Israël was talking about that when I came in — and the different types of case management practices. Despite strong evidence that both of these initiatives are contributing to the quality of patient care, they are not widespread in mental health, especially in our area.

autonome que celles qui sont en établissement, ainsi qu'aux initiatives de retour au travail dans des emplois permanents et aux initiatives de logement stable. Les services de psychiatrie légale de notre province sont tout à fait incapables de répondre aux besoins de cette clientèle ou d'offrir des services aux personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques combinés à des déficiences intellectuelles.

Ce que je recommande, c'est une initiative nationale qui permet aux cliniciens de mettre sur pied des projets innovateurs de démonstration, projets qui nous permettront de comparer les enjeux essentiels des services.

Mais permettez-moi de m'écarter du domaine clinique. Nul n'est besoin de répéter ici qu'un meilleur accès exige des continuums des services bien intégrés. Cela signifie qu'il faut de meilleurs liens entre les services de santé mentale de première ligne et les services spécialisés, par exemple, les 53 programmes différents que nous offrons à l'hôpital. Cela signifie également qu'il faut financer davantage les programmes de soins à domicile, de soins ambulatoires et les programmes de soins de type de suivi intensif dans la communauté, de même que les services en établissement.

À l'heure actuelle, cela dépend d'une utilisation optimale des services et des professionnels qui sont déjà à notre disposition. Nous devons veiller à améliorer le rendement de nos systèmes internes et revoir les domaines de compétences professionnelles de façon à permettre un plus grand recours aux services professionnels de soignants qui ne sont pas des médecins. Il y a une pénurie de médecins. La demande est très forte. Nous avons par contre d'autres professionnels dont les services ne sont pas pleinement utilisés.

Par exemple, la fonction d'infirmier praticien n'existe à peu près pas au Québec. Dans la loi 90, qui a été adoptée récemment, on essaie de mettre en place une structure qui nous permettra de régler ce problème; c'est là un premier pas très hésitant qui vise à permettre à tous les professionnels d'avoir une plus grande marge de manoeuvre dans l'exercice de leur profession.

Imaginez l'effet que pourrait avoir sur les listes d'attente dont on nous parle toujours le fait de permettre à 62 000 infirmiers et infirmières de cette province de diagnostiquer des patients — dans une certaine mesure, de les traiter, de les admettre en établissement et de leur donner leur congé en partenariat avec les médecins. Imaginez quel effet cela pourrait avoir pour l'une de vos connaissances qui attend d'obtenir ces services.

Cela ne poserait aucun problème. Mon frère est schizophrène. Il aurait sans doute beaucoup mieux à faire dans la vie que de tenir à jour la liste de ses divers rendez-vous et de ses contacts s'il pouvait traiter directement avec une infirmière ou un infirmier chargé de gérer son cas.

Pensez également à l'importance des modèles de soins primaires — je crois que c'est la Dre Israël qui en parlait lorsque je suis arrivée — et des différentes méthodes de gestion des cas. Même s'il existe des preuves évidentes que ces deux types d'initiatives améliorent la qualité des soins aux patients, elles ne sont pas très répandues en santé mentale, surtout dans notre région.

Will it take financial incentives to ensure that we take what is known in the literature and transpose it locally, here in the Montreal and Greater Montreal area? If that is the case, then so be it.

To me, improved accessibility also means that patients are partners. We need in this province and in this country a stronger “patients as partners” approach to mental health care. We lag behind on that approach in Quebec. Families may not be the experts on psychiatric illnesses, but they are definitely the experts on what their loved ones need and what their role can or cannot be.

One other critical issue about access, which I am sure my colleagues will bring up, has to do with access to information and electronic patient records. Please, we need that as soon as possible.

The second key point has to do with human resources — developing, recruiting and retaining qualified professionals, both as clinicians and clinician managers. I was very happy to hear one of our physician colleagues demonstrate an interest in that role. This is key to the sustenance of patients and their families in any discipline, but especially so in psychiatry.

For example, there is a large body of research in nursing administration that demonstrates that professional roles, that is, allowing nurses to operate autonomously, ample provision for professional development in the workplace, and the appropriate and timely support of superiors is critical to retaining qualified practitioners.

The Chairman: Can I ask you to condense your comments? I want to make sure that there is time to hear from everybody and ask some questions.

Ms. Kershaw-Bellemare: Certainly. We need to give our practitioners more training on-site, more autonomous roles and more participation in the issues with which we are grappling in health care.

Our staff are getting older. We have to think about that today. The average age of our personnel is 46 and a half, and between now and 2012, we will need to replace 40 per cent.

Some solutions that I would like to put forward have to do with reorganization projects that identify what clinical issues need to be addressed by clinicians, specifically, in certain cases, nurses, and what can be addressed by non-clinical people to liberate professionals to do patient care. We think of wide, expansive control, but our managers are trying to manage too many services and too many people and they are not succeeding.

We need interdisciplinary educational programs that are closely integrated into practice settings, and this means better links with our universities. This means sharing our limited

Faudra-t-il des incitatifs financiers pour passer de la théorie à la pratique à l'échelle locale, ici à Montréal et dans notre métropole? Si oui, prenons les mesures qui s'imposent.

Pour moi, un accès accru signifie également que les patients sont des partenaires. Dans notre province et dans l'ensemble du pays, il faudrait considérer davantage les personnes comme nos partenaires dans les soins de santé mentale. C'est une approche dans laquelle nous accusons du retard au Québec. Les familles ne sont peut-être pas des expertes des maladies mentales, mais elles sont définitivement les mieux en mesure de savoir de quoi leurs proches ont besoin et quel rôle elles peuvent ou ne peuvent pas jouer.

L'autre élément essentiel au sujet de l'accès, et je suis sûre que mes collègues en parleront également, c'est l'accès à l'information des dossiers électroniques des patients. S'il vous plaît, nous en avons besoin le plus tôt possible.

Le deuxième élément clé est celui des ressources humaines — l'information, le recrutement et le maintien de professionnels qualifiés, tant pour ce qui est des cliniciens que des gestionnaires-cliniciens. J'ai été très heureuse de constater qu'un de nos collègues médecin s'intéresse à cette question. C'est un élément essentiel pour aider les patients et leur famille dans n'importe quel domaine, mais plus particulièrement en psychiatrie.

Par exemple, il existe en administration des soins infirmiers de nombreux documents d'analyse montrant que des fonctions professionnelles, c'est-à-dire le fait de permettre aux infirmiers et infirmières de travailler de façon autonome, d'amples possibilités de perfectionnement professionnel en milieu de travail et un soutien adéquat et opportun des supérieurs sont essentiels pour conserver des praticiens qualifiés.

Le président: Pourrais-je vous demander de condenser vos observations? Nous voulons nous assurer d'avoir suffisamment de temps pour entendre tout le monde et pour poser des questions.

Mme Kershaw-Bellemare: Bien sûr. Nous devons offrir à nos praticiens plus de formation en milieu de travail, plus d'autonomie dans leurs fonctions et une plus grande participation dans les questions que nous essayons de résoudre dans le domaine des soins de santé.

Notre personnel ne rajeunit pas. Nous devons y penser dès maintenant. L'âge moyen de notre personnel est de 46 ans et demi. D'ici 2012, il faudra remplacer 40 p. 100 de notre effectif.

Les solutions que j'aimerais proposer portent pour certaines sur des projets de réorganisation qui permettent d'identifier les questions cliniques que les cliniciens doivent régler, plus particulièrement les infirmiers et infirmières, dans certains cas, et qui peuvent être traitées par du personnel non clinique afin de laisser plus de temps aux professionnels pour s'occuper des patients. On parle de contrôles larges et complets, mais nos gestionnaires essaient de gérer trop de services et trop de gens, et cela ne donne pas de bons résultats.

Nous avons besoin de programmes d'enseignement interdisciplinaires étroitement intégrés dans la pratique, et il faut pour cela de meilleurs liens avec nos universités. Cela signifie

resources. Good teaching takes good people, and time. We need to build the structure that will allow good clinicians in the workforce to become good role models, good mentors and good teachers.

The last thing that I would like to talk about briefly is stable, long-term funding. I can only plead with you to agree that we need to fund continuums of care in large practice roles and integrate people into permanent jobs, permanent residential settings and programs that support teaching and research linked to clinical practice. Thank you.

The Chairman: Thank you.

Ms. Myra Piat, Researcher, Douglas Hospital: Honourable Chairman Kirby and honourable senators, I am pleased to be here today to discuss the delivery of mental health services. I am a researcher in the ultra-specialized services division at the Douglas Hospital, and I am sure you know our hospital is McGill University-based and a member of the World Health Organization. I am also an Assistant Professor in the Department of Psychiatry and Social Work at McGill University.

Before embarking upon my career as a researcher, I worked for over 15 years in social services, both in the community and public sectors. Over the past 10 years, my area of specialization has been deinstitutionalization, housing, employment and the negative reaction of communities to group homes or housing, better known as the NIMBY phenomenon.

In my presentation today, and I will try to limit it to five minutes, I will focus on three distinct issues related to the delivery of services to persons with mental health problems. I would like to briefly discuss, firstly, the linkage of service delivery to evaluation; secondly, the role of multidisciplinary teams in developing evaluations; and thirdly, the importance of housing in the delivery of mental health services.

My first preoccupation relates to the need to link the delivery of mental health services to evaluation. Very often, mental health service delivery and the work of multidisciplinary teams are kept separate from the task of evaluating services. For example, it is not uncommon for us to evaluate on a case-by-case basis as situations arise. Often, evaluation is an "add-on" or, at other times, "imposed." Multidisciplinary teams may view evaluation as more work that results in few concrete benefits. Consequently, evaluation is not always an integral part of service delivery. However, I believe that in order to improve the quality of existing services, as well as develop new and improved services, concrete links must be developed between service delivery and evaluation.

Everyone will agree that there is a need to evaluate services on an ongoing basis. How we do it, whom to involve and how we make it useful and pertinent are the challenges we face. I firmly believe that the various stakeholders involved in both providing

qu'il faut partager nos ressources limitées. Pour donner un bon enseignement, il faut des gens et du temps. Nous devons mettre en place une structure qui permettra aux bons cliniciens de l'effectif de devenir de bons modèles, de bons mentors et de bons enseignants.

Le dernier élément dont je vais parler brièvement est le financement stable à long terme. Je ne peux que vous prier de convenir avec nous qu'il faut financer des continuums de soins dans des pratiques élargies et donner aux gens des emplois permanents, dans des programmes et des établissements permanents qui appuient l'enseignement et la recherche liés à la pratique clinique. Merci.

Le président: Merci.

Mme Myra Piat, Hôpital Douglas: Honorable président Kirby, honorables sénateurs, je suis heureuse de me présenter devant vous aujourd'hui pour discuter de la prestation des services en santé mentale. Je suis chercheuse à la Division des services ultraspécialisés de l'Hôpital Douglas. Comme vous le savez j'en suis sûre, notre hôpital fait partie de l'Université McGill et est membre de l'Organisation mondiale de la santé. Je suis également professeure adjointe au Département de psychiatrie et des services sociaux à l'Université McGill.

Avant d'entreprendre une carrière dans la recherche, j'ai travaillé pendant plus de 15 ans dans le domaine des services sociaux, tant au niveau communautaire que dans le secteur public. Depuis 10 ans, je me suis spécialisée dans la désinstitutionnalisation, le logement, l'emploi et les réactions négatives des collectivités à l'égard des foyers collectifs; c'est ce qu'on appelle habituellement le phénomène du pas de ça chez moi.

Je vais essayer de limiter mon exposé d'aujourd'hui à cinq minutes. Mon propos portera plus précisément sur trois questions distinctes liées à la prestation de services aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Il s'agit d'abord du lien entre la prestation de services et l'évaluation; deuxièmement, du rôle des équipes multidisciplinaires dans l'élaboration des évaluations, et troisièmement, de l'importance du logement dans la prestation des services de santé mentale.

