



Second Session
Thirty-seventh Parliament, 2002-2003

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 14, 2003

Issue No. 15

Eighth meeting 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 14 mai 2003

Fascicule n° 15

Huitième réunion 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:

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

** Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*May 14, 2003*)

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	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 Callbeck substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 14 mai 2003*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday May 14, 2003
(21)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:30 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, LeBreton, Léger, Morin, Roche, Rossiter (10).

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 Province of British Columbia:

Mr. Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health.

From Queen's University:

Ms. Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Ms. Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator.

Patrick Storey, Heather Stuart and Jennifer Chambers each made a presentation and answered questions

At 5:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du comité,
Daniel Charbonneau
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2003
(21)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 30, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Rossiter (10).

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

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 son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents, et particulièrement sur les enjeux liés à la santé et à la maladie mentale.

TÉMOINS:

De la province de la Colombie-Britannique:

M. Patrick Storey, président, Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale.

De l'Université Queen's:

Mme Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation.

Patrick Storey, Heather Stuart et Jennifer Chambers font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 17 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 14, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:30 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Deputy Chairman: Senator Kirby, our chairman, is travelling throughout Western Canada. He has made four or five speeches this week — I read a few of them — on our health care study. He is being well received, and the speeches are being well received. It is nice to see that our committee's work is still the predominant health care study that people are paying attention to across the country.

We are continuing our study on mental health and mental illness. We will be talking about as the "S" word, the stigma. Our witnesses today are Patrick Storey from the Minister's Advisory Council on Mental Health in British Columbia; Heather Stuart, from Queen's University, and Jennifer Chambers from the Centre for Addiction and Mental Health.

Mr. Storey, please begin.

Mr. Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health, Province of British Columbia: I am the Chair of the Minister's Advisory Council for Mental Health in British Columbia. I think we came to your attention by virtue of the fact that a number of years ago we produced a report on discrimination against people with mental illness and their families.

I will talk a bit about the situation we have in British Columbia and make some comments that came from a public forum we organized around the issue of discrimination against people with mental illness. The information we received at that forum came directly from people with mental illness and their family members.

The members of the Minister's Advisory Council are appointed by the Minister of State for Mental Health. That position is unique in Canada at present. Our Minister of State for Mental Health in British Columbia has a unique political role in that he speaks directly for people with mental illness and their family members, as well as for people involved in providing care for people with mental illness and their family members. He represents those interests at the cabinet table for the provincial government.

One big advantage of that is that the Minister of State has direct access to other ministers who are responsible for services that are important to people with mental illness — ministries that are outside the health portfolio and ministers responsible for

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 15 h 30 pour faire une étude sur 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 Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Notre président, le sénateur Kirby, est en voyage dans tout l'Ouest canadien. Il a prononcé quatre ou cinq discours cette semaine — j'en ai lus quelques-uns — portant sur notre étude des soins de santé. Il est bien accueilli et les discours le sont aussi. Il est plaisant de constater que le travail de notre comité est encore l'étude prédominante des soins de santé à laquelle les gens prêtent attention à travers tout le pays.

Nous poursuivons notre étude sur la santé mentale et la maladie mentale. Nous parlerons du mot à la mode «S», signifiant le stigmate. Aujourd'hui, nos témoins sont Patrick Storey, du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale en Colombie-Britannique, Heather Stuart, de l'Université Queen's, et Jennifer Chambers, du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Monsieur Storey, la parole est à vous.

M. Patrick Storey, président, Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale, province de la Colombie-Britannique: Je suis le président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale en Colombie-Britannique. Je pense que nous avons attiré votre attention en vertu du fait que nous avons produit il y a quelques années un rapport sur la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille.

Je dirai quelques mots sur la situation qui prévaut en Colombie-Britannique et je ferai quelques commentaires découlant d'un forum public que nous avons organisé autour de la question de la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale. Les renseignements que nous avons obtenus lors de ce forum provenaient directement de gens atteints d'une maladie mentale et de leur famille.

Les membres du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale sont nommés par le ministre d'État à la Santé mentale. À l'heure actuelle, le poste est unique au Canada. Notre ministre d'État à la Santé mentale, en Colombie-Britannique, joue un rôle politique unique par le fait qu'il parle directement au nom des gens atteints d'une maladie mentale et de leur famille, ainsi qu'au nom des gens impliqués dans la prestation de soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale et à leur famille. Il représente ces intérêts à la table du Cabinet pour le gouvernement provincial.

Notre grand avantage découle du fait que le ministre d'État a directement accès aux autres ministres qui sont chargés de services importants pour les personnes atteintes d'une maladie mentale — les ministres qui ne s'occupent pas du portefeuille de la santé et les

income support programs and housing, et cetera. We feel those services are absolutely essential to supporting people with mental illness as equal members of our community.

The council is composed of 15 members. The consumer, the family and caregiver groups are represented equally on the council. The role of the council is to provide the Minister of State for Mental Health with advice with respect to the implementation of the mental health reform plan that was developed over the last decade and on the general provision of mental health services in the province. In addition, the council supports the minister in his efforts to reach the specific goals assigned to his office, chief among which is a public information campaign on mental health and mental illness for the province.

The public forum on discrimination occurred in 1999. The council, during its initial meetings, quickly identified the issue of discrimination as among the most important concerns of people with mental illness, and their family members. To better understand this issue in a British Columbia context, a community forum was organized to facilitate the discussion of the experience of discrimination and its impacts on the lives of people with mental illness, and their family members. The Vancouver-Richmond Health Authority cooperated with us in this venture. Approximately 200 people attended, most of whom were consumers of mental health services and their family members. We had keynote speakers, one of whom was Lenny Gagnon, an advocate for people with mental illnesses and a woman living with mental illness herself, who spoke eloquently about her personal experience with discrimination, and Dulcie McCallum, the former ombudsman of British Columbia and the author of a report entitled, "Listening." That report was done on Riverview Hospital, which is our provincial psychiatric hospital. She spoke of the root causes of discrimination against people with mental illness and how this has led to neglect of mental health services generally in the health care system.

We had many small group discussions among these people. We had a panel that spoke more specifically about what could be done about discrimination in the province. Lots of ideas and lots of food for thought came out of that panel, and we continued in small group discussions. The small group discussions eventually focused on recommendations or things that could be done to reduce discrimination in the province as a whole.

We hired a woman to attend this session, research the literature and write a report, and she did a thorough job. We were looking for a report of 10 to 15 pages in length. She produced a 70-page

ministres responsables des programmes de soutien du revenu et du logement, et cetera. Nous estimons que ces services sont absolument essentiels pour appuyer les gens atteints d'une maladie mentale à titre de membres égaux au sein de notre collectivité.

Le Conseil se compose de 15 membres. Les consommateurs, les familles et les dispensateurs de soins sont représentés de façon égale au Conseil. Le rôle du Conseil consiste à fournir au ministre d'État à la Santé mentale des conseils concernant la mise en œuvre du plan de réforme de la santé mentale qui a été élaboré au cours de la dernière décennie et la prestation générale de services de santé mentale dans la province. En outre, le Conseil appuie le ministre dans ses efforts visant à atteindre les objectifs particuliers attribués à ce bureau, en premier lieu une campagne d'information publique sur la santé mentale et la maladie mentale pour la province.

Le forum public sur la discrimination s'est déroulé en 1999. Au cours de ses premières rencontres, le Conseil a rapidement identifié la question de la discrimination parmi les préoccupations les plus importantes des personnes atteintes d'une maladie mentale et de leur famille. Afin de mieux comprendre ce problème dans un contexte propre à la Colombie-Britannique, un forum communautaire a été organisé pour faciliter les discussions sur l'expérience de la discrimination et ses incidences sur la vie des personnes atteintes d'une maladie mentale et de leur famille. La Vancouver-Richmond Health Authority a collaboré avec nous dans le cadre de cette initiative. Environ 200 personnes y ont assisté, la plupart d'entre elles étant des consommateurs de services de santé mentale et leur famille. Nous avons eu des conférenciers de prestige, dont Lenny Gagnon, avocate représentant les personnes atteintes de maladies mentales et femme ayant elle-même une maladie mentale, qui nous ont parlé avec éloquence de leur expérience personnelle avec la discrimination, et Dulcie McCallum, ancienne protectrice du citoyen de la Colombie-Britannique et auteure d'un rapport intitulé «Listening». Ce rapport a été rédigé à propos du Riverview Hospital, qui est notre hôpital psychiatrique provincial. Elle a parlé des causes profondes de la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et de la façon dont cela a abouti à négliger les soins de santé mentale en général dans le système de soins de santé.

Nous avons eu de petites discussions en groupes entre ces gens. Une table ronde s'est penchée plus spécifiquement sur ce qui pourrait être fait au sujet de la discrimination dans la province. Des tas d'idées et des tas d'éléments de réflexion ont émané de ce groupe d'experts, et nous avons poursuivi nos discussions en petits groupes. Ces dernières se sont concentrées sur les recommandations ou les choses qui pourraient être faites pour réduire la discrimination dans l'ensemble de la province.

Nous avons engagé une femme pour assister à cette session, faire des recherches dans la documentation disponible et rédiger un rapport, et elle a effectué du bon travail. Nous espérons un

report. We have not put that lengthy report on the net, but we can give you a copy, if you wish. It is a detailed and good report.

A large number of recommendations came out of the public forum and, in consultation with the council, I have identified four points that I would like to bring to your attention today. The first of these is that we need to recognize discrimination against people with mental illness and their family members as just as unacceptable as other forms of discrimination. We need to devote the same energy to its elimination that we devote to the elimination of other forms of discrimination.

Dr. Stuart and I have a slight disagreement on this point. We have discovered that anyone who uses the word "stigma," the "s" word, as you have already identified, has to put a quarter into the pot. We feel that "discrimination" is really the most appropriate word to describe what happens. Inequality results from discrimination, and that is the situation faced by people with mental illness and their family members. We feel that "discrimination" is a more potent word, and we need to look at a discrimination model as opposed to a stigma model.

The second point I want to make is that we need to reduce the discrimination endemic to our health care system. In the discussions we had with people with mental illness, it was remarkable that they all had stories to tell of mistreatment in emergency rooms, as well as hospitals generally. Even when they were presenting complaints of a physical nature, they were treated as mental patients.

I am also the parent of a son who has struggled with depression and suicide. He has had a couple of psychiatric hospitalizations. He spent four hours in handcuffs at our local emergency ward following a suicidal gesture. I was not entirely happy with that experience.

Recent research in British Columbia has found that people with mental illness who have had one hospitalization have a mortality rate seven times greater than that of the general population. Dr. Elliott Goldner, an associate of Dr. Stuart, completed that research. I got that figure directly from him.

Recently, the Province of British Columbia conducted a review of disability benefit payments, and the B.C. division of the Canadian Mental Health Association was given a contract to assist people with mental illness to go through that process. One of the startling things they found was that 40 per cent of people with mental illness who were on disability benefits were not linked in any way to a family physician. That is quite remarkable.

rapport de 10 à 15 pages et elle en a produit un de 70 pages. Nous n'avons pas mis ce long rapport sur l'Internet, mais nous pouvons vous en remettre un exemplaire, si vous le souhaitez. Il s'agit d'un bon rapport détaillé.

Un grand nombre de recommandations ont émané du forum public et, en consultation avec le Conseil, j'ai identifié quatre points que j'aimerais aujourd'hui porter à votre attention. Le premier est que nous devons reconnaître la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille comme étant tout aussi inacceptable que les autres formes de discrimination. Nous devons consacrer la même énergie à son éradication que nous en consacrons à l'élimination des autres formes de discrimination.

Heather Stuart et moi-même sommes légèrement en désaccord sur ce point. Nous avons découvert que quiconque utilise le mot «stigmaté», le mot à la mode «S», comme vous l'avez déjà identifié, doit verser une pièce de 25 cents dans la cagnotte. Nous estimons que la «discrimination» est vraiment le mot le plus approprié pour décrire ce qui se passe. L'inégalité résulte de la discrimination, et c'est la situation à laquelle sont confrontées les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille. Nous estimons que «discrimination» est un mot plus efficace et nous devons examiner un modèle de discrimination par opposition à un modèle de stigmaté.

Le second point que je souhaite soulever concerne la nécessité de réduire la discrimination endémique à notre système de soins de santé. Au cours des discussions que nous avons eues avec des personnes souffrant de maladie mentale, ce qui était remarquable c'est qu'elles avaient toutes à raconter des histoires de mauvais traitement dans les salles d'urgence, ainsi que dans les hôpitaux en général. Même lorsqu'elles émettaient des plaintes de nature physique, elles étaient traitées comme des malades mentales.

Je suis également le père d'un garçon qui a lutté contre la dépression et le suicide. Il a subi plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique. Il s'est retrouvé menotté dans notre service local des urgences à la suite d'un geste suicidaire. Je n'ai pas été entièrement satisfait de cette expérience.

Des recherches effectuées récemment en Colombie-Britannique ont révélé que les personnes atteintes d'une maladie mentale ayant subi une hospitalisation ont un taux de mortalité sept fois supérieur à celui de la population en général. M. Elliott Goldner, un collaborateur de la Mme Stuart, a effectué cette recherche. J'ai obtenu ce chiffre directement de lui.

Récemment, la province de la Colombie-Britannique a effectué un examen des prestations d'invalidité versées et la division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale a obtenu un contrat pour aider les malades mentaux à franchir ce processus. L'une des choses surprenantes qu'ils ont constatées était que 40 p. 100 des personnes atteintes d'une maladie mentale et percevant des prestations d'invalidité n'avaient aucun lien avec un médecin de famille. C'est tout à fait digne de mention.

To deal with these issues, we need to develop a health care system that is understanding of and responsive to the needs of mental illness. They are different than people with other health issues.

Education is required to assist health care professionals to learn to work more effectively with people with mental illness. We need to establish clear national standards for mental health care and educate people with mental illness and their family members about what they can reasonably expect when accessing mental health services.

I brought a copy of a charter of patient rights from Northern Ireland. In British Columbia, we devoted time and energy to developing a charter for people with mental illness. The Northern Ireland model is a particularly good one, and I would encourage you to take a look at it. The document clearly and simply outlines the rights a person with mental illness has in relation to the health care system and the service and treatment they can expect as a consumer of these services. We believe that if we educate and empower people with mental illness as consumers of health care services, it will make them more effective consumers and help health care providers provide services that are more relevant.

The third point I want to make is that we need to protect mental health service funding and spend money on services that are effective and relevant. In British Columbia, mental health dollars are no longer protected. Generally, they are lumped in with health care dollars, the effect of which has been that even though a lot of additional money has been directed toward mental health services in B.C., much of it is not being spent on mental health services.

We have a system of health authorities in the province right now. In my position as Chair of the Minister's Advisory Council, I have people phoning me. I call them whistle-blowers. They report abuses of those dollars, knowing I can discuss this with Minister Cheema. It is interesting that the dollars most abused are those devoted to community services as opposed to dollars for beds, capital dollars.

As one example, it was reported to me that the Provincial Health Services Authority spent \$1 million on renovating their administration offices. That money came from the Riverview Hospital budget. I think that is an example of discrimination — mental health dollars going to the renovation of administrative offices.

A number of policy changes are required in addition to protecting the actual dollars for mental health. Medical billing schedules and procedures, extended health benefits, pension plans, et cetera, do not recognize the special features and challenges of mental illness and create unnecessary obstacles to recovery and health. For example, in British Columbia, a family doctor can bill for only four counselling sessions per patient per year; yet, most people with depression go to see their family

Pour aborder ces problèmes, nous devons mettre au point un système de soins de santé qui comprend les besoins des malades mentaux et y répond. Ils sont différents de ceux des gens ayant d'autres problèmes de santé.

Il faut faire une éducation pour aider les professionnels de la santé à apprendre à travailler plus efficacement avec les malades mentaux. Nous devons établir des normes nationales claires pour les soins de santé mentale et éduquer les malades mentaux et leur famille sur les résultats qu'ils peuvent raisonnablement attendre en faisant appel à des services de santé mentale.

J'ai apporté une copie d'une charte des droits des patients d'Irlande du Nord. En Colombie-Britannique, nous avons consacré du temps et de l'énergie à élaborer une charte pour les malades mentaux. Le modèle de l'Irlande du Nord est particulièrement bon et je vous encourage à y jeter un coup d'œil. Le document énonce clairement et simplement les droits que possède une personne atteinte d'une maladie mentale en rapport avec le système de soins de santé ainsi que le service et le traitement qu'elle peut espérer à titre de consommateur de ces services. Nous pensons que si nous éduquons et habilitons les malades mentaux en tant que consommateurs de services de santé, nous en ferons des consommateurs plus efficaces et nous aiderons les prestataires de soins de santé à offrir des services plus pertinents.

Le troisième point concerne la nécessité de protéger le financement des services de santé mentale et de dépenser l'argent pour des services efficaces et pertinents. En Colombie-Britannique, les sommes consacrées à la santé mentale ne sont plus protégées. En règle générale, elles sont regroupées avec les montants consacrés aux soins de santé, si bien que même si des fonds supplémentaires ont été affectés aux services de santé mentale en Colombie-Britannique, la majorité de ces sommes n'est pas consacrée aux services de santé mentale.

Dans la province, nous avons actuellement un système d'autorités sanitaires. En ma qualité de président du Conseil consultatif du ministre, des gens me téléphonent. Je les appelle des dénonciateurs. Ils mentionnent les abus qui sont faits de ces sommes, en sachant que je peux en parler avec le ministre Cheema. Il est intéressant de constater que les plus grands abus concernent les services communautaires par opposition aux lits et aux dépenses d'immobilisations.

Par exemple, on m'a rapporté que la Provincial Health Services Authority a dépensé un million de dollars pour rénover ses bureaux administratifs. Cet argent provenait du budget de l'Hôpital Riverview. Je pense qu'il s'agit d'un exemple de discrimination — des fonds destinés à la santé mentale consacrés à la rénovation de bureaux administratifs.

En plus de protéger les montants consacrés à la santé mentale, il faut effectuer un certain nombre de changements au niveau des politiques. Les modalités et les barèmes de facturation des services médicaux, les prestations d'assurance-maladie complémentaire, les régimes de pension, et cetera, ne reconnaissent pas les caractéristiques et les défis particuliers de la santé mentale et dressent des obstacles inutiles à la guérison et à la santé. En Colombie-Britannique, par exemple, un médecin de famille ne

doctor. Though antidepressant medication is a helpful adjunct, alone it is not sufficient to help people deal effectively with that sometimes debilitating condition. Doctors are not in a position to provide the help required for a person in a depression.

Changing some of these fundamental policies and procedures is essential to reducing discrimination. We need to support the development of mental health delivery systems that are holistic in nature, recovery-oriented and based on best practices. This model not only includes appropriate pharmacological and psychiatric care but also prioritizes the importance of stable, secure and adequate housing and income, rehabilitation services, personal support in the development of relationships and meaningful roles within the community through employment and educational opportunities.

When I was Chair of the Board of Trustees for Riverview Hospital, there was a lot in the media about the waiting list to get into the hospital. Much was made of the inconvenience of general hospital patients who had to put up with difficult behaviour on the part of psychiatric patients who were kept in the halls or placed on other wards. No one wanted to listen to my complaints about the lack of community resources preventing people from being discharged home from Riverview Hospital. The problem was not the waiting list to get into the hospital; it was the waiting list to get out. The absence of adequate community resources in the various neighbourhoods and communities kept people in the hospital longer than they needed to be. That has a powerful discriminating effect.

Finally, I am also a member of the National Parole Board. It is extremely disconcerting for me to sit across the table from a man or woman who is in federal prison at least partly as the result of mental illness and be unable to make a decision that supports their reintegration into the community.

I brought with me another article entitled, "The Prison Careers of Offenders with Mental Disorders," and it discusses some of the discriminatory aspects of that system. We know that a large number of people with mental illness at some point in time have a prison experience. Prison research shows that people with mental illness are more likely than other inmates to serve a greater portion of their sentence at higher levels of security, are less likely to get parole and are more likely to be returned to prison for a violation of release conditions without reoffending than peers who do not have a mental illness. For federal offenders, it is difficult to access provincially funded mental health services in the community due to specific provisions of the Mental Health Act of British Columbia. This act is, in itself, discriminatory to this population. It directs that directors of provincial facilities not provide care to people coming from federal institutions. That is a federal government funding responsibility, and so people who are

peut facturer que quatre consultations par an par patient; cependant, la plupart des gens souffrant d'une dépression vont voir leur médecin de famille. Même si les médicaments anti-dépressifs constituent un complément utile, seuls ils ne suffisent pas pour aider les gens à surmonter efficacement cet état parfois débilisant. Les médecins ne sont pas en mesure d'offrir l'aide nécessaire à une personne déprimée.

Pour réduire la discrimination, il est primordial de modifier certaines de ces politiques et modalités de base. Nous devons appuyer l'élaboration de systèmes de prestation de services de santé mentale holistiques, axés sur la guérison et reposant sur les meilleures pratiques. Ce modèle inclut non seulement des soins pharmacologiques et psychiatriques appropriés mais priorise également l'importance d'un logement et d'un revenu stables, sûrs et adéquats, de services de réadaptation, un soutien personnel pour développer des relations et des rôles valables au sein de la collectivité grâce aux débouchés en matière d'emploi et d'éducation.

Lorsque j'étais président du Conseil de surveillance de l'Hôpital Riverview, les médias parlaient beaucoup de la liste d'attente pour entrer à l'hôpital. On faisait beaucoup de cas des désagréments vécus par les patients de l'hôpital général qui devaient supporter le comportement difficile de patients psychiatriques que l'on gardait dans les couloirs ou plaçait dans d'autres services. Personne ne voulait entendre mes plaintes concernant le manque de ressources communautaires empêchant des patients de l'Hôpital Riverview d'être renvoyés chez eux. Le problème n'était pas la liste d'attente pour entrer à l'hôpital; c'était la liste d'attente pour en sortir. L'absence de ressources communautaires adéquates dans les divers quartiers et collectivités maintenait les gens plus longtemps à l'hôpital qu'il ne fallait. Cette situation a un effet discriminatoire puissant.

Enfin, je suis également membre de la Commission nationale des libérations conditionnelles. Pour moi, il est extrêmement déconcertant d'être assis à une table, en face d'un homme ou d'une femme se trouvant dans une prison fédérale au moins en partie à cause d'une maladie mentale, et d'être incapable de prendre une décision qui favorise leur réintégration dans la collectivité.

J'ai apporté avec moi un autre article intitulé «The Prison Careers of Offenders with Mental Disorders» qui aborde certains des aspects discriminatoires de ce système. Nous savons que beaucoup de malades mentaux sont incarcérés à un certain moment de leur vie. Les recherches effectuées dans les prisons révèlent que les malades mentaux ont plus de chances que les autres détenus de purger une plus grande partie de leur peine à des niveaux supérieurs de sécurité, ont moins de chances d'obtenir une libération conditionnelle et risquent davantage de retourner en prison pour une infraction aux conditions de libération sans récidive que leurs pairs non malades mentaux. Pour les délinquants fédéraux, il est difficile d'avoir accès à des services de santé mentale financés par la province dans la collectivité, en raison de dispositions spécifiques de la Loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique. Cette loi est, par elle-même, discriminatoire à l'égard de cette population. Elle ordonne aux

in federal prison with mental illness trying to get a release into the community will not get service from the local mental health centre or from other services, which is intolerable.

Research also shows that people with mental illness admitted to the provincial correctional system are often unable to access the services they need to deal with their mental illness adequately. Federal and provincial correctional authorities and health authorities must work together to address these deficiencies and reduce the discrimination faced by people in conflict with the law.

In conclusion, the reduction of discrimination is an essential aspect of improving the quality of life for people with mental illness and family members and is necessary for truly meaningful change to occur within the health care system in this country. We are encouraged that this committee is looking in detail into this issue and, more generally, into the delivery of mental health services in this country. In the view of the council, the investigation is well warranted, and we hope that we can provide you with any assistance in the future that you may require of us.

Ms. Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology, Queen's University: My background is as a social epidemiologist. I am interested in mental health research and I do much research in what I have learned today is now called the "s word." I do stigma research with funding from the Ontario government. I have also worked extensively with the World Psychiatric Association to implement anti-stigma programs. Canada was one of the first countries in which this was done globally. I thought I might contribute a small overview of the research to provide you with some sense of what is possible in the realm of anti-stigma interventions.

I will begin by telling you how I understand the word "stigma" because, as you have heard, there are different interpretations. I am drawing much of this from the social psychological literature and the real essence of stigma is that people notice somebody is different — they are different from you. Not only are they different but also that difference is in some way devalued. It is considered to be a negative difference. People who are stigmatized are somehow spoiled in that their identity is spoiled. They are seen as social inferiors.

Early research looked at the people who are stigmatized to see what made them different. Then we focused on the people who were stigmatizing to see what made them do it. Neither of those two branches of research was helpful to public health people who wanted to implement anti-stigma interventions. It did not guide us very much.

directeurs des établissements provinciaux de ne pas offrir de soins aux personnes qui viennent d'institutions fédérales. C'est une responsabilité financière du gouvernement fédéral, si bien que les malades mentaux détenus dans une prison fédérale, qui essaient d'obtenir une libération dans la collectivité, n'obtiendront pas de services du centre local de santé mentale ou d'autres services, ce qui est intolérable.

Des recherches montrent également que les malades mentaux admis dans le système correctionnel provincial sont souvent incapables d'avoir accès aux services indispensables pour traiter convenablement leur maladie mentale. Les autorités correctionnelles fédérales et provinciales et les autorités sanitaires doivent collaborer pour s'attaquer à ces anomalies et réduire la discrimination à laquelle font face les personnes en conflit avec la loi.

En conclusion, la réduction de la discrimination constitue un aspect essentiel de l'amélioration de la qualité de vie des malades mentaux et de leur famille et elle s'impose pour déclencher un véritable changement probant au sein du système de soins de santé au Canada. Ce qui nous encourage, c'est que votre comité étudie en détail cette question et, de façon plus générale, la prestation des services de santé mentale au pays. Aux yeux du Conseil, l'enquête est nettement justifiée et nous espérons pouvoir vous offrir à l'avenir toute l'aide que vous pourrez nous demander.

Mme Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie, Université Queen's: Je possède un bagage en épidémiologie sociale. Je m'intéresse à la recherche sur la santé mentale et j'effectue beaucoup de recherches sur ce qui est appelé aujourd'hui le «mot S». Je fais des recherches sur le stigmate grâce à des fonds du gouvernement ontarien. J'ai également collaboré énormément avec l'Association mondiale de psychiatrie pour mettre en œuvre des programmes anti-stigmate. Le Canada a été l'un des premiers pays à le faire de façon globale. J'ai pensé que je pourrais présenter un petit aperçu de la recherche pour vous donner une idée de ce qui est possible dans le domaine des interventions anti-stigmate.

Je commencerai en vous disant quelle est ma compréhension du mot «stigmate» parce que, comme vous l'avez entendu, il existe des interprétations différentes. Je tire cette définition en grande partie de la documentation socio-psychologique et l'essence même du stigmate est que les gens remarquent que quelqu'un est différent — différent de vous. Les gens sont non seulement différents mais cette différence est également, dans une certaine mesure, dévaluée. Elle est considérée comme une différence négative. Les gens qui sont stigmatisés sont quelque peu dénigrés par le fait que leur identité est dénigrée. Ils sont considérés comme des êtres socialement inférieurs.

Les premières recherches ont examiné les gens qui sont stigmatisés pour voir ce qui les rendait différents. Ensuite, nous nous sommes concentrés sur les personnes qui stigmatisaient pour voir qu'est-ce qui les poussait à le faire. Aucune de ces deux avenues de la recherche n'a été utile pour les responsables de la santé publique qui souhaitaient entamer des interventions anti-stigmate. Cela ne nous a pas guidés beaucoup.

We are hoping that a third generation of research may focus on the kinds of social structure that you heard my colleague discussing already, which really perpetuate social inequity and discrimination — the structures and organizations, the policies and the programs that make this happen. It is difficult to change attitudes but you can change policies much more easily.

In the context of mental illness, consumers will describe stigma as worse than having a mental illness. It is perceived to be a second dimension of suffering, almost a second level of disease that they have to cope with that is more debilitating and disabling than the mental illness they suffer. You can well imagine some of the consequences of stigma. You are denied social standing and rights and social entitlements. You are actively discriminated against. We have to focus on the discrimination.

What is more insidious than discrimination is the social inequity that comes from collective neglect. Discrimination implies that we actively do something to someone but often in the realm of mental illnesses, we ignore the issue. We all ignore the issue and as a result of that collective neglect, people who have mental illness do not have the same social standing or opportunities that the rest of us have.

This is a major obstacle to their recovery. The fear of being stigmatized can delay them seeking treatment. People with a mental illness do not want to be labelled and so they do not approach health care professionals. They think that going to a health care professional will impede their access to social standing. We have done surveys in Ontario that showed one-quarter of the consumers that we surveyed had indicated that they had been stigmatized by a health professional in the past; and 50 per cent of them had delayed seeking treatment for a mental health condition when they knew they needed treatment because they were afraid of being stigmatized.

We are in a community mental health model right now and so stigma and discrimination are the crux of the issue for us. They are our major barriers to the treatment of mental illness in our modern day. We expect, when we put people into the community, that the community will want them and nurture them. This is not happening.

Public awareness is more myth than reality. The public tend to focus heavily on unpredictability and dangerousness. It is difficult not to do that when each time you turn on the TV, you see reports or movies sensationalizing the violence of the mentally ill. We think about mental illness in terms of violence, unpredictability and dangerousness. We have other misconceptions. We think that people with mental illness have low IQs, that they cannot hold a job or that they cannot be treated successfully in the community. These things are not true. Yet, when the public is surveyed, this is precisely what we find that they believe.

Nous espérons qu'une troisième génération de travaux de recherche pourra se concentrer sur les types de structures sociales dont vous avez déjà entendu parler par mon collègue, qui perpétuent vraiment l'inégalité sociale et la discrimination — les structures et les organismes, ainsi que les politiques et les programmes qui font en sorte que cela arrive. Il est difficile de changer les attitudes mais vous pouvez changer beaucoup plus facilement les politiques.

Dans le contexte de la santé mentale, les consommateurs décriront le stigmate comme étant pire qu'avoir une maladie mentale. Il est perçu comme une seconde dimension de la souffrance, quasiment un second niveau de maladie auquel il faut faire face et qui est plus débilitant et invalidant que la maladie mentale dont ils souffrent. Vous pouvez parfaitement imaginer certaines des conséquences du stigmate. On vous refuse un statut social ainsi que des droits sociaux. Vous faites l'objet d'une discrimination active. Nous devons cibler la discrimination.

Ce qui est plus insidieux que la discrimination c'est l'inégalité sociale qui découle de la négligence collective. La discrimination implique que nous faisons activement quelque chose à quelqu'un mais souvent, dans le domaine des maladies mentales, nous ignorons le problème. Nous ignorons tous le problème et, par suite de cette négligence collective, les personnes atteintes d'une maladie mentale ne bénéficient pas de la même position sociale ou des mêmes possibilités que le reste d'entre nous.

C'est un obstacle majeur à leur guérison. La peur d'être stigmatisées peut retarder leur recherche d'un traitement. Les malades mentaux ne veulent pas être étiquetés et ils ne consultent donc pas les professionnels de la santé. Ils estiment que le fait de consulter un professionnel de la santé entravera leur accès à une position sociale. Nous avons effectué des sondages en Ontario qui ont révélé qu'un quart des consommateurs interrogés avaient mentionné avoir été stigmatisés par un professionnel de la santé dans le passé et que 50 p. 100 d'entre eux avaient retardé la recherche d'un traitement pour une maladie mentale alors qu'ils étaient conscients d'en avoir besoin, par peur d'être stigmatisés.

Nous nous trouvons actuellement dans un modèle communautaire de santé mentale et donc le stigmate et la discrimination sont pour nous le nœud du problème. Ce sont nos principaux obstacles au traitement de la santé mentale à notre époque moderne. Lorsque nous relâchons les gens dans notre collectivité, nous espérons que la collectivité les acceptera et prendra soin d'eux. Ce n'est pas le cas.

La sensibilisation du public est davantage un mythe qu'une réalité. Le public a tendance à se concentrer fortement sur l'imprévisibilité et la dangerosité. Il est difficile de ne pas le faire lorsque, chaque fois que vous ouvrez la télévision, vous voyez des reportages ou des films sensationnalistes sur la violence des malades mentaux. Nous pensons à la santé mentale en termes de violence, d'imprévisibilité et de dangerosité. Nous avons d'autres idées fausses. Nous pensons que les malades mentaux ont un QI bas, qu'ils ne peuvent pas conserver un emploi ou qu'on ne peut pas réussir à les traiter dans la collectivité. Ce n'est pas vrai. Et pourtant, lorsqu'on sonde le public, c'est précisément les croyances que l'on constate.

When we talked to the public through community surveys about their knowledge of mental illness, such as schizophrenia, we find that they are well informed. When you ask people what causes schizophrenia, they will tell you that it is a brain disorder or they can identify a biological basis. Twenty or thirty years ago, we would not have expected that. They are well informed and literate, and yet, they stigmatize and discriminate. We are not sure now, as researchers, how much we should focus on improving knowledge about mental illness as an anti-stigma reduction strategy. Perhaps it is inherently useful that people know more about mental illness but we are not sure that it makes a difference in terms of the way they treat people with mental health problems. However, we do know, from the public survey, that they rate the loss of mind as one of the most disabling conditions that they could imagine — more than losing a limb or any other thing.

If we are to deal with stigma and discrimination, we have to get a handle on this issue of dangerousness. It is probably the biggest myth that we have to fight. We know that the public links dangerousness to mental illness and in a sophisticated way. They can discriminate between types of diagnostic categories and rank them. They rank people with substance abuse as very high in terms of dangerous. People have high expectations that substance abusers will be dangerous. People with schizophrenia are ranked somewhere in the middle and people with depression are ranked a little lower. While they generally overestimate the risk, they rank them carefully according to what the research would rank them. In general, it is much overestimated.

From the literature gathered at careful reviews of the link between violence and mental illness, we can say to the public that mental illness is neither a necessary nor sufficient cause of violence. I am not sure how heartening that will be, though. I think we can say that the major determinants of violence are not mental illness but things such as poverty, age and gender. Young males of lower socio-economic status are high risk.

We can also say that it is far more likely that someone with a mental illness will be a victim of crime rather than a perpetrator of crime. Often people are in the criminal justice system because of mentally disordered behaviours that have no treatment options in the community.