Ma première préoccupation, c'est la nécessité d'un lien entre la prestation des services de santé mentale et l'évaluation. Très souvent, les services de santé mentale et le travail des équipes multidisciplinaires sont tenus à l'écart des services d'évaluation. Par exemple, il est assez courant pour nous d'évaluer les situations au cas par cas. L'évaluation est souvent «additionnelle» ou, dans d'autres cas, elle est «imposée». Pour les équipes multidisciplinaires, l'évaluation est souvent considérée comme un travail supplémentaire qui rapporte peu d'avantages concrets. Par conséquent, l'évaluation ne fait pas toujours partie intégrante de la prestation des services. Je crois toutefois que pour améliorer la qualité des services actuels, ainsi que pour mettre au point des services nouveaux et améliorés, il faut créer des liens concrets entre la prestation des services et l'évaluation.

Nous sommes tous d'accord sur le fait qu'il faut évaluer constamment les services. Il faut voir comment les services sont offerts, qui participe à leur prestation et comment ces services peuvent être utiles et pertinents. Je suis persuadée que ceux qui

and receiving services should be given the opportunity to evaluate them. This includes mental health professionals, caregivers, families, community organizations and consumers.

Consumers have increasingly been called upon to evaluate services and most would agree that their opinions are important. However, consumers have very little power in the mental health system and it is often difficult to engage them in this task. They are afraid, intimidated, or worried about the repercussions of giving feedback to professionals who provide services.

Currently, I am principal investigator on two Canadian Institutes of Health Research grants, where we are attempting to evaluate consumer satisfaction with services in foster homes, better known as family care homes, in Montreal. We have over 800 deinstitutionalized persons living in these community-based homes. In one study, we used focus groups to develop a questionnaire designed specifically for these homes. In another study, we are interested in evaluating how people are helped. In both studies, the focus is on the consumer's evaluation of the services he or she receives in the community.

It is worthwhile noting that although the multidisciplinary teams initiated these projects, we are currently encountering certain difficulties in recruiting consumers for these studies. We are learning that a great deal of effort must be made to encourage consumers to become involved in evaluating services. It is also crucial that mental health professionals participate in identifying the areas for evaluation. The role of multidisciplinary teams in developing evaluative research is the second issue I would like to address.

In order for any evaluation to be meaningful and useful, there has to be collaboration between the multidisciplinary teams and evaluators. Evaluation has to be driven from the grassroots up. I mean that the decision to evaluate a specific program or service should emanate from the multidisciplinary team. I am convinced that mental health professionals, including social workers, nurses, psychiatrists and psychologists are more than qualified to invest in this process of developing an agenda for the evaluation of mental health services.

Although some health professionals will complain that they are overworked and have little time for evaluation, I believe firmly that involving them in this process is crucial. Additional monies must be invested in order for this to take place. In my current position, we have been successful in developing several evaluations with different multidisciplinary teams. Ultimately, these efforts will result in improved services to persons with serious mental illness.

Finally, I would like to address the issue of housing as the cornerstone of the delivery of mental health services. One cannot overstate the importance of providing decent, affordable housing

offrent ces services autant que ceux qui les reçoivent devraient avoir la possibilité de les évaluer. Cela inclut les professionnels de la santé mentale, le personnel soignant, les familles, les organisations communautaires et les consommateurs.

On demande de plus en plus aux consommateurs d'évaluer des services et la plupart d'entre eux reconnaissent que leurs opinions sont importantes. Toutefois, les consommateurs ont très peu de pouvoir dans le système de la santé mentale et il est souvent très difficile de les engager dans une telle évaluation. Ils se sentent craintifs, intimidés ou inquiets des répercussions ou des opinions fournies aux professionnels qui offrent les services.

À l'heure actuelle, je suis chercheuse principale pour deux projets subventionnés par les Instituts de recherche en santé du Canada. Dans ces projets, nous essayons d'évaluer la satisfaction des consommateurs à l'égard des services offerts en foyer d'accueil ou, comme on les appelle à Montréal, en famille d'accueil. Plus de 800 personnes désinstitutionnalisées vivent dans ces foyers situés dans la communauté. Dans l'une des études, nous avons eu recours à des groupes d'étude pour élaborer un questionnaire spécialement adapté à ces foyers. Dans l'autre, nous essayons d'évaluer comment on aide les gens. Ces deux équipes mettent l'accent sur l'évaluation par le consommateur des services qu'il reçoit dans la communauté.

Il importe de noter que même si ces projets ont été lancés par des équipes pluridisciplinaires, nous avons actuellement de la difficulté à recruter des consommateurs pour participer à ces études. Nous apprenons qu'il faut investir beaucoup d'efforts pour encourager les consommateurs à participer à des évaluations de service. Il est également essentiel que les professionnels de la santé mentale participent à l'identification des domaines à évaluer. Le rôle des équipes pluridisciplinaires dans l'élaboration des recherches évaluatives est le second sujet dont je vais vous parler.

Pour qu'une évaluation puisse être utile et pertinente, il faut que les équipes pluridisciplinaires et les évaluateurs collaborent entre eux. L'évaluation doit se faire de la base vers le sommet. J'entends par là que la décision d'évaluer un programme ou un service doit venir de l'équipe pluridisciplinaire. Je suis persuadée que les professionnels de la santé mentale, y compris les travailleurs sociaux, le personnel infirmier, les psychiatres et les psychologues, sont amplement qualifiés pour participer à l'élaboration d'un programme pour l'évaluation des services de santé mentale.

Certains professionnels de la santé se plaignent d'être débordés de travail et d'avoir peu de temps à consacrer aux évaluations, mais je suis persuadée qu'il est essentiel de les amener à participer à un tel exercice. Il faut investir des sommes supplémentaires pour faire ces évaluations. Depuis que j'occupe ce poste, nous avons réussi à élaborer plusieurs évaluations avec diverses équipes pluridisciplinaires. En fin de compte, ces efforts permettront d'améliorer les services offerts aux personnes qui souffrent de maladies mentales graves.

Enfin, je vais parler du logement, qui est la clé de voûte de la prestation des services de santé mentale. On ne saurait trop insister sur l'importance d'offrir un logement convenable et

for persons with mental illness. Without this, all our efforts to deinstitutionalize may be jeopardized. The situation in Montreal, as elsewhere in Canada, is problematic. Despite the best practices literature, previous research and government orientations, we still do not have a full range of housing available for persons with serious mental illness. Very little choice is offered, as the majority of housing available is limited to family care homes or foster homes.

Clearly, additional monies from both provincial and federal governments are required to develop new forms of social housing that will better reflect the diverse needs of this population. Improving the quality of our mental health services is very much dependent on investing in new and innovative housing for this population.

The Chairman: Thank you very much. Next we have Amparo Garcia from the Adult Ultraspecialized Services Division of the Douglas Hospital.

Ms. Amparo Garcia, Clinical-Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division, Douglas Hospital: Thank you, senators, for your invitation. I am pleased to be here to share my ideas concerning the role of different professionals in mental health practice, both hospital and community based. As a clinical administrator of ultra-specialized services at Douglas Hospital, I will emphasize my experience with the severe and persistent population.

The lack of an adequate, agreed-upon paradigm is a major problem in mental health services, particularly for the rehabilitation of people with disabling mental illness. The judgments of clinicians and community workers and the choices of service recipients, consumers and advocates are all based on some underlying set of logical and philosophical premises. However, because of the absence of a commonly accepted paradigm, each individual has a unique and idiosyncratic set of premises and practices. When it comes to staff, they all answer according to their particular profession — nursing, psychology, social work, psychiatry, et cetera; and/or location, whether hospital based or community based.

In the case of mental illness and rehabilitation, there is no paradigm that enjoys the degree of consensus found in medicine or law. As a result, there is a pervasive ambiguity about what the goals of rehabilitation should be, who can benefit, or even what “rehabilitation” and “disabling mental illness” really mean. As a result, decisions and choices that make sense to one individual may make no sense to others. Without a paradigm policy, the mental health service system is driven too little by science, technology and real social needs and too much by politics and misconceptions.

abordable aux personnes qui souffrent de maladies mentales. Sinon, tous nos efforts de désinstitutionnalisation peuvent être compromis. Il existe à ce sujet des problèmes à Montréal, comme ailleurs au Canada. Malgré les documents sur les pratiques exemplaires, les recherches antérieures et les directives du gouvernement, nous n’avons toujours pas une gamme complète de logements à offrir aux personnes qui souffrent de maladies mentales graves. Les choix sont très limités et dans la plupart des cas, le logement se limite à des foyers d’accueil ou à des centres d’accueil.

Il est clair que les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral doivent investir davantage dans la création de nouvelles formes de logement social qui répondront mieux aux divers besoins de la population. L’amélioration de la qualité de nos services de santé mentale dépend grandement d’investissements dans la construction de logements nouveaux et innovateurs à l’intention de cette population.

Le président: Merci beaucoup. Nous entendrons maintenant Amparo Garcia, de la Division des services ultraspecialisés aux adultes de l’Hôpital Douglas.

Mme Amparo Garcia, chef clinico-administrative, Division des services ultraspecialisés pour adultes, Hôpital Douglas: Honorables sénateurs, merci de votre invitation. Je suis heureuse de vous rencontrer aujourd’hui pour vous faire part de mes idées sur le rôle des différents professionnels dans le domaine de la santé mentale, tant au niveau hospitalier qu’au niveau communautaire. À titre d’administratrice clinique des services ultraspecialisés à l’Hôpital Douglas, je mettrai l’accent sur mon expérience auprès des patients souffrant de problèmes graves et persistants.

L’absence d’un paradigme adéquat et reconnu est un problème grave dans les services de santé mentale, particulièrement pour la réadaptation de personnes qui souffrent de maladies mentales invalidantes. Les décisions des cliniciens et des travailleurs communautaires, ainsi que les choix des bénéficiaires des services, des consommateurs et des militants se fondent toutes sur un certain nombre de postulats logiques et philosophiques. Mais compte tenu de l’absence d’un paradigme reconnu par tous, chaque personne se fonde sur ses postulats et ses pratiques particuliers. Dans le cas du personnel, chacun réagit selon sa profession — infirmier ou infirmière, psychologue, travailleur social, psychiatre, et cetera — ou selon son lieu de travail, que ce soit l’hôpital ou la communauté.

Dans le cas de la santé mentale et de la réadaptation, il n’existe pas de paradigme qui recueille le même consensus qu’en médecine ou en droit. Par conséquent, il existe une ambiguïté insidieuse quant à ce que devraient être les objectifs de la réadaptation, qui peut en bénéficier ou même comment on définit la réadaptation ou la maladie mentale invalidante. Par conséquent également, les décisions et les choix qui peuvent sembler logiques dans un cas risquent de ne pas l’être pour d’autres. Sans politique paradigmatique, le système des services de santé mentale repose trop peu sur la science, la technologie et les besoins sociaux réels et trop sur la politique et les idées fausses.

The current dominant paradigm for mental health, the medical model, has been in place for a least a century. A rehabilitation paradigm has emerged from the challenges of deinstitutionalization. It views severe mental illness as “disabilities to be overcome” rather than a “disease to be cured.” Treatment usually includes psychiatric medication to suppress psychiatric symptoms, but the emphasis is on functional recovery, overcoming disability and living as normal a life as possible. Most importantly, treatment includes a process of evaluation and appraisal in which the client, the identified “patient” in the medical model, is a key participant.

This process identifies the client’s desires and needs and the conditions or circumstances that prevent their realization. Then a plan is formulated by the interdisciplinary team for acquisition of new skills for overcoming those barriers, which the client acquires in an educational rather than a clinical format.

Similarly, the structure of clinical decision-making and service administration associated with the conventional medical model are under attack by forces ranging from practical limitations to health care policy and consumer and community activism. A new, more inclusive, integrated paradigm is evolving. A new way of working among all stakeholders must be created.

In an integrated paradigm, team organization should be determined by the nature of the problems and the technologies, not by the professions or the power of selected team members. The rehabilitation team consists of the recovering person, significant others in the person’s social environment and providers of rehabilitation services, the last two also including community workers.

The specific representation of clinical disciplines and specialties on a team vary over time, as the recovering person’s rehabilitation needs evolve. The particular activities performed by team members from various disciplines vary, due to variation in local practice and individual backgrounds. It is therefore unhelpful to define rehabilitation in terms of representations of specific professions, disciplines or individuals, with the exception of the recovering person, of course. However, it is possible to identify particular roles that generally need to be performed by one team member or another. Team members often perform more than one role, and roles are sometimes passed back and forth as circumstances change and rehabilitation and recovery progress.