We can also link substance abuse to violence. It arises consistently in the literature as a main problem. I am not referring to schizophrenias or depressions but to substance abuse alone or in combination with any kind of disorder. When we consider primary prevention — ways of reducing this vision that

Lorsque nous avons parlé au public par le biais de sondages communautaires sur leurs connaissances de la santé mentale, comme la schizophrénie, nous avons constaté qu'il est mal informé. Lorsque nous demandons aux gens ce qui cause la schizophrénie, ils vous répondent que c'est un trouble du cerveau ou bien ils peuvent identifier une cause biologique. Il y a vingt ou trente ans, nous ne nous serions pas attendus à cela. Ils sont bien informés et instruits, et pourtant ils stigmatisent et font de la discrimination. À titre de chercheurs, nous ne savons pas, à l'heure actuelle, jusqu'où nous devrions cibler l'amélioration des connaissances sur la maladie mentale comme stratégie de réduction anti-stigmate. Il est peut-être utile en soi que les gens soient davantage informés sur la maladie mentale mais nous ne sommes pas convaincus que cela fait une différence sur la façon dont ils traitent les gens atteints d'une maladie mentale. Toutefois, d'après le sondage public, nous savons qu'ils classent la folie parmi les troubles les plus invalidants qu'ils pourraient imaginer — davantage que la perte d'un membre ou de toute autre chose.

Si nous voulons aborder le stigmate et la discrimination, nous devons maîtriser ce problème de la dangerosité. C'est probablement le plus grand mythe que nous avons à combattre. Nous savons que le public établit un lien entre la dangerosité et la maladie mentale, et d'une façon subtile. Les gens peuvent faire une discrimination entre des types de catégories de diagnostics et les classer. Ils classent les gens qui abusent de substances intoxicantes parmi les personnes à très haut risque. Le public s'attend beaucoup à ce que ces personnes seront dangereuses. Les gens atteints de schizophrénie sont classés quelque part au milieu et les gens atteints d'une dépression sont classés un peu plus bas. Même si la population surestime généralement les risques, elle les classe soigneusement selon l'ordre que leur donnerait la recherche. En général, c'est très surestimé.

D'après les documents recueillis lors d'examen minutieux du lien entre la violence et la maladie mentale, nous pouvons dire au public que la maladie mentale n'est une cause de violence ni nécessaire ni suffisante. Je ne sais cependant pas dans quelle mesure cela sera réconfortant. À mon avis, nous pouvons dire que les principaux éléments déterminants de la violence ne sont pas la maladie mentale mais des critères comme la pauvreté, l'âge et le sexe. Les jeunes hommes ayant un statut socio-économique bas sont très à risque.

Nous pouvons également dire qu'il est beaucoup plus probable qu'une personne atteinte de maladie mentale sera victime d'un crime plutôt que son auteur. Souvent, les gens se retrouvent dans le système de justice pénale en raison de comportements liés à des troubles mentaux qui n'ont pas de possibilités de traitement dans la collectivité.

Nous pouvons également établir un lien entre l'abus de substances intoxicantes et la violence. C'est constamment un problème important dans la documentation examinée. Je ne parle pas de schizophrénie ou de dépression mais d'abus de substances intoxicantes seules ou de concert avec un trouble quelconque.

the public has of the crazed killer — substance abuse would be an area where we would want to spend time to think about how we could reduce that.

With respect to anti-stigma interventions, how do we stop stigma and discrimination? We are learning from the World Psychiatric Association work that one size does not fit all. It is a waste of time and energy to embark on a large, public education campaign that is designed to improve literacy as an anti-stigma intervention because segments of the population have different views. They understand their risks differently depending on the diagnostic group. We are now talking about more focused and targeted interventions. We have had the best success in all of the things that we have tried by going into high schools and working with young people because they are more malleable. We have learned that we need to take approaches that will bring people into contact with those who have a mental illness, in constructive ways.

Best practices and anti-stigma programming are emerging. We do not have enough knowledge to make good decisions. We are still learning. We have global programs and a number of countries have embarked on large-scale efforts to reduce stigma and discrimination. They are collecting data and embedding evaluation and research in these efforts so that we are able to learn from our mistakes as we go along.

Based on this, we can say that knowledge about mental illness does not predict behaviours. If you want to change behaviour, adding to knowledge does not necessarily do it. We have to work at a policy level and we have to get at the way people act towards one another.

We also have to think about the fact that we really do not know much in the world yet. Canada is a leader and we do not know much in Canada about how to change attitudes on a large-scale basis. We have tried to do it with exercise, smoking and diet, with all kinds of different things, and we have had variable success.

This is something we are trying to do now that has been historically entrenched in every culture we can identify. It is long standing. The fear of people with mental illness will not be easily removed from our culture. I do not think we have enough of a knowledge base yet. One of the other things we need to think about is how to improve our knowledge base as we go through this process, as we try to make a difference, to make sure we are collecting enough information as we go systematically to be able to say, five years down the road, what worked, what did not and why.

Lorsque nous envisageons la prévention primaire — les moyens de réduire cette vision que le public a du tueur rendu fou — l'abus de substances intoxicantes serait un domaine sur lequel nous aimerions nous pencher pour réfléchir à la façon d'atténuer ce problème.

En ce qui concerne les interventions anti-stigmate, comment arrêter le stigmate et la discrimination? Nous apprenons de l'Association mondiale de psychiatrie qu'il n'y a pas de solution unique. C'est une perte de temps et d'énergie de se lancer dans une vaste campagne d'éducation du public destinée à améliorer l'alphabetisation comme intervention anti-stigmate car les couches de la population ont des points de vue différents. Elles comprennent leurs risques différemment selon le groupe diagnostic. Nous parlons maintenant d'interventions plus centrées et plus ciblées. Nous avons connu le meilleur succès parmi toutes nos tentatives en nous rendant dans les écoles secondaires et en travaillant avec les jeunes car ils sont plus malléables. Nous avons appris qu'il faut adopter des approches qui mettront les gens en contact avec des personnes atteintes de maladie mentale, selon des méthodes constructives.

On commence à voir émerger des meilleures pratiques et des programmes anti-stigmate. Nous n'avons pas de connaissances suffisantes pour prendre de bonnes décisions. Nous en sommes encore au stade de l'apprentissage. Nous avons des programmes mondiaux et un certain nombre de pays ont adhéré à des efforts déployés à grande échelle pour réduire le stigmate et la discrimination. Ils recueillent des données et englobent l'évaluation et la recherche dans ces efforts afin que nous puissions tirer la leçon de nos erreurs au fur et à mesure.

D'après cela, nous pouvons dire que les connaissances sur la santé mentale ne prédisent pas les comportements. Si vous voulez modifier un comportement, un supplément de connaissances ne permet pas forcément d'y parvenir. Nous devons travailler au niveau des politiques et nous devons agir sur la façon dont les gens interagissent.

Nous devons également penser au fait que nous ne savons pas encore vraiment grand chose dans le monde. Le Canada est un chef de file et nous ne savons pas bien, même au Canada, comment changer les attitudes à grande échelle. Nous avons essayé de le faire avec l'exercice, le tabac et les régimes alimentaires, avec toutes sortes de choses différentes, et nous avons eu un succès mitigé.

C'est quelque chose que nous essayons de faire actuellement et qui a, de tout temps, été enraciné dans chaque culture que nous pouvons identifier. C'est un problème de longue date. La peur des personnes atteintes d'une maladie mentale ne sera pas facilement évacuée de notre culture. Je ne pense pas que notre base de connaissances soit suffisante à l'heure actuelle. Nous devons également nous interroger sur la façon d'améliorer notre base de connaissances à mesure que nous suivons ce processus, que nous essayons de faire une différence, de nous assurer que nous recueillons suffisamment de renseignements de façon systématique pour pouvoir dire, dans cinq ans, ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi.

Ms. Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator, Centre for Addiction and Mental Health: I am here on behalf of the Empowerment Council, which is a group consisting entirely of people with who have been in the psychiatric system, known as psychiatric consumer survivors, and people who have been through addiction services. We are located at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto.

This paper, which I believe honourable senators have a copy, looks beyond the effect of the general public's prejudice toward our community, to also consider the discrimination that allows for the exclusion of our community's voice both within the mental health system and in public policy.

The term "stigma" is a downgraded standard of human rights when applied to people who have been in the mental health system. Prejudice is something that can be addressed through human rights commissions. Discrimination is something for which people can seek legal remedy. There is nothing one can do about stigma when that happens.

One pervasive discrimination experienced by consumer survivors is that, unlike any other group enumerated under the Charter, it is considered acceptable to have consultations, make decisions, draft policy, run organizations with little to no involvement of the people in the community on whose behalf all these activities ostensibly exist to serve.

Discussions about women or people with physical disabilities or people of colour do not take place with large numbers of people talking about these communities, while members of the group themselves are almost completely excluded from decision making and discussion. This is not raised to blame anyone but to point out that the attitudes held by most of Canadian society allow this behaviour to go unquestioned because the false beliefs about our community are so widespread.

Prejudice toward our community is deeply ingrained in this culture. These attitudes, in effect, are primarily rooted in ignorance, and lack of information. Even more dangerous to consumer survivors is when misinformation is presented by mental health professionals and it is pervasive in the mental health system.

Biases and conflicts of interest that exist in the system often go unrecognized. The American National Council on Disability observed that policy making based on input from experts, and that excludes participation from people labelled with psychiatric disabilities themselves, results in wasteful and ineffective one-size-fits-all public policy that does not efficiently meet the needs of those it is intended to serve.

There are a number of myths and stereotypes that endanger people with a psychiatric label. One is well described as the attribution of dangerousness. I will not go into all the evidence on that, as you just heard a good bit of it. Despite the availability of

Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Je suis ici au nom du Conseil d'habilitation, qui est un groupe composé exclusivement de personnes ayant séjourné dans le système psychiatrique, appelées survivants de la consommation psychiatrique, et de gens qui sont passés par des services de toxicomanie. Nous sommes localisés dans le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto.

Mon exposé, dont vous devriez avoir une copie, va plus loin que l'incidence des préjugés du grand public à l'égard de notre groupe pour envisager également la discrimination qui permet d'exclure la voix de notre groupe, tant au sein du système de santé mentale que dans la politique publique.

Le terme «stigmaté» est une norme déclassée de droits humains lorsqu'il s'applique à des gens qui ont séjourné dans le système de santé mentale. Les préjugés sont un élément qui peut être abordé par les commissions des droits de la personne. La discrimination est une chose pour laquelle les gens peuvent demander un recours judiciaire. Il n'y a rien que l'on puisse faire à propos d'un stigmaté quand il arrive.

Une discrimination envahissante subie par les survivants de la consommation découle du fait que, à la différence de tout autre groupe énuméré dans la Charte, il est jugé acceptable d'avoir des consultations, de prendre des décisions, de rédiger une politique, de diriger des organismes avec une participation minimale ou nulle des membres de la collectivité que ces activités sont ostensiblement censées desservir.

Les discussions sur les femmes ou les personnes atteintes d'incapacités physiques ou les personnes de couleur ne se déroulent en présence de beaucoup de gens qui parlent de ces groupes, tandis que les membres du groupe eux-mêmes sont presque totalement exclus du processus décisionnel et de la discussion. Ce problème n'est pas soulevé pour blâmer qui que ce soit mais pour souligner le fait que les attitudes adoptées par la majorité de la société canadienne permettent à ce comportement de ne pas être en mis en doute car les fausses croyances au sujet de notre groupe sont tellement répandues.

Les préjugés à l'égard de notre groupe sont profondément enracinés dans cette culture. En fait, ces attitudes sont principalement enracinées dans l'ignorance et le manque d'informations. Ce qui est encore plus dangereux pour les survivants de la consommation c'est lorsque la désinformation est présentée par les professionnels de la santé mentale, et c'est une pratique prépondérante dans le système de santé mentale.

Les préjugés et les conflits d'intérêt qui existent dans le système ne sont souvent pas reconnus. L'American National Council on Disability a observé que l'élaboration des politiques reposant sur les suggestions d'experts, et cela exclut la participation des personnes étiquetées elles-mêmes avec des déficiences psychiatriques, aboutit à une politique publique unique, inefficace et inutile, qui ne répond pas efficacement aux besoins des personnes qu'elle est censée desservir.

Il existe un certain nombre de mythes et de stéréotypes qui mettent en danger les personnes auxquelles on a collé une étiquette psychiatrique. L'un est bien décrit comme étant l'attribution de la dangerosité. Je ne passerai pas en revue

the information on dangerousness not being an issue for people who have been in the psychiatric system, lobby groups and governments often promote public fears to justify more restrictive and invasive treatment of people with psychiatric histories.

We have been through this experience in Ontario where a piece of mental health legislation that has nothing to do with dangerousness is named after a mentally disturbed man who killed someone, implying that anyone subject to the legislation is dangerous and violent. This exaggeration of dangerousness has the worst effect on people in the forensic system, where despite evidence that people in the forensic system are less likely to offend than similar offenders who are not considered mentally disturbed, are often held far longer in the system.

One difficulty of shifting the discussion of the association between people in the mental health system and violence is the circular reasoning that happens. If a particularly violent crime is committed people say, "Oh, that person is sick, psycho, weird," so there is no way to get outside the debate, even if they were not considered to have any particular mental or emotional disturbance before committing the act.

We need a national educational campaign actually delivered by people who these prejudices are directed at because the medium is also the message. That is one of the limitations to many of the educational programs that have happened so far, which is primarily based on professionals delivering the information.

Another stereotype that affects the community is the belief that people are incapable. This is true both in the general sense, in working situations for example, and also in treatment situations in the psychiatric system.

There was a study that found that most people who are considered to have serious mental illness have abilities to make treatment decisions similar to people in other parts of the health care system. Nonetheless, some provinces associate involuntary admission to a hospital as being the same as being incapable of making decisions about treatment.

Most often, when people are judged as incapable of treatment in those provinces that separate the two, this tends to follow the person, indicating that they do not want to follow the course of treatment proposed by the doctor. If capacity is considered to be equivalent to compliance, this makes the whole concept of consent a meaningless one.

Another myth that harms psychiatric consumer survivors is that coercion is required for our own good, and that coercion results in good things for individuals. Some coercive practices in psychiatric facilities would be considered criminal if they were applied to people who were not first dehumanized by the label of psychiatric patients. Simply for raising your voice you can be

toutes les preuves à ce sujet, car vous venez tout juste d'en entendre largement parler. En dépit du fait que la disponibilité de l'information sur la dangerosité ne pose pas de problèmes pour les personnes qui ont séjourné dans le système psychiatrique, les groupes de pression et les gouvernements entretiennent souvent les craintes du public pour justifier un traitement plus restrictif et plus envahissant des personnes ayant des antécédents psychiatriques.

Nous avons vécu cette expérience en Ontario où un projet de loi sur la santé mentale, qui n'a rien à voir avec la dangerosité, tire son nom de celui d'un homme souffrant de troubles mentaux qui a tué quelqu'un, ce qui insinue que toute personne assujettie à la législation est dangereuse et violente. Cette exagération de la dangerosité a le pire effet sur les personnes qui se trouvent dans le système judiciaire, dans lequel les gens sont détenus plus longtemps en dépit de preuves à l'effet qu'ils sont moins à même d'enfreindre la loi que des délinquants du même genre qui ne sont pas considérés atteints de troubles mentaux.

L'une des difficultés de déplacer la discussion portant sur l'association entre les gens qui se trouvent dans le système de santé mentale et la violence réside dans le raisonnement circulaire qui en découle. Si un crime particulièrement violent est commis, les gens disent: «Oh, cette personne est malade, psychotique, bizarre», si bien qu'il n'y a aucun moyen de sortir du débat, même si elle n'était pas considérée comme souffrant d'un trouble mental ou émotionnel particulier avant de commettre l'acte.

Nous avons besoin d'une campagne nationale d'éducation vraiment organisée par les gens visés par ces préjugés parce que le médium est également le message. C'est l'une des limitations de bon nombre des programmes éducatifs qui ont été mis en œuvre jusqu'à présent, la diffusion de l'information reposant principalement sur des professionnels.

Un autre stéréotype qui touche le groupe est la croyance que les gens sont frappés d'incapacité. C'est vrai à la fois au sens général, dans les situations de travail par exemple, et également dans les situations de traitement au sein du système psychiatrique.

Une étude a révélé que la plupart des gens qui sont considérés atteints d'une grave maladie mentale sont capables de prendre des décisions pour leur traitement comme les personnes se trouvant dans d'autres secteurs du système de soins de santé. Néanmoins, certaines provinces associent l'admission involontaire dans un hôpital à une incapacité de ces gens de prendre des décisions concernant leur traitement.

Très souvent, lorsque les gens sont jugés incapables de décider d'un traitement dans les provinces qui font la distinction entre les deux, cela a tendance à suivre la personne concernée et ceci indique qu'elles ne veulent pas suivre le traitement proposé par le médecin. Si la capacité est jugée équivalente à l'observation, cela rend tout le concept du consentement dénué de sens.

Un autre mythe qui fait du tort aux survivants de la consommation psychiatrique est que la coercition est nécessaire pour votre propre bien et qu'elle donne de bons résultats pour les gens. Dans les établissements psychiatriques, certaines pratiques coercitives seraient jugées criminelles si elles étaient appliquées à des personnes qui ne seraient pas en premier lieu déshumanisées

manhandled by several men; in some facilities stripped, tied to a bed, and unwillingly injected with powerful drugs. A confession to feeling suicidal can be responded to by locking a person in a small room with nothing to look at or do, cut off from all companionship, forced to relieve oneself in a pail or on the floor. Knocking on the door repeatedly to get staff attention for a toilet trip will result in being in restraints for being unruly.

In the mental health system itself, it is common knowledge that these practices occur, and yet it is extremely difficult for people in the system to get these abuses addressed because people are not considered to be credible relative to the people operating the services in the system.

Defining people as their psychiatric diagnosis is another thing that feeds into the stigma against people in the mental health system. Psychiatric diagnoses are not overwhelmingly reliable in the scientific sense; yet they are completely relied on to define what people need in the mental health system. It would be far more empowering for people if they were able to choose from a selection of services rather than have a selection of services presented to them based on diagnosis.

Some diagnoses are more pejorative than others, psychopath and schizophrenic being two. I cannot go into details about that, however. They carry with them a number of mistaken assumptions, with a number of harmful results.

The excessive reliance on medical explanations for why people are in the psychiatric system is another way that the consumer survivor voice is excluded in the mental health system itself. We happen to live in an era when people who are different or are having difficulties of a mental or emotional nature are called "ill." This is something that started with good intentions. In comparing people who are in the mental health system to people who are in the physical health care system, I believe the intention was originally to say that people are no more to blame for their difficulties than people in the physical health care system are. Nonetheless it has been over-applied, to the extent that the stories, difficulties and explanations for the needs of the people who are in the mental health care system are often overlooked. One stunning example of this is that although a lot of research shows the majority of people in the psychiatric system are survivors of abuse, this almost never gets addressed directly while people are in the mental health care system. Even worse is attempting to get help for abuse that can happen in the psychiatric system, which research shows also happens frequently.

par l'étiquette de patients psychiatriques. Pour le simple fait d'avoir élevé la voix, vous pouvez être malmenés par plusieurs hommes; dans certains établissements, on peut vous dévêtir, vous attacher à un lit et vous donner des injections de médicaments puissants contre votre gré. La confession d'un sentiment suicidaire peut entraîner l'enfermement d'une personne dans une petite pièce sans rien avoir à faire ou à voir, son isolement loin de toute compagnie, l'obligation de se soulager dans un seau ou sur le sol. Cogner à répétition sur la porte pour obtenir l'attention du personnel en vue d'aller aux toilettes entraînera un confinement pour indiscipline.

Dans le système de santé mentale lui-même, on sait pertinemment bien que ces pratiques sont courantes et, pourtant, il est extrêmement difficile pour les personnes qui sont dans le système de faire en sorte que l'on se penche sur ces abus car les gens ne sont pas considérés comme des êtres crédibles par rapport aux personnes qui gèrent les services à l'intérieur du système.

Définir les gens en fonction de leur diagnostic psychiatrique constitue un autre élément qui alimente le stigmate contre les personnes qui séjournent dans le système de santé mentale. Les diagnostics psychiatriques ne sont pas extrêmement fiables au sens scientifique et pourtant on s'y fie totalement pour définir les besoins des gens dans le système de santé mentale. Il serait beaucoup plus habilitant pour les gens s'ils pouvaient choisir parmi un éventail de services plutôt que de se voir proposer un éventail de services en fonction de leur diagnostic.

Certains diagnostics sont plus péjoratifs que d'autres, notamment pour les psychopathes et les schizophrènes. Toutefois, je ne peux pas entrer dans les détails à ce sujet. Ils transportent avec eux un certain nombre d'hypothèses erronées, avec un certain nombre de résultats préjudiciables.

Le fait de trop se fier aux explications médicales pour justifier la présence de gens dans le système psychiatrique constitue une autre façon d'exclure la voix des survivants de la consommation dans le système de santé mentale lui-même. Il se trouve que nous vivons à une époque où les gens qui sont différents ou éprouvent des difficultés de nature mentale ou émotionnelle sont appelés des «malades». Au départ, cela a commencé avec de bonnes intentions. En comparant les gens qui se trouvent dans le système de santé mentale à ceux qui se trouvent dans le système de santé physique, je pense que l'intention initiale consistait à dire que les gens ne sont pas plus à blâmer pour leurs difficultés que ceux qui se trouvent dans le système de santé physique. Néanmoins, la comparaison a été appliquée de façon exagérée jusqu'au point où les histoires, les difficultés et les explications concernant les besoins des personnes présentes dans le système de santé mentale sont souvent négligées. Voici un exemple frappant. Même si bien des recherches ont démontré que la majorité des personnes qui se trouvent dans le système psychiatrique ont survécu à des abus, cette situation n'est presque jamais abordée directement pendant que les gens se trouvent dans le système de santé mentale. Ce qui est pire encore, c'est d'essayer d'obtenir de l'aide pour des abus qui peuvent survenir dans le système psychiatrique, alors que des recherches ont également démontré que cela est fréquent.

The reality is that we are complex. There are many and varied explanations for how we came to be how we are today — life experience, economics, biology — the cause-and-effect circle between the mind and the brain has yet to be defined. The invalidation of the consumer survivor perspective by imposing one model on all people's stories has to end.

The overselling of pharmaceutical solutions to people is a result of this problem. No matter what problem and source of pain that people state, almost 100 per cent of people in the mental health system today are offered, or often forced, to take psychiatric medications.

This often happens without the prescribing physician properly following requirements for informed consent so that even people who find they benefit from medications and would choose to take them are upset by the fact they have not been properly warned of the risks that are involved. This is even worse for people who did not choose to take medications voluntarily.

The risks of psychiatric medications are extreme. They can often result in permanent alterations to the brain even when taken for short periods of time. People feel that they have the right to be properly informed.

One of the worst things that happens is that people die while in the mental health care system. Other problems include discrimination and lack of attention to physical health care needs. That was mentioned earlier. As well, the denial of the negative effects of psychiatric medications has resulted in people dying.

We have begged for inquests into the deaths of people who died of symptoms common to the drugs that they were taking. The Coroner's Office of Ontario has held no inquest into these deaths. We are left with the impression that our lives matter little compared to professional reputations.

Currently, politically and financially powerful forces oppose any consumer survivor change to the existing mental health system. However, the system must change. People who have lived in the psychiatric system in Canada need your help to find a way to do that.

We have recommendations. I will touch on a few. One is that there be a national education program. A campaign directed and delivered by survivors, should be launched to challenge the devastating prejudice and discrimination that exists in our community.

We did have an Ontario-wide education program that was delivered by consumer survivors. It was very popular and made an impression on people because they were hearing from the people about whom they held false beliefs. Unfortunately, that program has run out of funding at this point.

La réalité, c'est que nous sommes compliqués. Il existe de nombreuses explications variées pour justifier ce que nous sommes devenus aujourd'hui — l'expérience de vie, l'économie, la biologie — il reste encore à définir le cercle de cause à effet entre l'esprit et le cerveau. L'invalidation du point de vue du survivant de la consommation, en imposant un modèle à toutes les histoires des gens, doit prendre fin.

La survente de remèdes pharmaceutiques à ces gens résulte de ce problème. Peu importe le problème et la source de douleur qu'elles déclarent, près de 100 p. 100 des personnes qui se trouvent aujourd'hui dans le système de santé mentale se voient offrir, ou souvent forcées, de prendre des médicaments psychiatriques.

Cela arrive souvent sans que le médecin prescripteur respecte convenablement les exigences en vue d'obtenir un consentement éclairé, si bien que même les gens qui considèrent bénéficier des médicaments et qui choisiraient de les prendre sont contrariés par le fait de ne pas avoir été avertis adéquatement des risques concernés. C'est encore pire pour les gens qui n'ont pas choisi de prendre les médicaments volontairement.

Les risques des médicaments psychiatriques sont extrêmes. Ils peuvent souvent entraîner des dommages permanents au cerveau, même quand on les prend pendant de courtes périodes. Les gens estiment qu'ils ont le droit d'être informés convenablement.

L'une des pires choses qui surviennent est que des gens meurent pendant leur séjour dans le système de santé mentale. Parmi les autres problèmes, citons la discrimination et le manque d'attention aux besoins de soins de santé physique. Cela a déjà été mentionné. En outre, la dénégation des répercussions négatives des médicaments psychiatriques a entraîné des décès.

Nous avons demandé instamment des enquêtes sur les décès de personnes qui sont mortes de symptômes courants avec les médicaments qu'elles prenaient. Le Bureau du coroner de l'Ontario n'a fait aucune enquête sur ces décès. Nous avons l'impression que nos vies ont peu d'importance comparativement à la réputation des professionnels.

À l'heure actuelle, de puissantes forces politiques et financières s'opposent à tout changement au système de santé mentale en place de la part des survivants de la consommation. Toutefois, le système doit changer. Les personnes qui ont vécu dans le système psychiatrique au Canada ont besoin de votre aide pour trouver un moyen de le faire.

Nous avons des recommandations. J'en aborderai quelques-unes. L'une est la nécessité d'avoir un programme d'éducation national. Il faudrait lancer une campagne dirigée vers les survivants et orchestrée par eux pour contester le préjugé dévastateur et la discrimination qui existent dans notre collectivité.

Nous avons bien un programme d'éducation à l'échelle de l'Ontario qui était mis en œuvre par les survivants de la consommation. Il était très populaire et impressionnait les gens parce qu'ils entendaient parler les personnes sur lesquelles ils avaient de fausses croyances. Malheureusement, ce programme n'a plus de financement à l'heure actuelle.

Psychiatric consumer survivors also need a national legal advocacy organization to address violations of rights under and outside the law. This organization must be accountable to consumer survivors. It needs to be federally funded to eliminate the conflict of interest provinces might perceive in supporting a mental health advocacy organization to minimize disparity in attention to mental health systems and the consumer survivor voice across provinces and territories. Such funding would avoid needless duplication of effort and bring some level of scrutiny to Canada-wide mental health legislation. Such an organization can also serve as a clearinghouse for information needed by advocates across the country.

Each psychiatric facility needs independent advocacy. It needs to be accountable to consumer survivors. Organizations and services that exist to assist consumer survivors need to be accountable to the people they exist to serve.

Consumer-survivor initiatives and the alternative to the traditional mental health service have proven to be extremely effective both in terms of the person preferring them to other mental health services. They are also cost effective. They have been proven to substantially reduce days in hospital with the effect of saving what on a national level would be millions of dollars. Should this not be better funded on a national basis?

Legislation and public policy affecting consumer survivors should not be drafted without significant participation and consultation with the people who would be affected by it.

Standards for hate crimes should be equally applied to crimes against persons considered to have a mental disability. Income assistance needs to reach rates that allow people to live healthy lives and participate in society. Resources in the mental health system should be allocated through a process that is accountable to the consumer survivors on an individual and systemic basis.

Real choices need to exist in the mental health service. There is abundant research evidence of services and approaches that are more effective, more wanted and more economical than most of those that exist today.

A national research council consisting of academics and consumer survivors needs to be formed to examine best practices outside the current system box. Finally, we encourage you to adopt the excerpt at the end of the paper that you have on patient-oriented health care system.

Les survivants de la consommation psychiatrique ont également besoin d'un organisme national de défense de leurs droits juridiques pour se pencher sur les violations des droits en vertu et en dehors de la loi. Cet organisme doit rendre compte aux survivants de la consommation. Il doit bénéficier d'un financement fédéral pour éliminer le conflit d'intérêt que les provinces pourraient percevoir en appuyant un organisme de défense de la santé mentale en vue de minimiser la disparité au niveau de l'attention accordée aux systèmes de santé mentale et à la voix des survivants de la consommation dans les provinces et les territoires. Un tel financement éviterait une duplication inutile des efforts et permettrait d'exercer un certain niveau d'examen de la législation pancanadienne sur la santé mentale. Un tel organisme pourrait également servir de bureau centralisateur de l'information dont les intervenants ont besoin à travers le pays.

Chaque établissement psychiatrique a besoin d'un système de promotion indépendant. Il doit rendre compte aux survivants de la consommation. Les organismes et les services qui existent pour aider les survivants de la consommation doivent rendre compte aux gens qu'ils sont censés desservir.

Les initiatives des survivants de la consommation et la solution de rechange au traditionnel service de soins de santé mentale se sont révélées extrêmement efficaces par le fait que la personne les préfère aux autres services de santé mentale. Elles sont également rentables. Il a été prouvé qu'elles réduisent considérablement les jours d'hospitalisation, si bien que les économies atteindraient des millions de dollars à l'échelle nationale. Ne devrait-on pas accorder un meilleur financement à une telle initiative sur une base nationale?

La législation et la politique publique touchant les survivants de la consommation ne devraient pas être rédigées sans une participation et une consultation significatives des personnes qui en seraient affectées.

Les normes concernant les crimes haineux devraient également s'appliquer aux crimes contre les personnes considérées déficientes mentales. Il faut une aide au revenu pour atteindre des niveaux permettant aux gens de mener une vie saine et de participer au sein de la société. Les ressources qui se trouvent dans le système de santé mentale devraient être attribuées par le biais d'un processus qui rend des comptes aux survivants de la consommation sur une base individuelle et systémique.

Il faut qu'il y ait des choix véritables dans le service de santé mentale. Bon nombre de recherches ont démontré qu'il y a des services et des approches qui sont plus efficaces, plus souhaités et plus économiques que la plupart de ceux qui existent à l'heure actuelle.

Un conseil national de recherches, composé d'universitaires et de survivants de la consommation, doit être mis sur pied pour examiner les meilleures pratiques en dehors du cadre du système actuel. Enfin, nous vous encourageons à adopter l'extrait qui se trouve à la fin du document que vous avez sur le système de soins de santé axé sur les patients.

I want to conclude by mentioning that we understand that you may be holding hearings in Toronto. Our organization offers to organize a consumer survivor consultation for you to speak to representatives of various consumer survivor groups.

Senator Fairbairn: It is wonderful for you to be here and very sad and disturbing to listen to your presentations, which is why we are holding these hearings. When we did the general hearing this issue seemed to be moving through it like a thread to the point that it was necessary to include such presentations.

Mr. Storey, you were speaking about the frustration of patients in a hospital or facility on the waiting list to get out. This is from a British Columbia perspective. It caused me to check with our Ottawa expert, our deputy chair, to determine if I were correct in my understanding of the situation.

My husband worked at the Royal Ottawa Hospital here for a number of years. There is great frustration with the laws that virtually prevent the hospital from retaining patients whom they feel need some continuing treatment if the patient chooses not to have it. Patients are then out in the community. The community is no longer in a position to provide proper care, if it ever did adequately care for these people. It causes enormous frustration, danger and hopelessness if a person cannot keep up with their medication on their own. At the same time, there are not sufficient facilities to ensure proper care becomes available.

Do any of you have a comment on that situation in Canada?

Ms. Chambers: There are an increasing number of services in Ontario that have developed a coercive nature to ensure that people who leave hospitals are compliant with medications. We think that this is a problematic approach because there are many services that people leaving psychiatric hospitals would love to access but simply are not in ample supply.

One example is the Gerstein Crisis Centre in Toronto, a non-medical model crisis centre. It is a nice house where people can go, which does not trigger a whole legal process.

There are incredibly long line-ups of people trying to use such facilities. People cannot access them. Why not exhaust all the services that people are trying to access before forcing services on people that they do not want?

Senator Fairbairn: It is disturbing to hear you talk about how the stigma reaches into an already difficult area, which is the criminal justice system. Could you comment about the state of services, as you would know them when a patient has committed a crime? That person would experience a regulated period of time with great care. The person then may be in a position for part-time release, although not full release.

Je tiens à conclure en mentionnant que nous comprenons que vous tiendrez peut-être des audiences à Toronto. Notre organisme offre d'organiser pour vous une consultation auprès de survivants de la consommation pour que vous puissiez parler à des représentants de divers groupes parmi ces survivants.

Le sénateur Fairbairn: C'est merveilleux pour vous d'être ici mais très triste et troublant d'entendre vos exposés, raison pour laquelle nous tenons ces audiences. Lorsque nous avons tenu l'audience générale, cette question semblait s'y faufiler comme un fil conducteur jusqu'au point où il fut nécessaire d'inclure de tels exposés.

Monsieur Storey, vous avez parlé de la frustration des patients qui se trouvent dans un hôpital ou un établissement et attendent pour en sortir. Il s'agit d'un point de vue provenant de la Colombie-Britannique. Cela m'a amené à vérifier auprès de notre experte d'Ottawa, notre vice-présidente, pour déterminer si je comprenais bien la situation.

Mon mari a travaillé ici même, à l'Hôpital Royal d'Ottawa, pendant un certain nombre d'années. Une grande frustration émane des lois qui empêchent virtuellement l'hôpital de garder des patients ayant besoin de suivre un traitement continu, si le patient choisit de ne pas le suivre. Les patients sont alors libérés dans la collectivité. Cette dernière n'est plus en mesure de leur fournir des soins convenables, si encore elle s'est jamais occupée convenablement de ces gens-là. Cela engendre une frustration énorme, un danger et un désespoir si une personne ne peut pas prendre ses médicaments par elle-même. Par la même occasion, il n'y a pas suffisamment d'établissements pour garantir la disponibilité de soins convenables.

L'un d'entre vous a-t-il un commentaire à faire sur cette situation au Canada?

Mme Chambers: En Ontario, un nombre croissant de services ont élaboré un système coercitif pour s'assurer que les gens qui quittent les hôpitaux continuent à prendre leurs médicaments. Nous estimons qu'il s'agit d'une approche problématique parce qu'il existe de nombreux services auxquels les personnes quittant les hôpitaux psychiatriques aimeraient avoir accès, mais dont l'offre n'est tout simplement pas suffisante.

Le Gerstein Crisis Centre à Toronto, centre de crise modèle non médical, en est un exemple. C'est un endroit agréable où les gens peuvent aller, qui ne déclenche pas tout un processus légal.