Both excellent and inferior treatment and care are found in both community- and hospital-based service settings, and neither can be described unqualifiedly as inherently better for all patients under all circumstances. Thus, efforts to reach not only productive coexistence, but also productive unification are definitely in order at this time. It is important that we attempt to de-polarize extreme views on the issue of psychiatric hospital

Depuis au moins 100 ans, le paradigme dominant en santé mentale est celui de la médecine. Les défis de la désinstitutionnalisation ont donné lieu à un paradigme de la réadaptation. Dans ce paradigme, la santé mentale grave est perçue comme une incapacité à surmonter plutôt que comme une maladie à guérir. Le traitement comprend généralement le recours à une médication pour supprimer les symptômes psychiatriques, mais les efforts visent surtout à obtenir un rétablissement fonctionnel, à surmonter l’incapacité et à vivre une vie aussi normale que possible. Plus encore, le traitement inclut une évaluation dans laquelle le client, celui qu’on appelle le «patient» dans le modèle médical, est l’un des principaux participants.

Dans cette évaluation, on détermine quels sont les désirs et les besoins du client, ainsi que les conditions ou les situations qui empêchent la réalisation. L’équipe interdisciplinaire met ensuite au point un plan en vue de l’acquisition de nouvelles compétences qui permettront de surmonter ces obstacles, compétences que le client acquiert selon une formule éducative plutôt que clinique.

De même, la structure des décisions cliniques et de l’administration des services associés au modèle médical traditionnel fait l’objet de pressions exercées par des forces qui vont des limites pratiques à la politique des soins de santé jusqu’au militantisme des consommateurs et des communautés. Mais un nouveau paradigme plus intégré et plus inclusif est en train d’évoluer. Il faut trouver un nouveau moyen d’amener tous les intervenants à travailler de concert.

Dans un paradigme intégré, l’organisation de l’équipe devrait être déterminée en fonction de la nature des problèmes et des technologies, et non par les professions ou les pouvoirs de certains membres de l’équipe. L’équipe de réadaptation est composée de la personne en rétablissement, de ses proches dans son milieu social et des personnes qui offrent les services de réadaptation; ces deux derniers groupes comprennent également les travailleurs communautaires.

La représentation de diverses spécialités et disciplines cliniques au sein de l’équipe évolue avec le temps, parallèlement à l’évolution des besoins de la personne en rétablissement. Les tâches accomplies par les membres de l’équipe varient également en fonction des diverses pratiques locales et de l’expérience de chacun. Il n’est donc pas utile de définir la réadaptation en fonction de la représentation de professions particulières, de disciplines ou de personnes, sauf dans le cas de la personne traitée, bien sûr. Il est toutefois possible de préciser les tâches de chaque membre de l’équipe, d’une façon générale. Ces membres jouent souvent plus d’un rôle, et chacun de ces rôles peut être transféré à un autre membre, selon l’évolution des circonstances, et les progrès de la réadaptation ou du rétablissement.

Dans les soins offerts en communauté et en hôpital, on trouve des traitements d’excellente qualité et de qualité inférieure, et on ne saurait dire de façon définitive qu’un type de soins vaut mieux pour tous les patients, dans tous les cas. Par conséquent, il faut donc s’attacher à créer une coexistence et une unité productive. Il est important de dépoliariser les points de vue extrêmes au sujet des soins en hôpital psychiatrique. Les personnes dont la vie est

care. People whose lives are affected by severe mental illness must not be further victimized by the intransigence of ideologies or by the political correctness in fashion.

The psychiatric hospital has an important role to play in research and training, as well as in the development of state-of-the-art, specialized interventions. The transfer of this knowledge to different stakeholders is an essential part of its function. It is also the role of a psychiatric hospital to continue to provide treatment, care and protective services within a comprehensive system of care that should be integrated with community services.

An important fact about evaluation is that quality control is only as effective as the management actions undertaken in response to its results. It does not much matter what data reveal, if nobody has the accountability or authority to act on the problem. This might be especially problematic in medical settings, where demands for procedural fidelity are sometimes interpreted as violating physicians' prerogatives.

Planners and administrators must, whenever their programs are evaluated, use as outcome criteria more subtle measures of appropriateness of services such as quality of care and quality of life measures, instead of the traditional indices of the hospital tenure — declines in numbers of admissions and length of stay.

The Chairman: Thank you. Finally, we have Manon Desjardins, the Clinical Administration Chief of the Adult Sectorized Services Division of the Douglas Hospital.

[Translation]

Ms. Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Ultra Specialized Services Division, Douglas Hospital: Thank you for the invitation. It is a pleasure for me to share with you my thinking on the issue of mental health service delivery.

I see that you have listed doctors, psychiatrists, nurses, psychologists and social workers. I would add occupational therapists, who play a very important role in the integrated services system for people with mental health problems.

With respect to doctors, psychiatrists, nurses, psychologists, social workers and occupational therapists, there are three major points to consider.

First, there is the labour shortage. Whatever the desired quality of service delivery, there is no getting around the fact that we currently have problems with recruitment and retention of staff in our establishments for the types of services we deliver.

For example, I can tell you that out of ten nurses who will graduate this year, only one will choose psychiatry. It is therefore very important for our national planning to include measures to encourage people to work in the area of mental health, to show them how rewarding, motivating and stimulating it can be.

bouleversée par des maladies mentales graves ne doivent plus être victimes de l'intransigence des idéologies ou de la rectitude politique à la mode.

L'hôpital psychiatrique a un rôle important à jouer dans les domaines de la recherche, de la formation et de l'avancée des interventions spécialisées d'avant-garde. Communiquer ses connaissances est une part essentielle de sa fonction. L'hôpital psychiatrique a aussi pour rôle de traiter, de soigner et d'héberger les patients dans le contexte d'un système de santé global qui devrait s'intégrer dans les services communautaires.

En termes d'évaluation, il ne faut pas oublier que l'utilité du contrôle de la qualité est fonction des mesures qu'elle incite les fonctionnaires à prendre. Peu importe ce que révèlent les données si personne n'a le pouvoir ou la responsabilité d'agir en conséquence. En milieu médical où demander d'appliquer certaines procédures est parfois interprété comme une atteinte aux prérogatives du personnel médical, cela peut poser des problèmes.

Il faut, chaque fois que leurs programmes sont évalués, que les planificateurs et les administrateurs usent de subtilité pour faire appliquer les mesures nécessaires et invoquent la qualité des soins, la qualité de vie plutôt que d'invoquer les indices traditionnels de gestion hospitalière — chute du nombre d'admissions, durée de séjour, et cetera.

Le président: Merci. Pour finir, nous entendrons Manon Desjardins qui est chef clinico-administrative de la Division des services sectorisés pour adultes de l'Hôpital Douglas.

[Français]

Mme Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes à l'Hôpital Douglas: Je vous remercie de l'invitation. Il me fait plaisir de partager avec vous mes réflexions sur la question de prestation de services en santé mentale.

Je vois que vous avez inscrit des médecins, des psychiatres, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux. J'ajouterais aussi les ergothérapeutes, qui jouent un rôle très important à l'intérieur d'un système de services intégrés pour les gens atteints d'un problème de santé mentale.

Par rapport aux médecins, aux psychiatres, aux infirmières, psychologues, T.S. et ergothérapeutes, il faut considérer trois points importants.

D'abord, la pénurie de main-d'œuvre. Peu importe la dualité de services qu'on veut offrir, on doit considérer que, présentement, on a une certaine difficulté à recruter du personnel, à attirer le personnel et à garder le personnel dans nos établissements ou dans les types de services qu'on offre.

Par exemple, je peux vous dire que sur dix infirmières qui finiront cette année, une seule seulement choisira la psychiatrie. Il est donc très important d'avoir, dans votre planification nationale, des mesures pour inciter les gens à travailler en santé mentale, pour voir comme cela peut être valorisant, motivant et intéressant comme pratique.

So we need to encourage people to work in the mental health field earlier rather than later in high school, and certainly well before college or university.

The labour shortage also requires that we consider reorganizing the work of all of these professionals, including doctors. If we retain the conventional hospital model, we will not be able to provide the clients we serve with all of the services we would like to.

Second, I would like to talk about intradisciplinarity. We often say we want to deliver quality services to clients. I think intradisciplinarity could be a good way to provide rapid access to quality service.

We already have intradisciplinarity within our institutions. But we can also do intradisciplinarity work with lots of partners around us. And that is probably the key to success for the type of mental health intervention we are proposing.

Third, we are talking about service integration, partnership with the front lines in the areas of screening, monitoring and service continuity for our clients, with service and case-management plans, when necessary.

As for doctors and psychiatrists, we currently have in Quebec an organization of general practitioner services called family medicine groups. It is still in the early stages. The idea is to provide services to the general clientele 24 hours a day, seven days a week, etc.

In order to better monitor clients with mental health problems, general practitioners should be supported by services provided within this type of group, by funding psychologists or social workers to lighten their load. This means that there would no longer be such ready access to secondary care, because a lot of problems could be dealt with right on the front lines, such as identifying and treating depression.

Joint monitoring is the way to go. The Douglas Hospital, among others, could surely be a special partner, given its expertise in planning this kind of services.

As for nurses, let me say that it would be important to recognize their expertise as professionals and that specific training would allow them greater autonomy, particularly in the area of triage or referring clients to the appropriate services.

As for psychologists, social workers and occupational therapists, they should be more integrated into institutional practice, particularly psychologists found mainly in private practice and to a lesser extent in our CLSCs, or local community service centres. At the Douglas Hospital, we are fortunate. We have about 40 of them, but that is surely not enough to provide services in the community and in our sectoral teams, for example.

Il faut donc inciter les gens à travailler en santé mentale dès le niveau secondaire et pas attendre au cégep ou à l'université.

La pénurie de main-d'oeuvre nous oblige aussi à considérer une réorganisation du travail impliquant tous ces professionnels, y inclus les médecins. Si on conserve un modèle hospitalier traditionnel, on n'arrivera pas à offrir à la clientèle qu'on dessert tous les services qu'on voudrait offrir.

En deuxième lieu, j'aimerais parler de l'interdisciplinarité. On dit souvent qu'on veut offrir des services de qualité aux clients. Je pense que l'interdisciplinarité peut être un moyen intéressant pour permettre d'offrir service de qualité rapidement accessible.

L'interdisciplinarité interne existe dans nos établissements. Mais nous pouvons aussi travailler en interdisciplinarité avec plein de partenaires autour de nous. Et c'est probablement la clé du succès pour le type d'intervention que nous proposons en santé mentale.

Troisièmement, on parle d'intégration des services, de partenariat avec la première ligne pour ce qui est du dépistage, du suivi, de la continuité de services pour nos clients, avec des plans de services et des questionnaires de cas, lorsque nécessaire.

Pour ce qui est des médecins et des psychiatres, nous avons présentement au Québec une organisation de services en omnipratique, ce que nous appelons les groupes de médecine familiale. C'est encore au stage embryonnaire. Il existe une volonté d'offrir des services à la clientèle en général, vingt-quatre heures par jour, sept jours/semaine, et cetera.

Pour mieux faire le suivi d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale, les médecins omnipraticiens mériteraient d'être supportés par des services que l'on offrirait à l'intérieur de ce type de regroupement, en finançant des psychologues ou des travailleurs sociaux qui pourraient alléger leur suivi. Ceci ferait en sorte qu'ils ne s'adresserait pas aussi facilement en 2e ligne puisqu'ils seraient capables, déjà en 1re ligne, de régler plusieurs difficultés, notamment l'identification de la dépression et son traitement.

Il faut favoriser un suivi conjoint. Entre autres, l'Hôpital Douglas peut sûrement être un partenaire particulier avec l'expertise dont il dispose pour planifier ce genre de services.

Quant aux infirmières, je me permets de dire qu'il serait important de reconnaître l'expertise de ces professionnelles et que des formations spécifiques leur permettraient une plus grande autonomie, notamment au niveau du triage ou de la réorientation de la clientèle vers un service à un niveau convenable.

Pour ce qui est des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes, on devrait davantage les intégrer à la pratique en établissement, particulièrement en ce qui concerne les psychologues qu'on retrouve surtout en pratique privée et moins dans nos CLSC. Au Douglas, on est chanceux. On en a une quarantaine, mais il reste que ce n'est sûrement pas suffisant pour offrir des services dans la communauté et dans nos équipes de secteurs, par exemple.

We should therefore contemplate practice by specialized professionals that would increase the accessibility of various services. They are fully capable of dealing with specific problems like anxiety, phobias, etc., because they now have master's or PHD training.

As for social workers, I think they will be invaluable in terms of continuity of care and integrated services, especially with respect to desinstitutionalization. That was a huge movement. The idea was to make life more normal for people who were formerly in psychiatric hospitals or asylums, and I think this movement is worthy of mention.

Community supervision has proven difficult. They may have been a desire to save money, but I think you have to work with professionals who fully understand the impact of family, society and the community in order to help clients with mental health problems to fit back into society better instead of feeling abandoned by the health care system.

As for occupational therapists, I would obviously say that they are very important in all rehabilitation programs for clients to regain control over their lives, to relearn how to do things they had forgotten, to relearn things that they were no longer able to do for some time, but that they can surely get back.

Self-esteem and independence make people happy and cost less, in general, than health care services.

Unlike hospitals and community services, clearly the Douglas Psychiatric Hospital provides specialized services according to very strict criteria.

We can therefore be a special partner for a specific clientele, but we can also be a specific partner for people having problems on the front lines, such as Quebec's CLSCs. We can enter into partnerships with universities to develop innovative practices and also with the research and teaching network to come up with new ways of doing things.

We can also develop partnerships to evaluate the services provided. In the area of mental health, it is often difficult to evaluate an approach, a way of doing things, after one or two years, according to the set criteria.

In the area of mental health, you have to accept that service evaluation sometimes takes longer, and costs a little bit more, but the results can reliably be used to provide higher quality services in the future.

The Douglas Hospital and other psychiatric hospitals in Quebec can surely also be special partners in desinstitutionalization.

Il y a donc lieu de penser à une pratique assurée pour les professionnels qui ont des expertises et qui augmenteraient l'accessibilité à différents services. Ils peuvent très bien aborder des problèmes spécifiques comme l'anxiété, les phobies, et cetera, puisqu'ils ont maintenant une formation au niveau de la maîtrise ou du doctorat.

En ce qui concerne les travailleurs sociaux, je crois qu'ils seront très précieux dans la continuité des soins et des services intégrés, notamment au niveau de la déinstitutionnalisation. Cela a été un grand mouvement. On a voulu normaliser la vie des gens qui étaient dans les asiles autrefois ou dans les centres hospitaliers psychiatriques, et je pense que ce mouvement mérite d'être souligné.

Par ailleurs, le suivi dans la communauté s'avère difficile. On a peut-être voulu économiser des sous, mais je pense qu'il faut travailler avec des professionnels qui comprennent bien l'impact de la famille, de la société, de la communauté, pour aider les clientèles ayant des problèmes de santé mentale afin qu'elles puissent mieux se réintégrer dans la société au lieu de se sentir abandonnées par le système de santé.

Quant aux ergothérapeutes, je vous dirai évidemment que les ergos sont très importants dans tous les programmes de réadaptation pour permettre aux clientèles de retrouver le contrôle sur leur vie, de réapprendre à faire des choses qu'ils avaient oubliées, de réapprendre les choses qu'ils n'ont plus été en mesure de faire pendant un certain temps, mais qu'elles peuvent sûrement retrouver.

L'estime de soi et l'autonomie rendent les gens heureux et coûtent moins cher, en général, que les services de santé.

Par rapport aux centres hospitaliers et aux services communautaires, il est évident que le Centre hospitalier psychiatrique Douglas offre des services spécialisés selon des critères très élevés.

On peut donc être un partenaire particulier pour des clientèles spécifiques, mais on peut aussi être un partenaire spécifique pour les gens qui ont des problèmes au niveau de la 1re ligne, notamment au niveau des CLSC dans le modèle québécois. On peut être un partenaire avec les universités pour développer des pratiques innovatrices et aussi avec le réseau de la recherche et de l'enseignement pour favoriser de nouvelles manières de faire.

On peut aussi être partenaire évaluer les services offerts. En santé mentale, il est souvent difficile d'évaluer une approche, une manière de faire, après une année ou deux, selon les critères qu'on nous propose.

Dans le domaine de la santé mentale, il faut accepter que l'évaluation des services soit parfois plus longue, qu'elle coûte un peu plus, mais cela donnera des résultats intéressants sur lesquels on pourra miser pour offrir par la suite des services de meilleure qualité.

Le Centre hospitalier Douglas peut sûrement lui aussi — ainsi que d'autres centres psychiatriques au Québec —, être un partenaire particulier pour la désinstitutionnalisation.

Since the goal is to improve the client's well-being, it is clear that outpatient clients may not need the same supervision, the same environment, but they do need specific services. Desinstitutionalization is not necessarily a source of direct savings, and you cannot put a price on quality of life.

Given the position of a psychiatric hospital, I think that we have a valuable role to play and can be a leader in terms of innovation. There are many needs, many responses to those needs and many places for treatment. In order to succeed with this kind of model, moving from the emergency department to community services, to temporary admission or care, we need to choose a model that does not simply reproduce the hospital model, but in fact allows for trying new ways of doing things.

Last, I think that community services are indispensable if we are to organize those services along an integrated continuum. And the documents you have provided us indicate that if the indirect mental health costs are ever increasing and the direct costs could be changed, investing in health would be worthwhile. We may not save as much money as we would like, but we will certainly make a lot of people's dreams come true.

[English]

Senator LeBreton: You said something that really caught my attention when you talked about mental health and mental illness, in terms of the kind of bureaucracy and different jurisdictions. Some provinces have a ministry of health and a ministry of social services, or a ministry of community and social services. I was wondering, as I listened to you, whether in developing a national plan to deal with mental health and mental illness, there are too many levels of government that you have to deal with — for instance, for funding. You are attached to McGill University. Do you have to run around to several different departments, or how does this work for you?

Mr. Hendlisz: No, we are spared the running around, but the different pockets of money exist at different levels. The most trying example of that would be what we call "PACT" teams, or "Program for Assertive Community Treatment" teams that in the United States are over 20, 25 years old. When Ontario decided to develop these community active treatment teams, within a few years there were 60 of them.

In Quebec, since these teams operate in the community, the big discussion at the ministerial level was whether this is community funding, in other words social services, or medical funding. Consequently, we still do not have a government that is willing to say, "We are funding active community therapy teams."

The Chairman: Do you mean that they are just not funded?

Comme l'objectif est le mieux-être de la clientèle, il est clair que les clients à l'extérieur n'ont peut-être pas besoin du même encadrement, du même environnement, mais ils ont besoin de services particuliers. La normalisation n'est pas forcément source d'économie directe, et la qualité de vie n'a pas de prix.

Compte tenu de la position d'un hôpital psychiatrique, je crois que nous pouvons être un interlocuteur intéressant et un leader en termes d'innovation. Il y a plusieurs besoins, plusieurs réponses aux besoins et plusieurs lieux de traitement. Pour réussir dans un modèle comme cela, en passant de l'urgence aux services communautaires, à l'hébergement ou un répit temporaire, on doit choisir un modèle qui nous permet de ne pas reproduire le modèle hospitalier, mais bien d'essayer de faire les choses autrement.

Enfin, je crois que les services communautaires sont incontournables si on veut organiser les services dans un continuum intégré. Et les documents que vous nous avez fournis indiquent que si les coûts indirects en termes de santé mentale sont de plus en plus grands et que les coûts directs pourraient être modifiés, cela vaudrait la peine d'investir dans la santé. Peut-être qu'on ne réalisera pas toutes les économies qu'on voudrait, mais on va sûrement réaliser le rêve de plusieurs personnes.

[Traduction]

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé d'une chose qui a vraiment attiré mon attention. Vous avez parlé de santé mentale et de maladie mentale en termes de bureaucratie et de juridictions différentes. Dans certaines provinces, il y a un ministère de la Santé et un ministère des Services sociaux ou un ministère des Services communautaires et sociaux. En vous écoutant, je me demandais si, dans le cadre du développement d'un plan national de traitement de la santé mentale et des maladies mentales, il n'y avait pas trop de paliers de gouvernement qui sont en rivalité, par exemple, pour le financement. Vous dépendez de l'Université McGill. Est-ce que vous devez vous adresser à plusieurs départements à la fois, comment cela marche pour vous?

M. Hendlisz: Non, nous n'avons pas à faire la tournée des départements, mais il y a des sources de financement à plusieurs paliers. L'exemple le plus éprouvant est celui des équipes de «programme de suivi intensif dans la communauté» qui existe aux États-Unis depuis 20 ou 25 ans. Quand l'Ontario a décidé de créer ces équipes de suivi intensif dans la communauté, en quelques années il y en a eu 60.

Au Québec, depuis que ces équipes existent, au niveau ministériel, la grosse discussion est de savoir si c'est une activité communautaire, en d'autres termes si cela doit être financé par les services sociaux ou par les services médicaux. En conséquence, le gouvernement n'a toujours pas réussi à se décider à dire: «C'est à nous de financer les équipes de thérapie communautaires».

Le président: Vous voulez dire qu'elles ne sont pas financées?

Mr. Hendlitz: They are just not funded because the discussion is about whether this is a community or a medical service. Finally, this year, developing active community therapy teams or treatment teams has been included in some of the ministry's mental health objectives.

Senator LeBreton: Since they have not decided whose responsibility is it to fund it, you are without the funds?

Mr. Hendlitz: Yes. Behind all of this, you know, are ideas like, if you give treatment to citizens in the community, then it is community care, it has nothing to do with expertise. However, we are saying that we have to move "le lieu de service." When services are provided in the community, it does not mean that the providers have lost their expertise. It means physicians, psychiatrists, nurses, et cetera, no longer work only in their offices. At a conference organized a couple of years ago by some of our people, I was struck by an indicator that a particular American team used for successful reintegration of patients, in which they said that 80 per cent of the client's contacts must be with non-paid people. It does not matter whether they are paid by community services or the hospital service, or if they are street workers or nurses. It does not matter if your client says, "My best friend is my nurse," or "My best friend is my community care worker." You have missed the point. That is a major problem.

Senator LeBreton: It certainly is.

Senator Cook: I think there is an assumption in the land that governments know how to deliver health care.

I would like your comment on the concept of the psychiatric hospital, because with the arrival of SARS in our society, the way that we deliver health care is going to be forever changed. Nothing will be the same, and maybe the role of tertiary hospitals will, of necessity, have to change because of double gowning, double gloving, air ventilation and the rest of it. Maybe this is the time to be on the cutting edge of psychiatric hospitals. The model that is in my head covers a wide range, from the disease itself and the needs of the consumer of services, all the way to housing, poverty, literacy and a whole gamut of things.

My other question is would you build on the role of the nurse practitioner in primary care in a mental health setting? I would like to hear about that.

Given that as the SARS epidemic wears on society and we have to look at things differently out of necessity, it might be time for a new beginning in other health disciplines. I believe the roles of hospitals will have to change. They will have to be structured to deal with the unknown. There might be an opportunity now for psychiatric hospitals to emerge and take care of that segment of our population. However, I want to make sure all the elements are included. I do not want the idea of a mental institution.

M. Hendlitz: Elles ne sont pas financées parce qu'on ne sait toujours pas si c'est un service communautaire ou un service médical. Enfin, cette année, le ministère a inclus dans ses objectifs de santé mentale la création d'équipes de thérapie communautaires ou d'équipes de traitement communautaires.

Le sénateur LeBreton: Comme ils n'ont pas décidé qui devait assumer cette responsabilité, vous n'êtes pas financés?