Il y a des files incroyablement longues de gens qui essaient d'utiliser de telles institutions. Les gens ne peuvent pas y avoir accès. Pourquoi ne pas épuiser tous les services auxquels les gens essaient d'avoir accès avant de les obliger à obtenir des services qu'ils ne veulent pas?

Le sénateur Fairbairn: Il est troublant de vous entendre parler de la façon dont le stigmate pénètre dans un domaine déjà délicat, à savoir le système de justice pénale. Pourriez-vous faire des commentaires sur l'état des services, comme vous en prendriez connaissance lorsqu'un patient a commis un crime? Cette personne vivrait une période réglementée avec des soins formidables. Ensuite, elle pourrait se retrouver en situation de libération partielle, quoique non totale.

In your experience, to what degree is society prepared to accept that judgment in terms of returning? It is difficult for a healthy person in the criminal justice system to re-enter the community when their sentence is up. What are your thoughts on that in terms of the mental health system?

Ms. Chambers: My experience is primarily with people in the forensic system — people who have been found not criminally responsible by reason of mental disorder and are unfit to stand trial. Mr. Storey may be able to better address that in terms of people coming from the corrections system. People coming from the forensic system encounter more discrimination than anyone else in the psychiatric system. The label “criminally insane” could not be more negative. This label blankets people in the system no matter what they did. People have been in the system for stealing a bicycle or for telling someone that they would die on a certain day and not necessarily for threatening to hurt someone or for committing a violent act. They may be held for 10 to 15 times longer than if they had pled guilty to the crime. Then, when attempting to reintroduce them into the community, there is incredible community resistance. There are no halfway houses for people coming out of the forensic system. No neighbourhood will accept them. It makes it a difficult transition.

There is a medium security facility at the Centre for Addiction and Mental Health that faced a tremendous community backlash against the idea of having such a facility in the neighbourhood for persons transitioning into the community, even though there were no incidents.

For that population of people in particular, there needs to be a special educational effort made. People in the mental health system believe that everyone in that system is violent and dangerous. As I mentioned earlier, evidence shows that people with mental illness who have committed violent crimes are less likely to become recidivists than people in the corrections system without psychiatric labels attached.

The Deputy Chairman: Do you want to comment on that, Mr. Storey?

Mr. Storey: There are several things that I can comment on. People who find themselves in the forensic psychiatric population are duly discriminated against, certainly. A number of years ago, British Columbia built a modern state-of-the-art psychiatric facility for people with mental illness and in conflict with the law. It had the right look; it was well designed from maximum security right down to minimum security, where people could live in a more home-like setting and could access the community.

À votre avis, dans quelle mesure la société est-elle disposée à accepter ce jugement dans la perspective d'un retour? Il est difficile pour une personne en bonne santé, qui se trouve dans le système de justice pénale, de réintégrer la collectivité lorsque sa peine est augmentée. Qu'en pensez-vous du point de vue du système de santé mentale?

Mme Chambers: Mon expérience réside principalement auprès de gens qui se trouvent dans le système judiciaire — des gens qui ont été trouvés non responsables au criminel en raison d'un trouble mental ou qui sont inaptes à subir leur procès. M. Storey pourrait peut-être mieux aborder la question pour ce qui est des gens issus du système correctionnel. Les personnes arrivant du système judiciaire rencontrent une plus forte discrimination que n'importe qui d'autre dans le système psychiatrique. L'étiquette «aliéné mental criminel» ne pourrait pas être plus négative. Cette étiquette condamne les gens à rester dans le système, peu importe ce qu'ils ont fait. Des gens se trouvent dans le système pour avoir volé une bicyclette ou pour avoir dit à quelqu'un qu'ils mourraient un certain jour et pas forcément pour avoir menacé de blesser quelqu'un ou pour avoir commis un acte violent. On peut les garder 10 à 15 fois plus longtemps que s'ils avaient plaidé coupables au crime. Ensuite, lorsqu'on essaie de les réinsérer dans la collectivité, on fait face à une résistance incroyable de cette dernière. Il n'y a pas de centres de transition pour les personnes qui sortent du système judiciaire. Aucun quartier ne les acceptera. Cela rend la transition difficile.

Dans le Centre de toxicomanie et de santé mentale, il y a un établissement à sécurité moyenne qui a fait face à un formidable ressac de la collectivité contre l'idée d'avoir un tel établissement dans le voisinage pour les personnes en transition vers la collectivité, même s'il n'y a pas eu d'incidents.

Pour cette population de gens en particulier, il faut déployer des efforts spéciaux en matière d'éducation. Les gens qui sont dans le système de santé mentale pensent que chaque personne dans ce système est violente et dangereuse. Tel que mentionné précédemment, des preuves démontrent que les gens atteints d'une maladie mentale qui ont commis des crimes violents ont moins de chances de récidiver que les personnes qui se trouvent dans le système correctionnel sans étiquette psychiatrique.

La vice-présidente: Voulez-vous faire des commentaires à ce sujet, monsieur Storey?

M. Storey: Je peux faire des commentaires sur plusieurs choses. Les gens qui se trouvent eux-mêmes dans la population psychiatrique judiciaire font assurément l'objet d'une discrimination indue. Il y a quelques années, la Colombie-Britannique a bâti un établissement psychiatrique ultramoderne pour les personnes atteintes d'une maladie mentale et en conflit avec la loi. Il paraissait bien; il était bien conçu pour offrir une sécurité maximale à minimale, et les gens pouvaient vivre dans un environnement qui ressemblait davantage à leur foyer et pouvaient avoir accès à la collectivité.

The community surrounding that facility insisted, despite the fact that all these buildings were perfectly secure in and of themselves without an external fence, that a fence be built around the facility, which was quite remarkable.

For this secure building, a couple of mouse clicks would change the whole institution from minimum to maximum security on the computer. It was impressive, if such things impress you. Despite those internal precautions, the community insisted that a chain-link fence be put around the facility. It was an interesting display of those community values.

It does not just apply to people in conflict with the law. When I was Chair of the Riverview Hospital Board, the community had purchased a home that would accommodate six people from Riverview Hospital. I attended a public meeting that was designed to discuss that. The outrage and the fear displayed by the people were remarkable. People were panicked. They were afraid their children would be sexually abused. This home was for six women, the youngest of whom was 50 years old. When we told them that, it did not change the reaction. You could see some rapid eye blinks in the audience and it seemed to moderate some people's views. However, there were still the table-pounders. These women would contribute significantly to the community once they found a place. Yet there was an incredible protest against the home.

The Deputy Chairman: It was the not-in-my-backyard syndrome.

Mr. Storey: Exactly.

Senator Fairbairn: I have one final quick observation, if I may. Life has taken me into spending a great deal of time with our physically disabled athletes — our para-Olympic athletes. That has drawn me, on many occasions, into events involving the Special Olympics. I can only speak from my own experience and I have never been a hostile person but I, like most people, need more education and the opportunity to mingle. Never could I think of a movement that is more conducive to making people understand and feel good, enormously proud and excited about what is achieved through sports than these young and older athletes alike. It seems to be able to cross over a line and engage those on the other side of the line to forget about the line.

In your work, if you want to experience great fun and meet an enthusiastic and inspiring group of people, you might want to hone in on this element in our sports world. It is a vigorous arena all across the country.

Senator Callbeck: I want to ask a question about the level of discrimination in the stigma that is attached to mental illness. Is it increasing or decreasing? I read somewhere that the stigma, in some ways, has intensified over the past four years. Could we

En dépit du fait que tous ces bâtiments étaient parfaitement sécuritaires en eux-mêmes et par eux-mêmes sans clôture extérieure, la collectivité entourant cet établissement a insisté pour qu'une clôture soit érigée autour de l'établissement, ce qui était assez marquant.

Pour ce bâtiment sécuritaire, il suffisait de cliquer deux ou trois fois sur la souris de l'ordinateur pour faire passer tout l'établissement d'une sécurité minimale à maximale. C'était impressionnant, si de telles choses vous impressionnent. Malgré toutes ces précautions internes, la collectivité a insisté pour que l'on érige une clôture en grillage autour de l'établissement. Ce fut un étalage intéressant de ces valeurs communautaires.

Cela ne s'applique pas uniquement aux personnes en conflit avec la loi. Lorsque j'étais président du Conseil de l'Hôpital Riverview, la collectivité avait acheté une maison permettant d'héberger six personnes de l'Hôpital Riverview. J'ai assisté à une réunion publique destinée à étudier cette question. L'indignation et la crainte affichées par la population étaient remarquables. Les gens paniquaient. Ils avaient peur que leurs enfants subissent des agressions sexuelles. Cette maison était destinée à six femmes, dont la plus jeune avait 50 ans. Lorsque nous leur en avons fait part, cela n'a pas changé leur réaction. Vous pouviez voir des battements de paupière rapides dans l'auditoire et cela a semblé modérer les points de vue de certaines personnes. Toutefois, il y avait celles qui frappaient sur la table. Ces femmes allaient apporter une contribution significative à la collectivité une fois qu'elles auraient trouvé leur place. Et pourtant, il y avait un vent de protestation incroyable contre cette maison.

La vice-présidente: C'était le syndrome «pas dans ma cour».

M. Storey: Exactement.

Le sénateur Fairbairn: Si vous le permettez, je voudrais faire une dernière observation rapide. La vie m'a amené à passer beaucoup de temps avec nos athlètes handicapés physiques — nos athlètes paralympiques. Cela m'a entraîné, à maintes occasions, à assister à des événements impliquant les Jeux olympiques spéciaux. Je ne peux parler que de mon expérience personnelle et je n'ai jamais été une personne hostile mais, comme la plupart des gens, j'ai besoin de plus d'éducation et d'avoir la possibilité de me mélanger avec les gens. Je n'aurais jamais pu penser à un mouvement qui incite davantage les gens à se comprendre et à se sentir bien, extrêmement fiers et excités à propos des choses réalisées par le biais des sports, que ces athlètes jeunes et plus âgés. On semble capable de traverser une ligne et d'inciter ceux qui se trouvent de l'autre côté à oublier la ligne.

Dans votre travail, si vous voulez avoir beaucoup de plaisir et rencontrer un groupe de gens enthousiastes et inspirants, vous voudrez peut-être perfectionner cet élément de notre monde sportif. C'est une arène dynamique à travers tout le pays.

Le sénateur Callbeck: J'aimerais vous poser une question sur le niveau de discrimination dans le stigmatisme qui est rattaché à la maladie mentale. Est-il en hausse ou en baisse? J'ai lu quelque part que le stigmatisme s'était quelque peu intensifié au cours des quatre

know your thoughts on that? Certainly, there is more public awareness, we have a better understanding of mental illness and there is better treatment available.

In your estimation, has it increased or decreased?

Ms. Stuart: We have two sources of evidence that you could draw on to address that question. One is a Canadian study that began in the 1950s in a small town in Saskatchewan. We are quite famous worldwide for this particular effort. A husband and wife team went into a small town with the idea that they were going to educate people about stigma and try to change their attitudes. The book they subsequently wrote is called, "Closed Ranks." They called it that because there was a horrible backlash and the townsfolk basically ran them out of town. They did not want to have anything to do with the researchers.

Twenty-five years later, another team went in and studied the same town using the same scales. They found virtually the same kinds of attitudes because very little changed over a 25-year period for the 12 or 13 different things they had measured. The change that they did see was in the right direction. We have some good evidence from Germany that shows that every time that there is an incident involving someone with a mental illness or attributable to someone with a mental illness, there is a terrible community backlash. The attitudes become negative and they never return to the beginning level.

You are seeing now the CNN effect. You can turn on the news and you can see incidents from anywhere in the world in your living room. They are not even sensationalized any more; they are simply videotaped and aired. You can watch them for yourself.

Knowing the response from the German study, you are probably correct. I think it has had an impact on public attitudes in the last little while because of the vividness of these incidents and the kinds of things that have been happening.

Ms. Chambers: It depends a little bit on your definitions of "prejudice and discrimination." Information was referred to earlier about many people accepting the idea that schizophrenia is biologically based. Some people find that good information to have.

Other people are clearer in their problem being rooted in life experience. The exclusion from the debate of their story seems prejudicial to them because it affects everything that happens.

In recent time, the Ontario government adopted the American model of naming mental legislation after a victim of a crime by someone with a mental disorder. This is horrifically prejudicial to anybody in Ontario who has ever had a psychiatric label.

dernières années. Pourrions-nous entendre vos commentaires sur ce sujet? Assurément, le public est davantage sensibilisé, nous comprenons mieux la maladie mentale et il y a de meilleurs traitements disponibles.

À votre avis, la discrimination a-t-elle augmenté ou diminué?

Mme Stuart: Nous disposons de deux sources de preuves pour aborder cette question. L'une est une étude canadienne qui a débuté dans les années 50 dans une petite ville de la Saskatchewan. Nous avons acquis une certaine réputation dans le monde entier pour cet effort particulier. Une équipe composée d'un mari et de sa femme est allée dans une petite ville avec l'idée d'éduquer les gens sur le stigmatisme et d'essayer de changer leurs attitudes. Le livre qu'ils ont écrit par la suite est intitulé «Closed Ranks». Ils lui ont donné ce titre parce qu'il y a eu une réaction terriblement défavorable et que les habitants de la ville les ont pratiquement obligés à partir. Ils ne voulaient rien savoir des chercheurs.

Vingt-cinq ans plus tard, une autre équipe s'est rendue sur place et a étudié la même ville en utilisant les mêmes échelles. Ils ont décelé pratiquement les mêmes types d'attitudes car très peu de choses avaient changé en 25 ans pour les 12 ou 13 éléments différents qu'ils avaient mesurés. Le changement qu'ils ont constaté allait dans la bonne direction. Nous disposons aussi de bonnes preuves en provenance d'Allemagne qui révèlent que, chaque fois qu'il y a un incident impliquant une personne atteinte d'une maladie mentale ou attribuable à quelqu'un ayant une maladie mentale, il y a un ressac terrible au sein de la collectivité. Les attitudes deviennent négatives et elles ne reviennent jamais à leur niveau de départ.

Vous constatez actuellement l'effet CNN. Vous pouvez regarder les nouvelles et voir dans votre salon des incidents provenant de partout dans le monde. Ils ne font même plus l'objet de reportages sensationnalistes; ils sont simplement enregistrés et diffusés. Vous pouvez les voir pour vous-même.

Connaissant la réaction tirée de l'étude allemande, vous avez probablement raison. Je pense que cela a eu tout dernièrement une répercussion sur les attitudes du public en raison du caractère impressionnant de ces incidents et des genres de choses qui se sont passées.

Mme Chambers: Cela dépend un peu de vos définitions des termes «préjugé» et «discrimination». On a mentionné plus tôt des informations à l'effet que de nombreuses personnes acceptaient l'idée que la schizophrénie est d'origine biologique. Certaines personnes estiment que ce sont de bonnes informations à avoir.

D'autres disent plus clairement que leur problème est enraciné dans l'expérience de vie. Exclure leur histoire du débat leur semble préjudiciable parce qu'elle touche tout ce qui arrive.

Récemment, le gouvernement ontarien a adopté le modèle américain qui consiste à nommer un projet de loi sur la santé mentale d'après le nom d'une victime d'un crime commis par un malade mental. C'est horriblement préjudiciable pour quiconque a déjà eu une étiquette psychiatrique en Ontario.

Senator Callbeck: I want to clear up something in my mind. Both of you talked about what to do to get rid of discrimination.

Ms. Chambers, I understood you to say that we need a national campaign. Professor Stuart, I understood you to say that that is not what we need. One size does not fit all.

Ms. Chambers: The national campaigns to date have not been delivered by people who are the subject of prejudice. In our two years of doing this in Ontario we found that actually meeting the people subject to the prejudice made a big difference. That is what has been missing and is needed.

Ms. Stuart: We need national leadership and a national program. I would make the distinction that a campaign is a one-shot flash in the pan, very visible razzle-dazzle approach, not a sustained approach to antistigma.

We have 27 countries involved in our program. We need national leadership. We need coordination, but we need to target the interventions to address the specific misconceptions of the populations with whom we are dealing.

Police have certain ideas about the mentally ill. They need certain kinds of interventions. They are important because they deal with these people on an ongoing basis.

Emergency room staff are also a problem. You must approach them in a different way. A family member needs another type of intervention.

The interventions must be a coordinated effort. A one-shot drugs-kill kind of federal government approach that we use would not be an appropriate response in this case. I do not mean to imply that we do not need a national, coordinated effort.

Senator Callbeck: Mr. Storey, you are the chair of the Minister's Advisory Council on Mental Health in British Columbia. I notice that the priorities for 2001-02 included public education and workforce training to reduce discrimination. What types of initiatives did you introduce?

Mr. Storey: That is a good question. I had a task assigned by the Minister of State as one of the four goals that he was directed by cabinet to pursue. He has come to the conclusion that a larger provincial public-education strategy is not the best way to proceed. He believes that a more targeted approach, as Dr. Stuart has described, is the best approach.

Therefore, that initiative has essentially been shelved. I am not sure of its status. The council was not directly involved in that.

I know that the B.C. division of the Canadian Mental Health Association is very much involved in workplaces to increase awareness on behalf of people with mental illness in the workplace so that appropriate accommodations are made when

Le sénateur Callbeck: Je tiens à éclaircir un élément qui me trotte dans la tête. Vous avez tous les deux parlé des choses à faire pour se débarrasser de la discrimination.

Madame Chambers, si j'ai bien compris, vous avez déclaré que nous avons besoin d'une campagne nationale. Mme Stuart, j'ai cru vous entendre dire que ce n'est pas ce qu'il nous faut. Il n'y a pas de solution unique.

Mme Chambers: Jusqu'à présent, les campagnes nationales n'ont pas été menées par des personnes victimes des préjugés. Durant les deux années où nous avons fait cela en Ontario, nous avons constaté qu'une véritable rencontre avec les personnes victimes des préjugés faisait toute une différence. C'est ce qui manquait et c'est ce qu'il nous faut.

Mme Stuart: Il nous faut un leadership national et un programme national. Je ferais la distinction entre le fait qu'une campagne est un simple feu de paille, un tape-à-l'œil très visible, pas une approche soutenue de l'anti-stigmate.

Nous avons 27 pays impliqués dans notre programme. Nous avons besoin d'un leadership national. Nous avons besoin de coordination, mais nous devons cibler les interventions pour nous attaquer aux idées fausses spécifiques des populations avec lesquelles nous traitons.

La police a certaines idées sur les malades mentaux. Elle a besoin de certains types d'interventions. Elle est importante parce qu'elle traite avec ces gens en permanence.

Le personnel des salles d'urgence pose également un problème. Il faut l'approcher d'une façon différente. Un membre de la famille a besoin d'un autre type d'intervention.

Les interventions doivent constituer des efforts coordonnés. Une approche unique du gouvernement fédéral du genre antidrogue ne serait pas une réaction appropriée dans ce cas. Je ne veux pas insinuer que nous n'avons pas besoin d'un effort national coordonné.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Storey, vous êtes le président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale en Colombie-Britannique. Je remarque que les priorités pour 2001-2002 comportaient une éducation du public et une formation de la main-d'œuvre pour réduire la discrimination. Quels genres d'initiatives avez-vous mis en oeuvre?

M. Storey: C'est une bonne question. Le ministre d'État m'avait confié une tâche dans le cadre de l'un des quatre objectifs que le Cabinet lui avait ordonné de chercher à atteindre. Il est arrivé à la conclusion qu'une vaste stratégie provinciale d'éducation du public n'est pas la meilleure façon de procéder. Il estime qu'une approche plus ciblée, comme l'a décrite Mme Stuart, constitue la meilleure approche.

Par conséquent, cette initiative a essentiellement été reléguée aux oubliettes. Je ne suis pas certain de son statut. Le conseil n'était pas impliqué directement dans cette situation.

Je sais que le chapitre de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est très présent dans les milieux de travail pour accroître la sensibilisation au nom des malades mentaux au travail, afin de pouvoir faire les

required, and that prejudice and discrimination is reduced in the workplace. The CMHA is very much involved in that. They would be a good source of information, particularly in the area of workplace education.

The Deputy Chairman: Is British Columbia the only province, to your knowledge, that has a minister of state for mental health?

Mr. Storey: As far as I know, yes. It is unique. I can give an example of where that has been effective.

The government recently decided to do a review of disability benefits for people with all types of disabilities. You can imagine the consternation that caused among people who are dependent on disability money and live in an area with a high cost of living. That could have significant meaning to the quality of their life.

We reacted to this plan by providing advice to Minister Cheema to discourage Minister Cole, who is responsible for disability plans, from undertaking this. We felt that there could be less intrusive ways of re-establishing people's eligibility for this level of benefit.

Thanks to Minister's Cheema's intervention with Minister Cole, there were 5000 people identified with a mental illness on Disability 2, which is the higher level of payment, who did not have to go through that process.

Even during that six-week period of doubt and insecurity, there were several suicides among people with mental illness related to that process. It caused stress, consternation and fear.

It has been good to have a minister of state.

The Deputy Chairman: We should look at that as a model.

Senator Roche: Professor Stuart, I want to talk about the question of attitudes, which you addressed earlier. I believe that you said knowledge is not enough to change people's attitudes. I concur with that. You talked later about targeting knowledge — giving certain kinds of information for certain kinds of people.

In our society, are we blocked from making progress in providing the right kind of medical, social and educational assistance for the mentally ill? Are we blocked in general terms by a perverse attitude by society as a whole? Are we afraid of a mentally ill person? Do we think that they will hurt us?

You should tell me whether that is true. If it is true, do we need general information, irrespective of the particularities for certain types of situations?

When you change the attitude of society toward an issue, many things can happen. Smoking, drinking and driving are examples. I work in the peace field. We are trying to change people's attitude to the question of peace.

ajustements appropriés au besoin, et que les préjugés et la discrimination diminuent en milieu de travail. L'ACSM est très impliquée dans tout cela. Ce serait une bonne source de renseignements, surtout dans le domaine de l'éducation en milieu de travail.

La vice-présidente: À votre connaissance, la Colombie-Britannique est-elle la seule province qui a un ministre d'État à la Santé mentale?

M. Storey: En autant que je sache, oui. C'est unique. Je peux vous donner un exemple dans lequel cela a été efficace.

Le gouvernement a décidé dernièrement d'effectuer un examen des prestations d'invalidité pour les gens ayant tous les types de déficiences. Vous pouvez imaginer la consternation que cela a causé parmi ceux qui dépendent des prestations d'invalidité et vivent dans une région où le coût de la vie est élevé. Cela pourrait avoir une signification importante pour leur qualité de vie.

Nous avons réagi à ce projet en conseillant au ministre Cheema de décourager le ministre Cole, qui est responsable des régimes d'invalidité, d'entreprendre cet examen. Nous pensions qu'il pourrait y avoir des moyens moins dérangeants de rétablir l'admissibilité des gens à ce niveau de prestations.

Grâce à l'intervention du ministre Cheema auprès du ministre Cole, 5 000 personnes ont été identifiées avec une maladie mentale d'incapacité 2, qui est le niveau de versement le plus élevé, et elles n'ont pas eu à subir ce processus.

Même durant cette période de six semaines de doute et d'insécurité, il y a eu plusieurs suicides parmi les malades mentaux en rapport avec ce processus. Il a provoqué du stress, de la consternation et des craintes.

Cela a été bon d'avoir un ministre d'État.

La vice-présidente: Nous devrions examiner cela comme modèle.

Le sénateur Roche: Madame Stuart, je voudrais parler de la question des attitudes, que vous avez abordée précédemment. Je pense que vous avez dit que les connaissances ne suffisent pas pour changer les attitudes des gens. Je suis d'accord avec cela. Vous avez parlé ensuite de cibler les connaissances — en donnant certains types d'informations à certains types de gens.

Dans notre société, nos progrès sont-ils entravés pour ce qui est de fournir la bonne sorte d'aide médicale, sociale et éducative aux malades mentaux? Une attitude pernicieuse de l'ensemble de la société nous gêne-t-elle en général? Avons-nous peur d'une personne malade mentale? Pensons-nous qu'elle va nous causer du tort?

Vous devriez me dire si cela est vrai. Si c'est vrai, avons-nous besoin de renseignements généraux, indépendamment des particularités entourant certains types de situations?

Lorsque vous modifiez l'attitude de la société à l'égard d'un problème, bien des choses peuvent arriver. Le tabac, l'alcool et la conduite automobile en sont des exemples. Je travaille dans le domaine de la paix. Nous essayons de changer l'attitude des gens à l'égard de la paix.

Would you take me a little more deeply into the question of the societal attitude toward such a subject. Here it is mental illness. How do we really change society's attitude and move it onto a positive, active track?

Ms. Stuart: Epidemiologists think in terms of populations. One of the hardest lessons that I ever learned when I got involved with the World Psychiatric Association campaign was that there is no such thing as a general population. There is no such thing as the society. Society is composed of different groups, each of which holds a different viewpoint and have different experiences.

Therefore, you have to think about first of segmenting your audience, as would a marketer, and figure out what it is about this particular kind of audience that is getting in their way? Why can they not deal with this properly?

Much of the time we spent was to figure out what the police and health care workers think. Why are health care workers so stigmatizing? They are among the most knowledgeable people on mental illness that we have in our society. They are invariably identified as the people who are the worst offenders.

It is not simply an issue of knowledge. When we talked about targeting things, we were trying to target experiences. We figured out we had to get them at an emotional level. We had to make them aware that their whole system of beliefs was somehow ill-founded. One of the best ways to do that was to construct situations in which people who have a mental illness could meet people who have perhaps never met someone with a mental illness, under controlled and constructive kinds of situations. They would talk about their mental illness. They would convey factual information, but more important, they would convey information at a human level. That is what made the difference. Not only did it make the difference to the people receiving the message, it made a difference to the people delivering the message. They felt much better. They felt they had somehow participated in a constructive process, and their self-esteem increased.

I do not think we can do it in a broad brushstroke. We cannot look at society as a whole and say we will take one thing and fix it. It is a complex problem. We need to target and understand groups and understand their barriers and their issues. Then we have to figure out a way to bring them into contact with people in a constructive situation so that emotional experience somehow overrides all these other preconceptions they have. We also hope they do not turn on the news the next day and see something splattered on the front page where someone with a mental illness is purported to have committed a crime. We tend to be swimming upstream when we try to do something like this.

Pourriez-vous approfondir un peu plus pour moi la question de l'attitude de la société à l'égard d'un tel sujet? Voici la maladie mentale. Comment pouvons-nous vraiment changer l'attitude de la société et la faire passer sur une voie active et positive?

Mme Stuart: Les épidémiologistes parlent en termes de populations. L'une des leçons les plus difficiles que j'ai jamais apprises, lorsque j'ai contribué à la campagne de l'Association mondiale de psychiatrie, a été qu'il n'existe pas de telle chose qu'une population en général. Il n'y a pas de chose comme la société. La société est composée de groupes différents, dont chacun a un point de vue différent et vit des expériences différentes.

Par conséquent, vous devez penser en premier lieu à segmenter votre auditoire, comme le ferait un spécialiste du marketing, et vous interroger sur ce qui caractérise ce genre d'auditoire particulier qui se trouve sur leur chemin? Pourquoi ne peuvent-ils pas aborder ce problème convenablement?

La majeure partie du temps que nous consacrons consistait à nous demander ce que pensent les policiers et les travailleurs de la santé. Pourquoi les travailleurs de la santé font-ils tant de stigmatisation? Ils figurent parmi les personnes les plus informées sur la maladie mentale dans notre société. On les identifie invariablement comme les gens qui sont les pires contrevenants.

Ce n'est pas simplement une question de connaissance. Lorsque nous avons parlé de cibler les choses, nous essayions de cibler les expériences. Nous avons réfléchi que nous devions les amener à un niveau émotionnel. Nous devions les amener à se rendre compte que tout leur système de croyances était quelque peu injustifié. L'une des meilleures façons de le faire a consisté à construire des situations dans lesquelles les malades mentaux pouvaient rencontrer des gens qui n'avaient peut-être jamais rencontré une personne atteinte d'une maladie mentale, dans des situations contrôlées et constructives. Ces personnes ont parlé de leur maladie mentale. Elles ont transmis des renseignements factuels mais, élément plus important, elles ont transmis des informations à un niveau humain. C'est ce qui a fait la différence. Cela a fait une différence non seulement pour les gens qui ont reçu le message, mais également pour les personnes qui l'ont livré. Elles se sentaient beaucoup mieux. Elles estimaient avoir participé quelque peu à un processus constructif, ce qui a fait augmenter leur estime de soi.

Je ne pense pas que nous puissions le faire d'un grand coup de pinceau. Nous ne pouvons pas regarder la société dans son ensemble et dire que nous prendrons un élément et que nous le réparerons. C'est un problème complexe. Nous devons cibler et comprendre les groupes et comprendre leurs obstacles et leurs enjeux. Ensuite, nous devons concevoir un moyen de les mettre en contact avec les gens dans une situation constructive afin que l'expérience émotionnelle neutralise quelque peu toutes ces autres idées préconçues que nous avons. Nous espérons également que ces personnes n'écouteront pas les nouvelles le lendemain et ne verrons pas étalé à la une le fait qu'un malade mental a présumément commis un crime. Lorsque nous essayons de faire des choses de ce genre, nous avons tendance à nager contre le courant.

That is not a straightforward answer to your question, but we have not found a way to do what you are asking just yet.

Senator Roche: I find your answer helpful. Perhaps your colleagues might like to offer a comment.

Ms. Chambers: Another thing that needs to change on a structural level for attitudes to improve is that as long as the mental health system is a scary place, as long as people can be abused there with little recourse, that attaches itself to the whole prejudice towards people with a psychiatric diagnosis. It is a scary thing. If you behave in too strange a way, they will come and take you away and put you in that scary place. If services were more accountable to the people they served, more open, more kind, and a better part of the flow of society, people would think, "If I ever had a horrible time, it is good to know there is someplace kind I can go to get support." The vision that you would have to be in really bad shape to go to one of those places is the general public's attitude towards the psychiatric system, with some reason. That is the part of the structural change that needs to take place to change attitudes.

Senator Roche: All of you are in favour of a national coordinated strategy that would target specific kinds of information and perhaps programs. I am always reluctant to go near the thorny Canadian question of federal-provincial relations, but where is the primary responsibility for implementing such a nationally coordinated strategy that would have different targets? Where would that primary responsibility lie?

Ms. Stuart: Currently there is no place for it. It does not exist. The structures that used to be in place at the federal government that were interested in mental health have been disbanded. Most provinces do not have a provincial focus at the provincial level to deal with mental health issues. British Columbia is an admirable exception to that rule. You will have to create some structures. It is everyone's responsibility. It cannot be handed off to one group. It is too big a problem. Different levels of government can intervene in different areas. At the federal level, there can be health promotion, promoting healthy public policy. At the provincial level, it might be at the level of direct health care delivery and ensuring that programs and policies and their social services and health sectors are not discriminatory. That could be something a provincial government could do. It could happen at the municipal level to make sure the bylaws did not zone out housing so that people with mental illness could have places to live that are not so far out of town.

Ce n'est pas une réponse directe à votre question mais nous n'avons pas encore trouvé le moyen de faire ce que vous venez de demander.

Le sénateur Roche: Je trouve votre réponse utile. Vos collègues voudraient peut-être ajouter un commentaire.

Mme Chambers: Une autre chose qu'il faut changer sur un plan structurel pour améliorer les attitudes c'est le fait qu'aussi longtemps que le système de santé mentale sera un endroit effrayant, aussi longtemps que les gens pourront faire l'objet d'abus avec très peu de recours, tout cela se rattachera au préjugé global à l'égard des gens ayant un diagnostic psychiatrique. C'est une chose effrayante. Si vous vous comportez d'une façon trop étrange, ils viendront vous chercher et vous emmèneront pour vous mettre dans ce lieu effrayant. Si les services rendaient davantage compte aux personnes qu'ils desservent, étaient plus ouverts, plus agréables, et constituaient une meilleure partie du flux de la société, les gens diraient: «Si jamais je passe un moment horrible, il est bon de savoir qu'il y a une place accueillante où je peux aller demander du soutien». La vision selon laquelle il vous faudrait être dans une situation vraiment mauvaise pour aller à l'un de ces endroits est l'attitude du grand public à l'égard du système psychiatrique, avec quelque raison. C'est la partie du changement structurel qui doit intervenir pour changer les attitudes.

Le sénateur Roche: Vous êtes tous en faveur d'une stratégie nationale coordonnée qui ciblerait des types spécifiques de renseignements et peut-être des programmes. Je suis toujours réticent à me rapprocher de l'épineuse question canadienne des relations fédérales-provinciales, mais où réside la principale responsabilité pour mettre en œuvre une telle stratégie coordonnée à l'échelle nationale ayant des cibles différentes? Où se situerait cette responsabilité principale?

Mme Stuart: À l'heure actuelle, il n'y a pas de place pour cela, cela n'existe pas. Les structures qui étaient en place au gouvernement fédéral et qui s'intéressaient à la santé mentale ont été démantelées. La plupart des provinces n'ont pas de centre d'intérêt au niveau provincial pour aborder les problèmes de santé mentale. La Colombie-Britannique est une exception admirable à cette règle. Vous devrez créer des structures. C'est la responsabilité de tous et chacun. Elle ne peut pas être confiée à un groupe. C'est un problème trop important. Les différents paliers de gouvernement peuvent intervenir dans différents domaines. Au niveau fédéral, il peut y avoir la promotion de la santé, la promotion de la politique de santé publique. Au niveau provincial, ce pourrait être au niveau de la prestation directe des soins de santé, tout en s'assurant que les programmes et les politiques, et leurs secteurs des services sociaux et de la santé, ne font pas de discrimination. C'est quelque chose qu'un gouvernement provincial pourrait faire. Cela pourrait survenir au niveau municipal pour s'assurer que les règlements n'ont pas exclu le logement par voie de zonage afin que les malades mentaux puissent avoir pour vivre des endroits qui ne sont pas trop éloignés en dehors de la ville.

Senator Roche: We will need something to drive the thing. I hope our report might act as an instrument to tell the federal government that some sort of driving, national strategy is needed.

Ms. Chambers: I would like to emphasize that hand-in-glove with the idea of educating people, it is important to have a national mental health legal advocacy resource that is accountable to consumers. It is not just prejudice in the general community, but particularly prejudice and discrimination in the mental health system itself — it is allowed under the law — that needs addressing. It is critical to have both those pieces involved.

Senator Roche: Finally, I have a question again about stigma. Mr. Storey began by trying to get us off the word “stigma”, but I notice he did not succeed completely with Professor Stuart. You can imagine where I am, because I do not know the difference between stigma and discrimination. Could you tell me again why “discrimination” is a better word than “stigma”? I started to get that maybe the use of the word “stigma” is itself a discriminatory act. Is that too much? Why is “discrimination” a better word than “stigma”?