M. Hendlitz: Oui. Derrière tout ça, vous savez, il y a l'idée que si les citoyens sont traités dans la communauté, ce sont des soins communautaires et ce n'est pas considéré comme une spécialité. Nous, nous disons qu'il faut déplacer «le lieu de service». Lorsque les services sont fournis par la communauté, cela ne signifie pas perte de spécialisation par les prestataires. Cela signifie simplement que les médecins, les psychiatres, les infirmières, etc., ne travaillent plus dans leurs cabinets. Lors d'une conférence organisée il y a un ou deux ans par certains de nos gens, j'ai été frappé par une information selon laquelle une équipe américaine parvenait à une réinsertion réussie de leurs patients parce que 80 p. 100 de leurs contacts étaient avec des bénévoles. Peu importe qu'ils soient payés par les services communautaires ou les services hospitaliers, peu importe que ce soient des assistantes sociales ou des infirmières. Peu importe que votre client dise: «Ma meilleure amie c'est mon infirmière», ou «Ma meilleure amie c'est mon assistante sociale communautaire». Vous vous trompez de cible. C'est le problème majeur.

Le sénateur LeBreton: Assurément.

Le sénateur Cook: J'ai l'impression que beaucoup de gens ne font confiance qu'aux services publics pour la santé.

J'aimerais que vous commentiez pour moi le concept de l'hôpital psychiatrique, car l'épidémie de SRAS va avoir un effet fondamental sur notre façon de gérer la santé. Plus rien ne sera pareil, et il faudra peut-être par nécessité que change le rôle des hôpitaux tertiaires ou il faudra désormais porter deux blouses, deux paires de gants, etc., et cetera. C'est peut-être le moment d'en profiter pour faire avancer la cause des hôpitaux psychiatriques. Le modèle auquel je pense couvre tout un éventail qui va de la maladie elle-même aux besoins des «clients», en passant par le logement, la pauvreté, les problèmes liés à l'analphabétisme, que sais-je encore.

Deuxièmement, donneriez-vous un plus grand rôle aux infirmières praticiennes dans le domaine de la santé mentale pour les soins primaires? J'aimerais avoir votre opinion sur cette question.

Compte tenu des conséquences de l'épidémie de SRAS pour la société et de la nécessité de changer nos attitudes, il serait peut-être bon d'en profiter pour donner un nouvel élan à d'autres disciplines de la santé. D'après moi, il va falloir que le rôle des hôpitaux change. Il faudra qu'ils soient structurés pour être prêts à faire face à des situations inconnues. Les hôpitaux psychiatriques pourraient peut-être en profiter pour prendre en charge ce segment de notre population. Cependant, je tiens à m'assurer que tous les éléments sont inclus. Je suis contre l'idée d'établissement psychiatrique.

Mr. Hendlisz: Psychiatric care tends to deal with chronic conditions and is quite distinct from acute care. In acute care, episodes will be, if not brief, certainly time limited to a degree. I realize there are many other diseases that can have chronic consequences, and some mental illnesses do have a chronic component. You do not necessarily have to give treatment in a hospital. There is a need for beds in particular places, which could be general hospitals as well as psychiatric hospitals, but the role of the psychiatric hospital should be that of an academic centre. As academic centres, they can be repositories of knowledge that can then be given out to different people through technology transfer.

Senator Cook: Yes. However, the reality of it escapes me, because I come from Newfoundland, where there is one tertiary care hospital, and I am wondering if there is a model somewhere in your vision of a holistic psychiatric hospital that puts out linkages into the population or community homes.

Mr. Hendlisz: You do put your linkages out into the community. The way we have reorganized ourselves is to have all the, what we will call "second-line services," outside the hospital. We have purchased or rented clinics and they are out there.

Senator Cook: However, the linkages will be into the core centre of your psychiatric hospital? No?

Mr. Hendlisz: Not necessarily. The patients do not have to go back, necessarily. It depends.

Ms. Kershaw-Bellemare: If you picture it as like the hub of a wagon wheel and at the centre there is a limited number of professionals with a lot of expertise, not all of which is the first response in terms of the needs of people at the outer edge of the wagon wheel. We have only 254 inpatients. We have over 6,000 outpatients. We do not want to continue to assume the responsibility for those 6,000 outpatients, and we are even trying to reduce our inpatient quotient.

The kinds of things we would like to develop, and are working on actively, are shared-care initiatives. In concrete terms, our psychiatrists are talking to general practitioners and helping them follow people who are holding down a job and living with their family, but need periodic help. Every now and then, they may need to be admitted, have their medication adjusted or other treatment regimes initiated, and then go back to their life.

We can think of nurses in the hospitals teaching nurses in local community health centres about what to look for when a patient is on a specific medication. We can talk about psychologists helping their colleagues in crisis centres learn about specific measures to deal with borderline personality disorder, which is a difficult issue in anybody's book. It is a very concrete sharing of knowledge, preferably outside the hospital, and preferably maximizing what is being done in the community with and for the people who use the services. I do not know if that helps.

M. Hendlisz: Les soins psychiatriques visent surtout les conditions chroniques et se distinguent des soins actifs. En soins actifs, les épisodes même s'ils ne sont pas brefs sont limités dans le temps. Je sais qu'il y a beaucoup d'autres maladies qui peuvent avoir des conséquences chroniques, et certaines maladies mentales ont une composante chronique. Il n'est pas forcément nécessaire de soigner à l'hôpital. Il faut des lits dans des environnements particuliers qui peuvent être des hôpitaux généraux autant que des hôpitaux psychiatriques, mais l'hôpital psychiatrique devrait avant tout jouer un rôle de centre universitaire. Ils peuvent être à ce titre les dépositaires de connaissances qui peuvent être communiquées à d'autres par le biais du transfert de technologie.

Le sénateur Cook: Oui. Cependant, cette réalité m'échappe car je suis originaire de Terre-Neuve où il n'y a qu'un hôpital de soins tertiaires et je me demande s'il y a quelque part dans votre vision un modèle d'hôpital psychiatrique polyvalent, un modèle qui permet d'établir des liens avec la population ou la communauté.

M. Hendlisz: Il y a des liens avec la communauté. De la manière dont nous nous sommes organisés, nous avons créé ce que nous appelons des «services de deuxième ligne» à l'extérieur de l'hôpital. Nous avons acheté ou loué des cliniques et c'est à ce niveau que nous sommes présents.

Le sénateur Cook: Oui, mais ce sont des liens qui renvoient directement à votre hôpital psychiatrique? Non?

M. Hendlisz: Pas forcément. Les patients n'ont pas forcément à y retourner. Cela dépend.

Mme Kershaw-Bellemare: Imaginez une roue. Au centre il y a un nombre limité de professionnels hautement spécialisés qui ne sont pas forcément les premiers intervenants pour répondre aux besoins de ceux qui se trouvent à la circonférence de la roue. Nous n'avons que 254 patients hospitalisés, nous en avons plus de 6 000 à l'extérieur. Nous ne voulons plus continuer à assumer la responsabilité de ces 6 000 patients extérieurs et nous essayons même de réduire le nombre de nos patients hospitalisés.

Ce à quoi nous aimerions arriver et ce à quoi nous travaillons activement, ce sont des initiatives de soins partagés. En termes concrets, nos psychiatres collaborent avec les généralistes et les aident à suivre ceux qui ont un travail, qui vivent dans leur famille, mais qui ont besoin d'être périodiquement aidés. De temps à autre, il est possible qu'il soit nécessaire de les hospitaliser, de modifier leur médication ou de leur prescrire d'autres régimes de traitement puis ensuite de les renvoyer à leur vie.

On pourrait envisager que des infirmières travaillant en centre hospitalier enseignent à des infirmières oeuvrant dans les centres locaux de services communautaires quoi rechercher quand un patient prend tel médicament. Des psychologues pourraient, par exemple, aider leurs collègues des centres de crise à adopter des mesures spéciales pour les patients atteints de troubles de la personnalité limite, un problème fort complexe de l'avis de tout le monde. Il s'agit tout simplement d'un partage pratique des connaissances, idéalement en dehors des hôpitaux, pour tirer le meilleur parti possible des services communautaires à la fois pour les gens qui leur offrent que pour ceux qui les reçoivent. J'ignore si cela éclaire votre lanterne.

Senator Cook: That helps, but the other piece that I am trying to fit into my picture is the role of the nurse practitioner in a primary care setting in mental health, given the shortage of human resources and the dollars. In my province, they were born out of necessity.

Mr. Hendlisz: Absolutely. Necessity is very often the mother of invention, and health professionals are very traditional and not the most flexible people.

The requirements to become a nurse now are very different from 20 years ago. There has been a kind of democratization of knowledge and other people can now do many things, but the general practitioners also have a major role. The first instinct of general practitioners, if a particular medication does not work, is to send patients to the hospital, as opposed to sending them to a consultant and then carrying out the treatment.

We do not want to look at our institution as a place to keep patients, because even in the model that you may be thinking of, we end up looking at psychiatric hospitals as the end of road, and as soon as you do that, you are rebuilding an asylum. We do not want an asylum.

Senator Cook: Thank you for capturing my wandering thoughts so vividly. What do you say to a national action plan with an integrated approach?

Mr. Hendlisz: I think that would be wonderful in terms of aims, but we may run into certain kinds of problems. As Amparo Garcia was saying, everybody has a slightly different version of it and that is going to be a big job. For example, I know addressing stigma may not look like much, but it is a huge task. However, a national action plan would be good, yes.

[Translation]

Senator Pépin: Senator Cook spoke about nurse practitioners. My comments concern both nurses and nurse practitioners: we have to increase salaries and change the quality of life in the working environment.

Ms. Bellemare, you told us that we are not using our resources properly. Could you elaborate a little, please?

Ms. Kershaw-Bellemare: Today all non-doctor professionals have specialized training. In our interdisciplinary teams — and we like to see the patient as being the focus of all the attention, of course — because of present lack of psychiatrists, there are often more non-psychiatrists than psychiatrists.

It is important to note that nurses, psychologists, social workers, occupational therapists and so on can work more independently and even evaluate and possibly admit a patient without necessarily waiting before a formal evaluation done by a psychiatrist.

Le sénateur Cook: C'est utile, mais l'élément que j'essaie toujours de comprendre concerne le rôle de l'infirmière praticienne dans le contexte des soins primaires en santé mentale étant donné la pénurie de ressources humaines et financières. Dans ma province, c'est par nécessité que leur profession a été créée.

M. Hendlisz: Tout à fait. La nécessité rend ingénieux, or les professionnels de la santé sont très conservateurs et n'ont pas l'attitude la plus souple.

Les exigences de la profession d'infirmière sont bien différentes d'il y a 20 ans. La connaissance s'est en quelque sorte démocratisée de sorte que d'autres personnes peuvent accomplir certaines tâches, mais les généralistes ont toujours un rôle capital. Lorsqu'un médicament ne fonctionne pas comme il le devrait, d'instinct, les généralistes envoient leurs patients à l'hôpital plutôt que de l'envoyer consulter un spécialiste pour ensuite administrer le traitement approprié.

Il faut éviter de voir nos institutions comme des endroits où doivent demeurer les patients puisque même selon le modèle que vous envisagez peut-être, nos hôpitaux psychiatriques deviendraient la fin du voyage et, dès lors, ils redeviendraient des asiles. On ne souhaite pas recréer d'asiles.

Le sénateur Cook: Je vous remercie d'avoir si habilement ordonné mes pensées vagabondes. Que pensez-vous d'un plan d'action national concerté?

M. Hendlisz: Je crois que les objectifs seraient fort louables, mais un tel plan pourrait être difficile à mettre en oeuvre. Comme Amparo Garcia le disait, tout le monde a sa propre représentation de ce qu'il devrait être et ce sera tout un travail de rallier ces divergences de vues. Je sais que la stigmatisation peut sembler facile à régler, mais c'est une énorme tâche. Cela dit, un plan d'action national serait souhaitable.

[Français]

Le sénateur Pépin: Le sénateur Cook a parlé des infirmières praticiennes. Mon commentaire concerne autant les infirmières que les infirmières praticiennes: il faut augmenter les salaires et changer la qualité de vie de l'environnement de travail.

Vous nous avez dit, madame Bellemare, qu'on n'utilise pas correctement les ressources. Pourriez-vous élaborer un peu, s'il vous plaît?

Mme Kershaw-Bellemare: Aujourd'hui, tout professionnel non-médecin a une formation spécialisée. Dans nos équipes interdisciplinaires — et on souhaite voir le patient au centre, bien sûr —, il y a souvent, à cause de la pénurie actuelle de psychiatres, plus de non-psychiatres que de psychiatres.