Mr. Storey: I had not thought of that issue before our public forum. It was interesting that so many people who live with a mental illness talked about that. They did not like the word “stigma,” the noun, whereas “discrimination” is the verb, the action, as Dr. Stuart has said.

We have to be more focused on the actions that hurt people or disadvantage people with mental illness as opposed to what most people feel is this impotent word, this word that describes a sociocultural phenomenon, albeit unfortunate. It does not seem to have the potency that the word “discrimination” does.

People felt that we were at a radical point where they wanted to get the lawyers involved. They wanted to start suing, getting class action suits going, because it seemed to them that the progress that other groups had made had been made in this way, by focusing on discrimination and the inequalities that were resulting in their lives. There was considerable anger and impatience at this point among the people we spoke to. In their minds, they felt that “stigma” was a less potent word than “discrimination.”

Ms. Stuart: I like thinking in the broader sense, because I know that people who have negative attitudes may not necessarily act directly on them. I think of discrimination as an act of commission. You have a negative attitude, and you deliberately have done something to impede someone else.

More insidious is that you may neglect to do something just by virtue of the fact that you think something is not important. You may have a negative attitude or put something on the back burner. I like to think there is as much or more damage done by those acts of omission, at every level of policy or government. We can focus on overt discrimination, and there are certainly huge

Le sénateur Roche: Nous aurons besoin de quelque chose pour faire avancer le dossier. J'espère que notre rapport pourra servir d'instrument pour dire au gouvernement fédéral qu'une certaine forme d'orientation, de stratégie nationale, est nécessaire.

Mme Chambers: J'aimerais souligner que, de concert avec l'idée d'éduquer les gens, il est important d'avoir une ressource nationale en matière de défense légale de la santé mentale ayant des comptes à rendre aux consommateurs. Ce ne sont pas seulement les préjugés dans la collectivité en général, mais en particulier les préjugés et la discrimination dans le système de santé mentale lui-même — c'est permis en vertu de la loi — qu'il faut aborder. Il est crucial d'impliquer ces deux éléments.

Le sénateur Roche: Enfin, j'ai une question portant encore sur le stigmaté. M. Storey a commencé à essayer de nous éloigner du mot «stigmaté», mais j'ai remarqué qu'il n'a pas réussi totalement avec Mme Stuart. Vous pouvez imaginer où je me situe, car je ne connais pas la différence entre le stigmaté et la discrimination. Pouvez-vous me rappeler pourquoi le mot «discrimination» est meilleur que le mot «stigmaté»? Je commençais à saisir que peut-être l'utilisation du mot «stigmaté» est elle-même un acte discriminatoire. Est-ce aller trop loin? Pourquoi le mot «discrimination» est-il meilleur que le mot «stigmaté»?

M. Storey: Je n'avais pas pensé à ce problème avant notre forum public. Ce fut intéressant de constater que tant de personnes qui vivent avec une maladie mentale en ont parlé. Elles n'aimaient pas le mot «stigmaté», le nom, tandis que «discrimination» est le verbe, l'action, comme l'a mentionné Mme Stuart.

Nous devons nous concentrer davantage sur les actions qui blessent les gens ou défavorisent les gens atteints d'une maladie mentale, par opposition à ce que la plupart des gens estiment être ce mot impuissant, ce mot qui décrit un phénomène socioculturel, bien que regrettable. Il ne semble pas avoir la force que possède le mot «discrimination».

Les gens estimaient que nous étions à un point crucial où ils voulaient faire intervenir les avocats. Ils voulaient commencer à poursuivre, à entamer des poursuites collectives, car il leur semblait que les progrès que les autres groupes avaient réalisés étaient effectués de cette façon, en ciblant la discrimination et les inégalités qui surgissaient dans leur vie. Il y avait beaucoup de colère et d'impatience à ce moment-là chez les gens auxquels nous avons parlé. Dans leur esprit, ils estimaient que le «stigmaté» était un mot moins fort que la «discrimination».

Mme Stuart: J'aime penser dans une perspective plus vaste, parce que je sais que les gens qui ont des attitudes négatives n'agissent peut-être pas forcément directement sur elles. Je pense à la discrimination comme étant un acte commis. Vous avez une attitude négative et vous avez délibérément fait quelque chose pour gêner quelqu'un d'autre.

Plus insidieux est le fait que vous pouvez négliger de faire quelque chose simplement en vertu du fait que vous pensez que ce n'est pas important. Vous pouvez avoir une attitude négative ou mettre quelque chose en veilleuse. J'aime penser qu'il y a autant, voire plus de tort causé par ces actes omis, à chaque niveau de la politique ou à chaque palier de gouvernement. Nous pouvons

issues there, but I would like to see it go farther than that. I would like to see the acts of omission addressed as well. If we could get at the stigma and the attitudes that underlie both of those things, we might be in a better position. I recognize that that is difficult to do. Sometimes the actions are easier to address.

Senator Roche: You would like us to use the word “stigma.”

Ms. Stuart: I do not have a preference. Stigma is the attitude, and the action is discrimination.

The Deputy Chairman: Are you not both right? Stigma is the problem, and the discrimination is the action of the problem.

Senator Cordy: When we were working on our health report, we discovered that there was a great vacuum in the resources for mental health. In fact, we thought it was so severe that it needed a separate study on its own. Personally, I was not prepared for the heart-wrenching testimony that we were going to be hearing from the witnesses. A number of us have said that after testimony we are exhausted, because it is people crying out for help and asking us to please do something. Hopefully, our report on mental health will be the starting point of something good happening.

I would like to get back to the issue of the Minister of State because I did not realize there was a Minister of State in British Columbia responsible for mental health. Does this designated role help to focus a more positive attitude on the plight of those who are mentally ill? Does it result in the coming together of the various departments? We heard testimony of the Department of Health not necessarily working with the Department of Community Services, not necessarily working with other government departments, let alone other government NGOs within the community.

Could fill me in on that? I am grasping at some starting point we could have as a committee to recommend.

Mr. Storey: I could be on dangerous ground in discussing this in too much detail. I have mixed feelings. Before you get too congratulatory toward the province of British Columbia — it is a great position with a lot of potential and Minister Cheema has been a great Minister of State for Mental Health. He has boundless energy and has worked hard to understand the issues in the province. He works hard to promote the interests of people with mental illness. However, he is a minister of state, not a full minister. Beyond the budget he has for his office, he has no budget. He has two staff — essentially, one person who arranges his schedule and one who helps with his research.

cibler la discrimination déclarée et il y a assurément d'énormes problèmes là, mais j'aimerais voir cela aller encore plus loin. J'aimerais que l'on se penche également sur les actes d'omission. Si nous pouvions arriver au stigmatisme et aux attitudes qui sous-tendent ces deux choses, nous serions peut-être dans une meilleure position. Je reconnais que cela est difficile à faire. Parfois, il est plus facile de se pencher sur les actions.

Le sénateur Roche: Vous souhaiteriez nous voir utiliser le mot «stigmatisme».

Mme Stuart: Je n'ai pas de préférence. Le stigmatisme est l'attitude et l'action est la discrimination.

La vice-présidente: N'avez-vous pas raison tous les deux? Le stigmatisme est le problème et la discrimination est l'action du problème.

Le sénateur Cordy: Lorsque nous étions en train de rédiger notre rapport sur la santé, nous avons découvert qu'il existait un grand vide dans les ressources consacrées à la santé mentale. De fait, nous pensions que cela était si grave qu'il fallait une étude séparée. Personnellement, je n'étais pas préparée pour les témoignages à vous arracher le cœur que nous allions entendre des témoins. Un certain nombre d'entre nous ont déclaré qu'après les témoignages nous sommes épuisés, parce qu'il s'agit de gens qui appellent à l'aide et qui nous demandent de faire quelque chose. Nous espérons que notre rapport sur la santé mentale sera le point de départ de quelque chose de bien.

J'aimerais revenir à la question du ministre d'État parce que je n'avais pas réalisé qu'il y avait un ministre d'État responsable de la santé mentale en Colombie-Britannique. Est-ce que ce rôle désigné aide à concentrer une attitude plus positive sur la situation critique de ces malades mentaux? Est-ce que cela aboutit à l'union des divers ministères? Nous avons entendu des témoignages de représentants du ministère de la Santé qui ne collaborent pas forcément avec ceux du ministère des Services communautaires, qui ne collaborent pas forcément avec les autres ministères gouvernementaux, sans parler des autres ONG gouvernementales au sein de la collectivité.

Pourriez-vous me donner quelques détails à ce sujet? Je cherche un point de départ à partir duquel le comité pourrait formuler des recommandations.

M. Storey: Je pourrais m'aventurer en terrain dangereux en discutant de ce sujet trop en détail. J'ai des sentiments mitigés. Avant que vous adressiez trop de félicitations à la province de la Colombie-Britannique — c'est un poste formidable avec beaucoup de potentiel et le ministre Cheema a été un bon ministre d'État à la Santé mentale. Il a une énergie sans bornes et a travaillé d'arrache-pied pour comprendre les enjeux dans la province. Il travaille énormément pour promouvoir les intérêts des malades mentaux. Cependant, il est ministre d'État, pas ministre à part entière. En dehors du budget dont il dispose pour son bureau, il n'a pas de budget. Il a deux employés — essentiellement une personne qui s'occupe de son emploi du temps et une qui l'aide dans sa recherche.

Although he has access to the other ministers, and has used his influence as best he can, there are other agendas being served in our province. The regionalization of health authorities has significantly limited his influence as well.

Because of his charisma and the strength of his personality, he does have some influence on the chief executive officers and the board chairs of the various health authorities. However, he has no statutory influence or any significant direct influence as Minister of State over decisions that they may make in the regions about mental health dollars.

Therefore, it has been good that we have had a Minister of State for Mental Health, but there have been significant limitations in terms of the way that office has been created and the way in which it is allowed to operate in the British Columbia context.

Senator Cordy: He is swimming against the tide.

I am also wondering about community resources. We have gotten away from years gone by when someone who was mentally ill was put in a hospital and left there forever. Fortunately, they are now able to come out into the community. However, we have heard testimony from others who have appeared before us that community resources are really lacking. People who are discharged from the hospitals, unless they have family support, are often thrown to the wolves. How do we convince departments of health or governments that community services, for those who are mentally ill particularly, are as important as the services that are provided to them within the hospital setting?

New Brunswick has used the term, "hospitals without walls." In fact, the community services should be the hospitals without walls. It is certainly better than waiting — I think Ms. Chambers used the term "the bad state" — waiting until a person gets in a bad state and has to be readmitted to a hospital. If we can service people who are suffering from a mental illness within the community, it is a win-win for everyone, in my opinion. How do we convince governments of that?

Ms. Chambers: There is a problem with a lack of community resources, such as housing, for example. It is often a confusion of cause and effect as far as that goes. People assume that the primary cause of homelessness is deinstitutionalization, with the implied suggestion that people who are homeless should be in institutions. Anyone who has really studied the issue will tell you that lack of affordable housing is the primary cause of homelessness, and that no mental health service will assist anyone until they are able to get adequate housing. Mental disturbance is commonly caused by being homeless more than the other way around.

It is not just more resources that the community services need; it is the way the money is spent. What the consumer survivor community in Ontario has been saying is that the money is not being properly spent. Huge amounts of money are going into

Bien qu'il ait accès aux autres ministres, et a utilisé son influence de son mieux, il y a d'autres programmes à respecter dans notre province. La régionalisation des autorités sanitaires a également limité considérablement son influence.

En raison de son charisme et de sa forte personnalité, il exerce une certaine influence sur les présidents directeurs généraux et les présidents du conseil des diverses autorités sanitaires. Toutefois, il n'a aucune influence réglementaire, ni aucune influence directe importante en tant que ministre d'État, sur les décisions qu'ils peuvent prendre dans les régions à propos des crédits destinés à la santé mentale.

Par conséquent, avoir un ministre d'État à la Santé mentale a été une bonne chose mais il y a eu des restrictions importantes à propos de la création de ce bureau et de la façon dont il peut fonctionner dans le contexte de la Colombie-Britannique.

Le sénateur Cordy: Il nage à contre-courant.

Je me pose également des questions à propos des ressources communautaires. Nous avons échappé aux années écoulées durant lesquelles une personne malade mentale était hospitalisée et restait là pour toujours. Heureusement, elle peut dorénavant sortir pour aller dans la collectivité. Cependant, nous avons entendu des témoignages d'autres personnes qui ont comparu devant nous à l'effet que les ressources communautaires font vraiment cruellement défaut. Les personnes qui sortent des hôpitaux, à moins d'avoir un soutien familial, sont souvent laissées à leur triste sort. Comment convaincre les ministères de la Santé ou les gouvernements que les services communautaires, pour les malades mentaux en particulier, sont aussi importants que les services qui leur sont offerts en milieu hospitalier?

Le Nouveau-Brunswick a utilisé l'expression «des hôpitaux sans murs». De fait, les services communautaires devraient être les hôpitaux sans murs. C'est certainement mieux que d'attendre — je pense que Mme Chambers a utilisé l'expression «un mauvais état» — d'attendre qu'une personne se retrouve dans un mauvais état et doive être réhospitalisée. Si nous pouvons offrir des services aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale au sein de la collectivité, à mon avis tout le monde en ressort gagnant. Comment en convaincre les gouvernements?

Mme Chambers: Il y a un problème avec un manque de ressources communautaires, comme le logement par exemple. Il s'agit souvent d'une confusion entre la cause et l'effet pour ce qui est de cela. Les gens supposent que la principale cause de la clochardise est la désinstitutionalisation, avec la suggestion sous-jacente que les sans-abri devraient être dans des institutions. Quiconque a vraiment étudié la question vous dira que le manque de logements abordables est la principale cause de la clochardise, et qu'aucun service de santé mentale n'aidera personne, à moins de pouvoir trouver un logement adéquat. Les troubles mentaux constituent un motif courant pour se retrouver sans-abri, davantage que dans l'autre sens.

Ce n'est pas seulement de plus de ressources qu'ont besoin les services communautaires; c'est la façon dont l'argent est dépensé. Ce que nous a dit le milieu des survivants de la consommation en Ontario c'est que l'argent n'est pas dépensé convenablement. Des

coercive services like assertive community treatment teams that may visit people on a daily basis to ensure medication compliance. These resources are not well supported by research evidence and they are not popular amongst the people who receive them. There are not enough other services that people want to use, which have long waiting lists. If the money were directed to effective services because people wanted them, and not so much to services that were being shoved down people's throats, it would have a more positive effect and would be money better spent.

Another example would be consumer survivor initiatives such as consumer survivor workplace alternatives that have created jobs for people who had previously been thought to be not able to hold them. They have been able to save huge amounts of money because they reduce the use of hospital beds. They are cost effective as well as being human effective.

Ms. Stuart: If you asked most provincial governments today, they would say we do have community resources. They could point to probably more money than they have ever put into community resources in the past. In Ontario, we are sinking a lot of money into community resources. I do not think you need to convince them that is an important thing to do. They already know that. I think they would say they are doing it. Where the gap is, if you look at the money that goes into the community, is how it is spent, the accountability. What I give you money for today is not what you will be spending it on tomorrow. There is no way to monitor that over time, or to ensure the money I have given you to treat people with schizophrenia in this way is not going to be diverted to someone with an eating disorder tomorrow. There is a lack of accountability on how the money is spent.

Senator Cordy: Do you mean spent by the government?

Ms. Stuart: No, by the programs who receive the funding. They will put forward a proposal to get funding for a certain thing. We call it program drift. Six months or a year later it has drifted into another program. The people that were originally supposed to be serviced are gone. They are not in the picture any more and some other program is asking for more money to service that population. Once they realize that they are difficult to serve, or they do not have a service that matches the needs or the expertise to do it, they will drift away again. We do not have a way of ensuring at the community level that the money stays in the community and is protected for the reasons it was put there in the first place; nor do we have a way to know we matched services to needs. Therefore, we tend to use services at either end of the

sommes faramineuses sont affectées aux services coercitifs, comme les équipes dynamiques de traitement communautaire qui peuvent rendre visite aux gens sur une base quotidienne pour s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments. Ces ressources ne sont pas bien appuyées par des recherches probantes et elles ne sont pas populaires parmi les gens qui en bénéficient. Il n'y a pas suffisamment d'autres services que les gens souhaitent utiliser, avec de longues listes d'attente. Si l'argent était affecté à des services efficaces parce que les gens les veulent, et pas tant à des services qui leur sont imposés de force, il aurait un effet plus positif et ce serait de l'argent mieux dépensé.

Un autre exemple serait les initiatives des survivants de la consommation, comme les autres milieux de travail des survivants de la consommation qui ont créé des emplois pour des gens que l'on croyait auparavant incapables de les tenir. Elles ont permis d'économiser des sommes colossales parce qu'elles réduisent l'utilisation de lits d'hôpitaux. Elles sont rentables en plus d'être efficaces sur le plan humain.