Il est important de constater que les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, et ainsi de suite, peuvent exercer de façon plus autonome, peuvent évaluer, et possiblement admettre un patient sans nécessairement attendre l'évaluation formelle du psychiatre.

I think we should review our care systems, our ways of sending the person through the system, to eliminate barriers, and think in terms of the needs of the person when that person needs our services. Perhaps an interdisciplinary team supported by a doctor could admit someone immediately from the emergency room or even from a community clinic, simply for a brief stay, based on another professional's evaluation?

Once we have agreed on the protocol, once we have agreed on the training supporting what is being done, why not admit that different people can play their roles differently?

It is embarrassing, but we are one of the last provinces to accept that the entry level into practice can admit nurses who do not have a bachelor's degree. In my opinion, it is unacceptable to have a training lower than a bachelor's degree. Like all perfectionists, I am aiming for a master's.

[English]

I think you have to ask concrete questions in terms of nurse practitioners. Picture a community health centre with 3 or 4 GPs and maybe 10 to 15 other professionals; in a perfect world there would also be non-professionals, people who are well known in their community for being able to help people who need help. There would be maybe one or two nurse practitioners in that context. For example, one could have advanced practice training in psychiatry, could differentiate certain diagnoses and be familiar with the medications and the different nuances that have to be brought to bear. That nurse can sit with the team and say, "Just wait a minute. We are getting a little off track with this one," and could, if the need arose, admit to the local emergency room. It would be a partnership where a call could be made to the other nurse who works there, because they are working for the same entity. They can make a transfer, because transfers happen between people and not systems. It can be that concrete.

Senator Cook: In my province of Newfoundland the entry point for the nurse practitioner is a Bachelor of Nursing, and when people go into the nurse practitioner program, they quite often choose the discipline, the special area, in which they would like to work. Nurse practitioners in my province have a master's degree.

Ms. Kershaw-Bellemare: That is what we are hoping to attain, as well. At a minimum, it will be a nurse with a master's degree who has training beyond that level in a given specialty, for example, in psychiatry, cardiology, or whatever.

Il s'agit, je crois, de revoir nos systèmes de soins, nos façons de faire cheminer la personne à travers le système, d'éliminer les barrières, de penser en termes des besoins de la personne au moment où elle requiert nos services. Peut-on concevoir qu'une équipe interdisciplinaire, soutenue par un médecin, pourrait admettre quelqu'un à partir de la salle d'urgence ou même à partir d'une clinique communautaire, pour un court séjour, basé sur l'évaluation d'un autre professionnel?

Une fois qu'on s'entend sur un protocole, une fois qu'on s'entend sur la formation qui soutient la démarche, pourquoi ne pas admettre que différentes personnes peuvent jouer des rôles différemment?

C'est gênant, mais nous sommes une des dernières provinces à accepter que le niveau d'admission dans la pratique puisse être fait par des infirmières qui ne détiennent pas un baccalauréat. D'après moi, c'est inacceptable de donner une formation inférieure au baccalauréat. Comme toute perfectionniste, je vise la maîtrise.

[Traduction]

S'agissant des infirmières praticiennes, je crois qu'il faut poser des questions pragmatiques. Imaginez un centre de santé communautaire regroupant de trois ou quatre omnipraticiens et 10 ou 15 autres professionnels de la santé. Dans un monde idéal, ils seraient épaulés par des non-professionnels bien connus dans la collectivité pour leur soutien auprès des gens dans le besoin. En pareille circonstance, l'équipe compterait une ou deux infirmières praticiennes. Une d'entre elles pourrait, par exemple, avoir suivi une formation poussée en psychiatrie qui lui permettrait de reconnaître certains diagnostics et de connaître les médicaments et les subtilités à prendre en compte. Cette infirmière pourrait dire à son équipe: «Attendez un instant. Nous faisons fausse route avec ce patient» et, le cas échéant, elle pourrait admettre la patient à l'urgence. Elle travaillerait en partenariat avec l'infirmière de l'urgence qu'elle n'aurait qu'à appeler puisqu'elle travaille pour la même organisation. Elle pourrait transférer un patient puisque le transfert se ferait entre deux professionnels et non entre deux systèmes. Ce pourrait être aussi pratico-pratique que cela.

Le sénateur Cook: Dans ma province de Terre-Neuve, pour devenir infirmière praticienne, il faut avoir un baccalauréat en sciences infirmières avant de suivre une formation d'infirmière praticienne à proprement parler au cours de laquelle les candidats choisissent généralement la discipline, la spécialisation, qu'ils préfèrent. Les infirmières praticiennes de ma province sont titulaires d'une maîtrise.

Mme Kershaw-Bellemare: C'est l'objectif que nous visons tous. Au minimum, on souhaiterait que les infirmières aient une maîtrise et une formation spécialisée, par exemple, en psychiatrie, en cardiologie ou que sais-je.

[Translation]

Senator Pépin: You have said there are very few nurses going into psychiatry. We also know there are very few doctors taking up psychiatry. What could motivate more people whether they are nurses, social workers, doctors or occupational therapists, to take up psychiatry?

Mr. Hendlisz: Once again, I think that has to do with prejudice. We know that all mental diseases, even severe depression and so on, that are not permanent diseases, do have a neurological component. We have a neurological Institute that considers that some diseases such as cerebrovascular accidents or others have an impact on behaviour but they are considered as being brain diseases.

However, when we look at mental health diseases we do not see them simply as brain diseases but we also see them as behavioural diseases. But I can assure you that the same organ controls both. Perception is what makes the career less attractive.

Ms. Bellemare: I will say something rather ironic: there was a time where one went into psychiatry when one could not practice in a more complex and more difficult discipline.

And that way of thinking still exists for some people. The marketing of that specialty has not been done very well. There is also the impact of a problem that is often judged by the population at large as being something shameful.

That said, I think that as far as training is concerned, it is important to upgrade our requirements concerning the practice of psychiatry in general.

Integrating research with clinical programs is one way of getting the following message across: we are dealing with a scientific practice both clinically and administratively.

So we have to change the structure to change the perception and increase the requirements for all professionals who want to practice psychiatry.

Ms. Garcia: I agree with Ms. Bellemare and Mr. Hendlisz. I would add that it is too bad, because people working in psychiatric hospitals stay there. They love and adore their work. People do not leave. It is too bad there are not more people choosing to work in the field of psychiatry.

Ms. Desjardins: I would like to add that it is very important for students to get into practical training as soon as possible. We should not wait for the third year in nursing. The students have to see what the environment is like.

In universities, it is still far more prestigious to go for cardiac, surgery, intensive care rather than psychiatry or geriatrics. Geriatrics and psychiatry are seen to be at just about the same level: they are not very attractive.

[Français]

Le sénateur Pépin: Vous avez dit qu'il y a très peu d'infirmières qui se dirigent en psychiatrie. On sait qu'il y a très peu de médecins qui se dirigent en psychiatrie. Qu'est-ce qui pourrait motiver plus de personnes, que ce soit infirmières, travailleuses sociales, médecins, ergothérapeutes, à se diriger vers la psychiatrie?

M. Hendlisz: Je crois encore une fois que c'est relié aux préjugés. On sait que toutes les maladies mentales, même les dépressions sévères, et cetera, qui ne sont pas des maladies permanentes, ont une composante neurologique. On a un Institut de neurologie qui considère que certaines maladies, comme les accidents cérébraux vasculaires ou d'autres maladies, ont des conséquences reliées au comportement, mais on les considère comme des maladies du cerveau.

Cependant, quand on regarde les maladies de santé mentale, on ne les voit pas comme des maladies du cerveau, on les voit comme des maladies liées au comportement. Mais je vous assure que c'est le même organe qui contrôle les deux. C'est la perception qui fait que la carrière est moins attirante.

Mme Bellemare: Je vais dire quelque chose d'assez paradoxal: il fut un temps où on se dirigeait vers la psychiatrie quand on ne pouvait pas pratiquer dans une discipline plus complexe et plus difficile.

Et cette mentalité existe encore dans la tête de certaines gens. Le marketing de cette spécialité n'a pas été bien fait. Il y a aussi l'impact d'une problématique souvent jugée par la population générale comme étant honteuse.

Ceci dit, je crois qu'il est important, au niveau de la formation, de rehausser nos exigences pour la pratique en psychiatrie en général.

La recherche intégrée dans les programmes cliniques, c'est un moyen de faire passer le message suivant: nous faisons une pratique scientifique, autant sur le plan clinique que sur le plan administratif.

Il s'agit donc de changer la structure pour changer la perception, de rehausser les exigences pour tous les professionnels qui veulent pratiquer la psychiatrie.

Mme Garcia: Je suis d'accord avec Mme Bellemare et M. Hendlisz. J'ajouterais que c'est dommage, parce que les gens qui travaillent dans un hôpital psychiatrique, ils restent. Ils adorent et aiment leur travail. C'est notre expérience. Les gens ne quittent pas. C'est dommage qu'il n'y ait pas plus de gens qui choisissent de travailler dans le domaine psychiatrique.

Mme Desjardins: J'ajouterais qu'il est très important que les étudiants fassent des stages très tôt. Il ne faut pas attendre en troisième année, quand on est en soins infirmiers. Il faut que les étudiants puissent voir le milieu.

Dans les universités, c'est encore beaucoup plus prestigieux d'aller en soins cardiaques, en chirurgie, en soins intensifs que d'aller en psychiatrie et en gériatrie. La gériatrie et la psychiatrie se situent à peu près au même niveau: ce n'est pas très attirant.

It is as though you had to not be as good if you are choosing those specialties. But as Ms. Bellemare was saying, practice is so different, it is so motivating. You have to know how to “sell” the product to students because as Amparo Garcia said, students in training in psychiatry stay. You should not choose psychiatry because it is the last on the list, people have to choose it because it is interesting. So you have to make an effort at the university and college level to tell students: come see, you will discover an extraordinary world where you will feel useful; there are few other areas where you can get that feeling.

We know it is motivating for a professional to fulfil his professional potential while knowing at the same time that he is doing something good for others. In psychiatry, we can offer that motivation but people do not know it.

Ms. Kershaw-Bellemare: I think that interdisciplinary training is very important. If, at the end of the day, we want interdisciplinary teams, we have to start with interdisciplinary training. We can have interdisciplinary training, and then, the students can pursue different specialties.

Second, in the psychiatric environment — I do not even like the term — whether it is in a hospital environment or in the person’s own environment, you are dealing with chronic disease and the problems of everyday life: how to feed your family, how to keep your job, how to take the bus without getting lost on a Friday afternoon.

When we are recruiting our student trainees, we tell them: if you want to learn anything about families, environments, adjustment problems, care and resourcefulness, then we are there for you.

Often, the trainees only remember this: our patients have mental diseases.

One of the approaches that penalized us in the past, but that we found very advantageous, was to say: no, we do not want just anybody; you are going to prove to us that we have to accept you. At the beginning, students were totally upset by our approach, but things have changed since then.

[English]

Senator Keon: Madame Garcia, I am going to ask you a difficult question, so I would ask the other members of the panel to assist you in this. Perhaps it is almost unfair, but I will ask it anyway. This morning, I tried to ferret out from Dr. Israël and Dr. Farquhar what is really missing that would make the system work. There is a regional structure in place, but somehow the network is not succeeding at picking the people up, getting them to the right place at the right time, getting them back to the right place at the right time, and looking after them in the broadest social context of mental health.

C’est comme si on devait d’être moins bon pour choisir ces spécialités-là. Mais comme disait Mme Bellemare, la pratique est tellement différente, elle est tellement valorisante. Il faut «vendre» le produit aux étudiants, parce que, comme disait Amparo Garcia, les stagiaires qui viennent en psychiatrie restent. On ne doit pas choisir la psychiatrie parce que c’est le dernier choix. Il faut qu’on le choisisse parce qu’on sait que c’est intéressant. Il faut donc faire un effort au niveau des universités et au niveau collégial pour dire aux étudiants: venez voir, vous allez découvrir un monde extraordinaire où vous allez vous sentir utile; il y a peu d’endroits où on peut l’être autant.

On sait qu’il est valorisant pour un professionnel de se réaliser professionnellement, en sachant qu’il fait quelque chose de bien pour les autres. Et en psychiatrie, on peut offrir cette valorisation, mais les gens ne le savent pas.

Mme Kershaw-Bellemare: Je crois que les formations interdisciplinaires sont très importantes. Si on veut, au bout du compte, des équipes interdisciplinaires, il faut commencer par avoir une formation interdisciplinaire. On peut avoir une formation multidisciplinaire et, par la suite, les étudiants peuvent poursuivre dans différentes spécialités.

Deuxièmement, le milieu psychiatrique — je n’aime même pas le mot —, que ce soit en centre hospitalier ou dans le milieu naturel de la personne, est un endroit où on fait face aux maladies chroniques, aux problèmes de la vie quotidienne: comment faire manger sa famille, comment maintenir son emploi, comment prendre l’autobus sans se perdre un vendredi en fin de journée.

Quand nous recrutons des stagiaires, nous leur disons: si vous voulez en apprendre au sujet des familles, des milieux, des problèmes d’adaptation, des soins et de la débrouillardise, on est là pour vous.

Souvent les stagiaires retiennent seulement la phrase suivante: nos patients ont des maladies mentales.

Une des approches qui nous a pénalisés dans le passé mais qui s’est avérée très avantageuse était de dire: non, nous ne voulons pas n’importe qui; vous allez nous prouver que nous devrions vous accepter. Au début, les étudiants étaient carrément bouleversés par notre approche, mais maintenant ce n’est plus pareil.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Madame Garcia, je vais vous poser une question difficile, c’est pourquoi je demanderais aux autres membres du groupe de vous aider à y répondre. Il est peut-être injuste de poser une telle question, mais je la poserai quand même. Ce matin, j’ai essayé d’obtenir de la Dre Israël et du Dr Farquhar qu’ils m’indiquent quels sont les éléments qui manquent et qui permettraient au système de fonctionner. Il existe une structure régionale, mais d’une certaine façon le réseau ne parvient pas à prendre en charge ces personnes, à les amener au bon endroit au bon moment, à les ramener au bon endroit au bon moment, et à s’en occuper dans le contexte social très général de la santé mentale.

The reason I have buttonholed you is that you referred to the integrated paradigm, and I want to hear what is missing in the system now in the way of structure, function and people to make it work.

Ms. Garcia: I will try. One of the problems is the lack of integration. No one service or service point can do it all. For example, even within the hospital we have to integrate the services, we have to break down the barriers. In my division, my first objective is to break down the barriers within the services and have them work together, and then have them work from the units in the community and reach out and work with the families, the CLSC, the community resources. You have the same problem in trying to work more in the community. People are trying, but at the same time, they are still staying with their own way of working, so it is very hard to unify the system.

When you make an intervention plan, everyone talks about being client centred, but if the members of the multidisciplinary team stay at the level of their profession and do their little part, you do not have an integrated way of working. You have a doctor who wants to have control and to have the last say; then you have one person doing placement, another person doing activities — that is the OT — another person doing psychological testing; then you have a service within the hospital that has to follow patients.

Therefore, you will hear a nurse saying, “But I am not an outpatient nurse. I was not trained to follow people outside the hospital. The PACT should do that.” Well, maybe. We are lucky to have a PACT, but there is already a waiting list and the PACT cannot follow everyone. This nurse will have to go into the community and follow this client for three months. We will have to let the community walk into the hospital and take the patients out into that community.

Presently, we are looking into a model whereby what is today long-term, intensive care in hospital is put outside in the community, 24 hours a day for 7 days a week. It would be a supervised apartment setting.

Again, one of the answers we will get from the regional board is, “Well, but this is inpatient treatment. How will you do that? Does that mean you have to cut beds? Does it mean that you have to cut financing and then find community financing, because the house is in the community?”

We are talking a lot about putting services together, but we are still very much working each in our own way, and we do not have to go very far to see that. All we have to do is look into what goes

Si c’est à vous que je pose la question, c’est que vous avez parlé du paradigme intégré, et j’aimerais savoir quels sont les éléments qui sont absents du système à l’heure actuelle sur le plan de la structure, de la fonction et des ressources humaines, qui permettraient d’en assurer le fonctionnement.

Mme Garcia: Je vais essayer de répondre à votre question. L’un des problèmes, c’est l’absence d’intégration. Aucun service ou point de service ne peut à lui seul tout faire. Par exemple, même au sein de l’hôpital, nous devons intégrer les services, nous devons abattre les cloisons. Dans ma division, mon premier objectif est d’abattre les cloisons qui existent au sein des services afin qu’ils travaillent ensemble et ensuite qu’ils travaillent à partir de certains points dans la collectivité et aillent au-devant des familles, du CLSC et travaillent en collaboration avec eux et avec les ressources communautaires. Le même problème se pose lorsqu’on essaie d’intensifier le travail au sein de la collectivité. Les gens font des efforts en ce sens, mais parallèlement ils conservent leur propre façon de fonctionner et il est donc très difficile d’unifier le système.

Lorsque l’on prépare un plan d’intervention, tout le monde dit qu’il doit être axé sur le client, mais si les membres de l’équipe multidisciplinaire restent enfermés dans le carcan de leur profession et jouent chacun leur petit rôle, cela ne favorisera pas un mode de fonctionnement intégré. Vous aurez un médecin qui veut exercer son autorité et avoir le dernier mot; puis vous aurez une personne pour s’occuper du placement, une autre, de l’ergothérapie, une autre pour administrer les tests psychologiques; ensuite, vous aurez un service à l’hôpital pour suivre les patients.

Par conséquent, vous entendrez une infirmière dire, «Mais je ne suis pas une infirmière formée pour m’occuper des malades externes et suivre les patients une fois qu’ils sont sortis de l’hôpital. C’est le programme de suivi intensif dans la communauté qui devrait s’en occuper.» Peut-être. Nous avons la chance d’avoir un programme de suivi intensif dans la communauté, mais il existe déjà une liste d’attente et ce programme ne peut pas suivre tout le monde. Cette infirmière devra aller dans la communauté et suivre ce client pendant trois mois. Nous devons laisser la communauté venir à l’hôpital et réinsérer les patients dans la communauté.

À l’heure actuelle, nous sommes en train d’envisager un modèle qui permettra d’assurer dans la collectivité, 24 heures par jour et sept jours sur sept, les soins intensifs et à long terme qui sont dispensés aujourd’hui en milieu hospitalier. Il s’agirait de la formule d’appartements à supervision continue.

Ici encore, l’une des réactions que nous recevons du conseil régional c’est, «Mais il s’agit d’un traitement semblable à celui offert aux malades hospitalisés. Comment procéderez-vous? Cela signifie-t-il que vous devrez réduire le nombre de lits? Cela signifie-t-il que vous devrez réduire le financement et chercher ensuite à obtenir un financement auprès de la collectivité, parce que la maison se trouvera dans la collectivité?»

On parle beaucoup de rassembler les services, mais nous continuons dans une grande mesure à travailler chacun de notre propre façon, et nous n’avons pas à aller très loin pour le

on in our own services. Breaking down the barriers around our own services is already enough and it shows where the problems are.

One of the problems I have seen often is that the community resources people will say that they are taking care of severe and persistent clients. In fact, I think there is a difference between the type of client that the hospital follows and the type of client that the community follows. They will say it is the same, but in some cases, it is not. Again, we have to come together and share expertise. There are certain things that they can do and there are certain things that only the hospitals can do at this point because of their expertise.

Mr. Hendlisz: You talked about structure, function and people. We have to remember that deinstitutionalization, although it has been a long process in terms of the many years it has been going on, had its major push in the last five to ten years, in the same way as day surgery.

The retraining of people to do the work outside the institution versus inside was not there. People who have worked for 20 years protected by the walls of the institution know that they are leaving at 4:00 and somebody else is going to be there — then suddenly, they are not there. You have to take care of your patients at 4:30 and at 5:00, make sure the phone calls are made and what have you.

People who are used to working in a hospital in a very structured environment are lost. This is a relevant whether you are talking about nurses or outpatient services. The training model was not there and is still not there. With all due respect to our union colleague leaders, they still say, “Well, it is after 4:30; that means it is overtime.” You get into these incredible situations.

Let’s be clear that working in the community is a different kind of job and people have not been trained for it. That is on the staff level.

At the structural level, we have the understanding that, “Well, this is a community model and that a hospital model,” and it is not based on the patients’ needs at all. My own suggestion is to have a relatively small project involving a number of people who are committed to it with a timeline of two or three years. That will work.

Although I certainly believe in a national program that will provide structure, et cetera, it has to work on the ground. We know that certainly in major cities, mental health services tend to be divided into sectors, and we know what they are. We know the community groups, we know the CLSCs in Quebec and we know the hospitals. We have to say, “You must come up with a concrete model for your area and you have a year to do it. You have to figure out how to do it.”

constater. Il nous suffit d’examiner ce qui se passe dans nos propres services. Il est déjà assez difficile de faire tomber les cloisons entre nos propres services, ce qui indique où se situent les problèmes.

L’un des problèmes que j’ai souvent constatés, c’est que les responsables des ressources communautaires diront qu’ils s’occupent des clients qui présentent des troubles graves et persistants. En fait, je crois qu’il existe une différence entre le type de client que suit l’hôpital et le type de client que suit la collectivité. Ils diront qu’il s’agit du même type de patient, mais ce n’est pas toujours le cas. Ici encore, nous devons nous réunir et mettre en commun nos compétences. Il y a certaines choses qu’ils peuvent faire et il y a certaines choses que seuls les hôpitaux peuvent faire à ce stade en raison de leurs compétences.

M. Hendlisz: Vous avez parlé de structure, de fonction et de gens. Il ne faut pas oublier que la désinstitutionnalisation, même s’il s’agit d’un processus long qui dure depuis de nombreuses années, s’est intensifiée au cours des cinq ou dix dernières années, comme cela a été le cas pour la chirurgie de jour.

On n’a pas assuré au personnel le recyclage professionnel leur permettant de travailler à l’extérieur de l’établissement plutôt qu’à l’intérieur. Les gens qui ont travaillé pendant 20 ans protégés par les murs de l’établissement savent qu’ils partent à 16 heures et que quelqu’un d’autre les remplacera — puis, tout à coup, ils ne sont plus là. Il faut s’occuper de ces patients à 16 h 30 ou à 17 heures, s’assurer de faire les appels téléphoniques voulus et ainsi de suite.

Les personnes habituées à travailler dans un hôpital dans un milieu très structuré sont perdues. Cela est vrai, que vous parliez à propos d’infirmières ou de services aux malades externes. Le modèle de formation n’existait pas et n’existe toujours pas. Malgré tout le respect que je dois à nos chefs syndicaux, ils n’en continuent pas moins de dire «Eh bien, il est passé 16 h 30; cela signifie du temps supplémentaire». On est donc aux prises avec ce genre de situations incroyables.

Il importe de préciser que travailler au sein de la collectivité représente un type de travail différent pour lequel les gens n’ont pas reçu de formation. C’est la situation au niveau du personnel.

Au niveau structurel, nous devons comprendre que, «Eh bien, ceci est un modèle communautaire et cela, un modèle hospitalier», ce qui n’est absolument pas axé sur les besoins des patients. Je proposerais que l’on mette sur pied un projet relativement petit regroupant un certain nombre de personnes prêtes à s’engager et étalé sur deux ou trois ans. Ce genre d’initiative fonctionnera.

Même si je suis tout à fait partisan d’un programme national qui assurera une structure, etc., il faut que ce programme fonctionne sur le terrain. Nous savons que dans les grandes villes, on a tendance à diviser les services de santé mentale en secteurs, et nous savons en quoi ils consistent. Nous connaissons des groupes communautaires, nous connaissons les CLSC au Québec et nous connaissons les hôpitaux. Il faut que nous disions, «Vous devez établir un modèle concret pour votre secteur et vous avez un an pour le faire. Vous devez déterminer comment le faire.»

Also, physicians tend to work apart from the system and you have to bring them into that model without forcing them.

We know from our everyday experience that that kind of thing works. You get a small group of people together and give them a problem, which is relatively simple. You do not have to talk to 4,000 people. That is how I would do it. I would say to a certain sector, "You tell me what your model will be," because it all has to do with integrated care.

We have deinstitutionalized people who have been severely ill, but are stable. They should be taken care of by community care, but no, they are ours still. Why are they ours? They are in the community and they are stable. The response is, "No, no. That is mental illness. That is you." It is that kind of attitude.

Ms. Kershaw-Bellemare: I would add that we need more stable funding. The reality is we are constantly running downtown to renegotiate a few dollars. We understand the importance of spending money wisely, and it is much more advantageous for the client at the end of the day if you can go into a project knowing what the funding is and how long it will be there, and I do not mean in terms of months.

The other issue is joint education. We have to change the structure and train future professionals together. We have to create joint community/hospital-based positions. The unions will react strongly to that, which is just too bad. We will have to give professionals more autonomy so that when they are outside the walls, they do not have to "phone home" every time they need to do something slightly outside the realm of their traditional practice. Our laws have to back them up in that. We have to give them healthy workplaces.

Most of the people in our establishment are willing to make the switch. They just need us to take a little of the pressure off them. They need us to be able to replace them so that we can give them some retraining; and they need us to run interference with the unions and others so they can operate in new and creative ways. It is not really very complicated.

If the national strategy addresses all that it will give us the power to actually perform administratively. There is a myth that, "If you cannot do, you teach, and if you cannot teach, you administrate." I beg to differ. We keep the system running. Now, it is not in the best state in the world, but you cannot just administrate because you have nothing else to do. It has to be based on some evidence.

Those are the structures we have to change to be able to function differently and reach the people who are still in the system.

Par ailleurs, les médecins ont tendance à travailler à l'écart du système et il faut les faire participer à ce modèle sans les y obliger.

Notre expérience au jour le jour nous a appris que ce genre de formule donne des résultats. On réunit un petit groupe de personnes et on leur soumet un problème, qui est relativement simple. Il n'est pas nécessaire de parler à 4 000 personnes. C'est la façon dont je procéderais. Je dirais à un certain secteur, «Proposez-moi votre modèle,» parce que tout cela se rapporte à l'intégration des soins.

Nous avons désinstitutionnalisé les personnes qui ont été gravement malades, mais qui sont stables. Ce devrait être aux services communautaires de s'en occuper, mais non, on considère que c'est toujours à nous de nous en occuper. Pourquoi? Ces personnes sont dans la collectivité et elles sont stables. La réponse est la suivante, «Non, non. Il s'agit de maladie mentale. Cela vous concerne.» C'est le genre d'attitude que l'on constate.

Mme Kershaw-Bellemare: J'ajouterais que nous avons besoin d'un financement plus stable. Le fait est que nous devons constamment renégocier quelques dollars. Nous comprenons qu'il est important de dépenser l'argent de façon judicieuse, et il est beaucoup plus avantageux pour les clients au bout du compte si l'on peut mettre sur pied un projet en sachant quel en sera le financement et la durée, et je ne parle pas de mois.

L'autre question est la formation conjointe. Nous devons modifier la structure et former ensemble les futurs professionnels. Nous devons créer des postes axés à la fois sur les milieux communautaires et hospitaliers. Cela provoquera une vive réaction de la part des syndicats, ce qui est dommage. Nous devons accorder aux professionnels une plus grande autonomie afin que lorsqu'ils travaillent à l'extérieur de l'hôpital, ils n'aient pas à téléphoner à leur supérieur chaque fois qu'ils doivent s'écarter légèrement du modèle traditionnel d'exercice de leur profession. Il faut que nos lois les soutiennent à cet égard. Nous devons leur offrir un milieu de travail sain.

La plupart des membres de notre établissement sont prêts à faire la transition. Il suffit simplement que nous allégions les pressions qui s'exercent sur eux. Il faut que nous puissions les remplacer afin de pouvoir leur offrir un certain recyclage professionnel; et il faut que nous intervenions auprès de syndicats entre autres afin de leur permettre d'adopter des façons nouvelles et créatives de fonctionner. Ce n'est pas vraiment très compliqué.

Si la stratégie nationale aborde tous ces aspects, elle nous donnera alors les pouvoirs de nous acquitter efficacement de nos tâches sur le plan administratif. Il existe un mythe selon lequel, ceux qui ne peuvent pas enseigner. Ceux qui n'enseignent pas administrer. Permettez-moi d'être d'un autre avis. Nous assurons le fonctionnement du système. Ce n'est peut-être pas le meilleur système au monde, mais on ne peut pas se contenter d'administrer simplement parce qu'on n'a rien d'autre à faire. Il faut que cela s'appuie sur du concret.

Ce sont des structures que nous devons changer pour pouvoir fonctionner différemment et atteindre ceux qui sont toujours dans le système.

Senator Keon: Mr. Chairman, I must tell you that the way I heard it is, “When you are too old to do, you teach, and when you are too old to teach, you administrate.” It seems to have been the story of my life.

The Chairman: In case you did not know, Senator Keon is currently the CEO of the Ottawa Heart Institute, in addition to being a member of the committee.

That was an excellent question with which to finish. I want to put a challenge to the panel and have you reflect on whether you are willing to accept it. I am not asking for an answer now. All of you have talked about something that we have kicked around, individually and among ourselves. Mr. Hendlisz began by referring to it as the need for a different paradigm, and several of you have talked about it in different ways. It would really help us if sometime in the next two or three months, certainly before the end of the summer, you could give us a proposal of what such a new paradigm might look like. Clearly, we are not talking about the classic health care paradigm.

In the early days of primary care reform, there was a significant role for the federal government in funding a variety of experiments around the country. The provinces did not object to that because it was understood that these were pilot projects. It was understood that it bordered on classic applied research. We would benefit a lot if you could give us one, two or three paradigms, although it may well be only one, with which you think it would be truly worth experimenting in different parts of the country, making it as practical and non-theoretical as possible. We around this table are not abstract policy-makers, as you know from our last report. We were far more detailed than the other report that Mr. Romanow put out and we were very concrete. One can say we were wrong, but we were not in doubt, and it was easy to tell where we stood.

We would look at doing something like that, but we desperately need the help of people like you. The academics can say, “We need a new paradigm,” but we have to say, “This is what it ought to look like and here are the experiments one ought to try to see how it works.” None of us are going to get it right, right off the bat. We have to do some experiments. To the extent that you can give a considerable amount of thought to that as a group, because it is not just one person’s idea, it would be extraordinarily helpful. If you could give it to us in written form, some of us will probably come back to meet with you at the hospital and talk to you about it. If you do not mind doing that, believe me, you will not be wasting your time.

Senator Morin: Can I just caution against the creeping up of professional standards.

Chairman: What we call the “credential creep.”

Le sénateur Keon: Monsieur le président, je dois vous dire que la version que j’ai entendue est la suivante, «Ceux qui ne peuvent pas parce qu’ils sont trop vieux enseignent, et ceux qui sont trop vieux pour enseigner administrent». Cela semble avoir été l’histoire de ma vie.

Le président: Au cas où vous ne le sauriez pas, le sénateur Keon est à l’heure actuelle le PDG de l’Institut du coeur d’Ottawa, en plus d’être membre du comité.

C’était une excellente question sur laquelle terminer. J’aimerais lancer un défi au groupe et vous demander de réfléchir si vous êtes prêts à le relever ou non. Je ne vous demande pas de répondre maintenant. Vous avez tous parlé d’un aspect auquel nous avons pas mal réfléchi, individuellement et en groupe. M. Hendlisz en a parlé en premier en disant qu’il fallait un modèle différent, et plusieurs d’entre vous en ont parlé de manière différente. Il nous serait vraiment utile si, au cours des deux ou trois prochains mois, certainement avant la fin de l’été, vous pouviez nous présenter une proposition nous indiquant à quoi ressemblerait ce genre de nouveau modèle. De toute évidence, nous ne sommes pas en train de parler du modèle classique des soins de santé.

Au tout début de la réforme des soins primaires, le gouvernement fédéral avait joué un rôle important dans le financement des diverses expériences qui avaient lieu un peu partout au pays. Les provinces ne s’y étaient pas opposées parce qu’elles comprenaient qu’il s’agissait de projets pilotes qui frôlaient la recherche appliquée classique. Il nous serait très utile que vous nous proposiez un, deux ou trois modèles, bien qu’il soit fort possible qu’il s’agisse d’un seul modèle, qu’il vaudrait vraiment la peine, à votre avis, de mettre à l’essai dans différentes régions du pays, et qu’il s’agisse d’un modèle aussi pratique et non théorique que possible. Comme vous avez pu le constater d’après notre dernier rapport, les politiques que nous proposons n’ont rien d’abstrait. Notre rapport était beaucoup plus détaillé que celui présenté par M. Romanow et nos recommandations ont été très concrètes. Certains pourront dire que nous nous sommes trompés, mais nous n’avions aucun doute et il était facile de voir quelle était notre position.

C’est une chose que nous pourrions envisager, mais nous avons désespérément besoin de l’aide de personnes comme vous. Les universitaires peuvent dire, «Nous avons besoin d’un nouveau modèle», mais nous devons dire, «Voici ce à quoi il devrait ressembler et voici les expériences qu’il faudrait faire pour essayer de déterminer comment le modèle fonctionne.» Personne d’entre nous ne réussira du premier coup. Nous devons faire certains essais. Il serait extrêmement utile que vous puissiez y réfléchir en tant que groupe, parce que ce n’est pas l’idée d’une seule personne. Si vous pouviez nous présenter ce modèle par écrit, certains d’entre nous iront probablement vous rencontrer à l’hôpital pour en parler. Si vous n’avez pas d’objection à le faire, croyez-moi, vous ne perdrez pas votre temps.

Le sénateur Morin: Pourrais-je simplement émettre une mise en garde contre la progression insidieuse des normes professionnelles.

Le président: Ce que nous appelons la «progression insidieuse des compétences».

Senator Morin: The reason for that is it is not without consequences for the resources, and so I would beware of that in the paradigm.

The committee adjourned.

Le sénateur Morin: C'est que ce phénomène risque d'avoir des répercussions au niveau des ressources, et il faudrait par conséquent que le modèle en tienne compte.

La séance est levée.

From the Douglas Hospital:

Mr. Eric Latimer, Health Economist.

Afternoon session:

From the University of Montreal:

Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrician, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine;

Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

From the Louis-H. Lafontaine Hospital:

Mr. Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living;

Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes.

From the Douglas Hospital:

Dr. James Farquhar, Psychiatrist;

Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry; Associate Professor, McGill University.

From the Douglas Hospital:

Ms. Myra Piat, Rechercher.

Mr. Amparo Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division;

Ms. Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division;

Mr. Jacques Hendlisz, Director General;

Ms. Robyne Kershaw-Bellemare, Director of Nursing Services.

De l'Hôpital Douglas:

M. Eric Latimer, économiste de la santé.

Séance de l'après-midi:

De l'Université de Montréal:

Le docteur Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine;

La docteure Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

De l'Hôpital Louis-H. Lafontaine:

M. Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté;

Le docteur Pierre Lalonde, directeur, Clinique jeunes adultes.

De l'Hôpital Douglas:

Le docteur James Farquhar, psychiatre;

La docteure Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill.

De l'Hôpital Douglas:

Mme Myra Piat, chercheuse;

M. Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes;

Mme Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes;

M. Jacques Hendlisz, directeur général;

Mme Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des soins infirmiers.



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

Morning session:

From the Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences,
Mental Health and Addiction.

From Laval University:

Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of
Medicine.

From the University of Montreal:

Laurent Motttron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty
of Medicine.

From the University of Montreal:

Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child
Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology,
Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development.

From the Université du Québec à Montréal:

Mr. Henri Dorvil, Professor, School of Social Work;

Dr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et
intervention sur le suicide et l'euthanasie.

(Continued on previous page)

Séance de l'avant-midi:

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des
neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies.

De l'Université Laval:

Le docteur Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie,
Faculté de médecine.

De l'Université de Montréal:

Le docteur Laurent Motttron, chercheur, Département de
psychiatrie, Faculté de médecine.

De l'Université de Montréal:

Le docteur Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du
Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie,
psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le
développement des jeunes enfants.

De l'Université du Québec à Montréal:

M. Henri Dorvil, professeur, École de travail social;

Le docteur Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de
recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie.

(Suite à la page précédente)