Mme Stuart: Si vous posiez aujourd'hui la question à la plupart des gouvernements provinciaux, ils vous répondraient qu'ils ont les ressources communautaires. Ils pourraient probablement mentionner plus d'argent qu'ils n'en ont jamais investi dans les ressources communautaires par le passé. En Ontario, nous engloutissons beaucoup d'argent dans les ressources communautaires. Je ne pense pas qu'il faille les convaincre qu'il s'agit d'une chose importante à faire. Ils le savent déjà. Je pense qu'ils répondraient qu'ils le font. Si vous examinez l'argent qui est investi dans la collectivité, l'écart se trouve dans la façon dont l'argent est dépensé, au niveau de la responsabilité. Le poste pour lequel je vous donne de l'argent aujourd'hui n'est pas celui pour lequel vous le dépenserez demain. Au fil du temps, il n'y a aucun moyen de surveiller cela ou de s'assurer que l'argent que je vous ai accordé pour traiter les schizophrènes de cette façon ne sera pas détourné demain vers quelqu'un ayant des troubles alimentaires. Il y a un manque de responsabilité à propos de la façon dont l'argent est dépensé.

Le sénateur Cordy: Voulez-vous dire dépensé par le gouvernement?

Mme Stuart: Non, par les programmes qui bénéficient du financement. Ils rédigent une proposition pour obtenir un financement pour une certaine chose. Nous appelons cela la dérive des programmes. Six mois ou un an plus tard, l'argent a dérivé vers un autre programme. Les gens qui étaient supposés bénéficier de ce service au départ sont partis. Ils ne sont plus dans le décor et un autre programme demande davantage d'argent pour desservir cette population. Une fois qu'ils se rendent compte qu'ils sont difficiles à desservir, ou qu'ils n'ont pas de services correspondant aux besoins ou à l'expertise pour le faire, il y a de nouveau une dérive. Nous n'avons pas de moyen de garantir au niveau communautaire que l'argent demeure dans la collectivité et est protégé pour les raisons pour lesquelles il a été investi là en

spectrum, overly coercive or intensive services or not intensive enough. People are not getting the things they need in the middle.

Senator Cordy: Ms. Chambers, you made the comment in your closing remarks and I wanted more explanation. I think I got some of it when you were discussing the community and you said that real choices need to exist. You mentioned that people are not necessarily getting the community resources that they want. Is that what you meant by that term?

Ms. Chambers: Yes. As an example, probably the most common complaint by consumer survivors of mental health services is that they rely excessively on medication. People who want support, say some therapy, end up seeing a doctor once every three weeks to get their medication adjusted. They see them for 10 minutes, and that is the support they get when they are living in the community.

They can get daily visits from community team members, but this consists of a person being handed their medication, swallowing it and the person leaving. There is a great deal of research evidence to support that other alternatives are more effective and less costly than a lot of the alternatives that exist today.

For example, an alternative to hospitalization that was found to be extremely effective was something called Soteria House in the United States. Some people were randomly assigned to the hospital as usual and some to this house in which there was one non-professional person who worked with people and talked to them about their experiences. These people had all been diagnosed with schizophrenia. Very few received medication; some received small doses.

In the short run, each group did equally well; in the long run, the people in the house did better. They reintegrated into society and were not constantly using the mental health system. Thirty articles were written about the project, but it was completely abandoned as an approach, despite consumer survivors clamouring for something like that for decades.

Ontario held province-wide consultations a little over a decade ago about what these people wanted. The results were written up. When an attempt was made to transform them into policy, most of what was found was dropped by the wayside because the people with influence, those delivering the services, had their own ideas about what they wanted to deliver, which carried more weight than what the people who needed the services were saying. That is why money is being spent ineffectively. As was identified

premier lieu; nous n'avons pas non plus de moyen de savoir que nous avons fait correspondre les services aux besoins. Par conséquent, nous avons tendance à utiliser les services à l'une des deux extrémités du spectre, des services exagérément coercitifs ou intensifs ou pas assez intensifs. Les gens n'obtiennent pas les choses dont ils ont besoin au milieu du spectre.

Le sénateur Cordy: Madame Chambers, vous avez fait ce commentaire dans votre exposé de clôture et je voulais d'autres explications. Je pense en avoir obtenu une partie lorsque vous parliez de la collectivité en disant qu'il faut avoir des choix véritables. Vous avez mentionné que les gens n'obtiennent pas forcément les ressources communautaires qu'ils souhaitent. Est-ce bien ce que vous vouliez dire en utilisant ce terme?

Mme Chambers: Oui. Par exemple, la plainte probablement la plus courante de la part de survivants de la consommation de services de santé mentale est qu'ils sont exagérément tributaires des médicaments. Les gens qui veulent du soutien, disons une certaine thérapie, finissent par voir un docteur une fois toutes les trois semaines pour faire ajuster leur médication. Ils le voient pendant 10 minutes et c'est tout le soutien qu'ils obtiennent lorsqu'ils vivent dans la collectivité.

Ils peuvent obtenir des visites quotidiennes de membres des équipes communautaires, mais cela consiste à recevoir ses médicaments, à les avaler et la personne s'en va. Il y a beaucoup de recherches probantes pour attester que d'autres solutions sont plus efficaces et moins coûteuses que bien des options qui existent à l'heure actuelle.

Par exemple, une solution de rechange à l'hospitalisation, qui a été jugée extrêmement efficace, était quelque chose du nom de «Soteria House» aux États-Unis. Certaines personnes étaient envoyées au hasard à l'hôpital, comme d'habitude, et certaines dans cette maison dans laquelle une personne non professionnelle travaillait avec les gens et leur parlait de leurs expériences. Toutes ces personnes avaient été diagnostiquées atteintes de schizophrénie. Très peu recevaient des médicaments; certaines en recevaient de petites doses.

À court terme, chaque groupe réussissait aussi bien; à long terme, les personnes habitant dans la maison réussissaient mieux. Elles réintégraient la société et ne recouraient pas constamment au système de santé mentale. Une trentaine d'articles ont été rédigés sur le projet mais il a été complètement abandonné en tant qu'approche, en dépit du fait que les survivants de la consommation réclamaient à grands cris quelque chose du genre depuis des décennies.

L'Ontario a tenu des consultations à l'échelle de la province il y a un peu plus d'une décennie sur ce que ces gens voulaient. Les résultats ont été consignés. Lorsqu'une tentative a été faite pour les transformer en politique, la plupart des conclusions ont été abandonnées en cours de route parce que les gens influents, ceux qui offraient les services, avaient leurs propres idées sur la question, qui avaient plus de poids que les paroles des gens ayant besoin des services. C'est la raison pour laquelle l'argent est

in this committee's report about the general health care system, there must be more accountability to the people the system exists to serve.

Senator Keon: Mr. Storey, I want to take you back to something you said that was very interesting and reinforces the fact that when we talk about our great health care system in Canada, we in fact do not have a system. You mentioned that patients can get to see a family doctor only four or five times a year unless that doctor sees them for nothing. Surely, this is just not good enough.

I think the problem is that we have not come to grips with the organization of primary care anywhere in Canada. These patients should not have to wait to fall into a hospital, a doctor's office or a police cruiser. A safety net should be there for them once they enter the system. That net could be provided with the proper organization of primary care. I do not think they would have to see a doctor more than four times a year, but other care providers could be there for them when they call.

I would like you to reflect a little on what you can do out there. I know some of the people out there. This committee interviewed some of the primary health care people out there.

What could you do from a mental health point of view to move this agenda along so that the forces for mental health would at least have that base to build on, as the total program approach got organized?

Mr. Storey: That is a complex question. Individuals who design programs for people with mental illness and who make decisions about how money is spent should talk to people with mental illness.

In relation to what Senator Fairbairn said earlier about the waiting list to get out of Riverview Hospital versus the issue of the course of treatment, people with mental illness vote with their feet. Services that they do not value are not well used; services that they do value are very well utilized and are often overwhelmed.

Before I came to the National Parole Board, I was an instructor with a community support worker program at a local community college. I was responsible for designing a training program for community support workers to work with people with mental illness. I believe we need more community support workers. It is great to have psychiatric social workers and psychologists and psychiatrists. We need those folks to support people when they are in particular distress and when their problems are particularly complicated. However, the people I know well, some of whom I count as my friends, talk about the importance of having someone there when they need them after 4:30 and on weekends. Community support workers can do that. For example, they may need support dealing with their

dépensé de façon inefficace. Tout comme le rapport de votre comité l'a identifié, à propos du système général de soins de santé, il faut une plus grande responsabilité vis-à-vis des gens que le système est censé desservir.

Le sénateur Keon: Monsieur Storey, je voudrais vous ramener à quelque chose que vous avez dit qui était très intéressant et renforce le fait que, lorsque nous parlons de notre fameux système de soins de santé au Canada, en fait nous n'avons pas de système. Vous avez mentionné que les patients ne peuvent voir un médecin de famille que quatre ou cinq fois par an, à moins que ce docteur ne les voit pour rien. Assurément, ce n'est tout simplement pas assez bien.

Je pense que le problème vient du fait que nous n'avons pas réussi à maîtriser l'organisation des soins primaires partout au Canada. Ces patients ne devraient pas avoir à attendre pour se retrouver dans un hôpital, un cabinet de médecin ou une voiture de patrouille. Une fois qu'ils entrent dans le système, il devrait y avoir un filet de sécurité pour eux. Ce filet pourrait être offert avec le mécanisme approprié des soins primaires. Je ne pense pas qu'ils auraient à voir un médecin plus de quatre fois par an, mais d'autres dispensateurs de soins pourraient être là pour eux en cas d'appel.

J'aimerais que vous réfléchissiez un peu sur ce que vous pouvez faire dans de telles circonstances. Je connais certaines des personnes qui travaillent là. Notre comité a interviewé certains des dispensateurs de soins de santé primaires sur le terrain.

Que pourriez-vous faire, du point de vue de la santé mentale, pour faire avancer ce programme afin que les forces destinées à la santé mentale disposent au moins de cette base pour s'appuyer au départ, à mesure que l'approche du programme global s'organiserait?

M. Storey: C'est une question complexe. Les personnes qui conçoivent les programmes destinés aux malades mentaux et qui prennent les décisions sur la façon de dépenser l'argent devraient parler aux malades mentaux.

À propos de ce qu'a dit le sénateur Fairbairn plus tôt au sujet de la liste d'attente pour sortir de l'Hôpital Riverview, par rapport à la question de la durée du traitement, les personnes atteintes d'une maladie mentale votent avec leurs pieds (en allant ailleurs). Les services qu'elles n'apprécient pas ne sont pas bien utilisés; les services qu'elles apprécient sont très bien utilisés et sont souvent débordés.

Avant mon arrivée à la Commission des libérations conditionnelles, j'étais instructeur dans un programme d'employés de soutien communautaire dans un collège communautaire local. J'étais chargé de concevoir un programme de formation pour les employés de soutien communautaire en vue de travailler avec les malades mentaux. J'estime qu'il nous faut davantage d'employés de soutien communautaire. C'est formidable d'avoir des travailleurs sociaux psychiatriques ainsi que des psychologues et des psychiatres. Nous avons besoin de ces gens-là pour appuyer des personnes lorsqu'elles se retrouvent dans une détresse particulière et lorsque leurs problèmes sont particulièrement complexes. Cependant, les personnes que je connais bien, et dont je considère certaines au nombre de mes ami

landlord. They may need support dealing with the difficult person down the hallway who is making too much noise. They may need support making friends and establishing relationships.

There is nothing more salutary than a good friend or even a lover. Many people with mental illness are not even given the opportunities or the support they need to develop intimate relations, which are important to good mental health.

As Commissioner Romanow said, primary care needs to take place as close to the home as possible. It needs to address the daily issues of the quality of life, the health indicators that are important to us all.

I am not sure if I am answering your question.

Senator Keon: You are trying. You are coming close.

The health field is fragmented right now with all the health disciplines and health facilities. As a common denominator, we need community clinics where the kind of community person you are speaking about could be associated with something broader. It seems to me that it would not be a Herculean task to organize such clinics, but there is resistance from the establishment.

Mr. Storey: I think the problem is also the approach regarding how we look at people with mental illness.

In British Columbia, there is a model of looking at people with developmental disabilities in terms of what they can or cannot do rather than their diagnosis. The medical model is still predominant. It seems you have to fit into a category to get service. We have programs for people with schizophrenia and programs for people with bipolar affective disorder. In the disabilities field, we do not see that. People's diagnoses are usually in the files somewhere, but on a day-to-day basis, they look at what the person is interested in doing, and they try to facilitate that. Any problems are seen as obstacles to be overcome. I do not see that approach generally being taken with people with mental illness, although there are programs out there that do focus on that. Those are the programs that attract people. Unfortunately, those are the programs that usually have short-term funding.

Senator Keon: I will lead Dr. Stuart into a real minefield.

Dr. Stuart, you mentioned substance abuse. With alcohol, for example, if a mentally ill person has a drink and becomes inebriated, provided they not do any harm to anyone, it does not do them any harm. However, if they use an illegal drug and are

(e)s, parlent de l'importance d'avoir quelqu'un là lorsqu'elles en ont besoin, après 16 heures 30 et les fins de semaine. Les employés de soutien communautaire peuvent faire cela. Par exemple, elles peuvent avoir besoin de soutien pour traiter avec leur propriétaire. Elles peuvent avoir besoin de soutien pour traiter avec la personne difficile qui fait trop de bruit dans le couloir. Elles peuvent avoir besoin de soutien pour nouer des amitiés et établir des relations.

Il n'y a rien de plus salutaire que d'avoir un bon ami ou même un amoureux. Bon nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale ne se voient même pas offrir les possibilités ou le soutien dont elles ont besoin pour développer des relations intimes, qui sont importantes pour une bonne santé mentale.

Comme l'a dit le commissaire Romanow, les soins primaires doivent être dispensés aussi près que possible du domicile. Ils doivent aborder les problèmes quotidiens de la qualité de vie, les indicateurs de la santé qui sont importants pour nous tous.

Je ne suis pas certain d'avoir répondu à votre question.

Le sénateur Keon: Vous essayez, vous n'en êtes pas loin.

À l'heure actuelle, le domaine de la santé est fragmenté avec toutes les disciplines de la santé et tous les établissements de santé. Comme dénominateur commun, nous avons besoin de cliniques communautaires dans lesquelles le genre de personne communautaire dont vous parlez pourrait être associée à quelque chose de plus vaste. Il me semble que cela ne serait pas une tâche herculéenne d'organiser de telles cliniques, mais on constate une résistance de la part de la classe politique.

M. Storey: Je pense que le problème est également l'approche concernant la façon dont nous regardons les malades mentaux.

En Colombie-Britannique, il existe un modèle pour regarder les gens ayant des troubles de développement, en termes de ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire, plutôt qu'en fonction de leur diagnostic. Le modèle médical domine encore. Il semble que vous devez correspondre à une catégorie pour obtenir du service. Nous avons des programmes pour les personnes atteintes de schizophrénie et des programmes pour les personnes atteintes de troubles affectifs bipolaires. Dans le domaine des déficiences, nous ne voyons pas cela. Les diagnostics des gens se trouvent souvent quelque part dans les dossiers mais, sur une base quotidienne, on regarde ce que la personne est intéressée à faire et on essaie de faciliter cela. Tous les problèmes sont considérés comme des obstacles à surmonter. Je ne vois pas cette approche être généralement adoptée avec les gens atteints d'une maladie mentale, même s'il existe là-bas des programmes qui mettent l'accent sur cela. Il s'agit des programmes qui attirent les gens. Malheureusement, ce sont les programmes qui ont habituellement un financement à court terme.

Le sénateur Keon: Je vais amener la Mme Stuart sur un terrain vraiment miné.

Madame Stuart, vous avez parlé de l'abus de substances intoxicantes. Avec l'alcool, par exemple, si un malade mental prend un verre et devient ivre, pourvu qu'il ne cause aucun tort à autrui, cela ne lui cause aucun tort. Toutefois, s'il utilise une

apprehended, they then become a criminal on top of being mentally ill. To me, this is a huge problem. Some of my American friends tell me that the problem is monumental in American jails.

Can the three of you tell us how the situation should be viewed? As you know, there is a Senate committee that has reported on and looked in great depth at the question of illegal drugs and whether we should be treating some of these people as patients or people with an illness rather than as criminals, at least creating as few criminals as possible.

How do you see the handling of illegal drugs in the mentally ill population? It must be a horrendous problem.

Ms. Stuart: It is not just a problem of illegal drugs. When you look at the data, you see it is any kind of substance, including tobacco, for some people with mental illness, alcohol and then illegal drugs, as you have pointed out. We tend now, and also with physical disorders as you have also pointed out, to fragment and put parts of the issue into different systems. The illegal part we give to the police. The substance abuse such as alcohol we give to the addictions system, which is a separate system for the most part, with a few exceptions in Canada. The physical part we give to the GPs. Everything else we probably put somewhere in mental health, either in a hospital or community.

We fail to recognize that all these things co-occur in these people. They may have physical disorders and substance abuse problems and are dependent on illegal drugs. Sometimes we think there may be self-medication, perhaps because they are in the community and they have more opportunities now than they ever did before. We do not have a way of dealing with these issues. We do not even have a good way of identifying the problem.

Most people with concurrent substance abuse problems who come into the mental health system are not identified. Therefore, how to deal with it as a secondary issue and how to identify it is the big problem.

When you send people with a mental health problem to a GP, there is good evidence now that their physical disorders are not well addressed. Everything becomes focused on the mental health issue. We have a real problem right around the board with integrating care for these people, figuring out what they need as people, not what they need as body parts, and then figuring out the best way of addressing it. I do not think we have a good way right now. Substance abuse is a huge problem in the United States. The jails are filling up with young women, single moms,

drogue illicite et est appréhendé, alors il devient un criminel en plus d'être un malade mental. Pour moi, c'est un problème énorme. Certains de mes amis américains me disent que le problème est phénoménal dans les prisons américaines.

Pouvez-vous nous dire, tous les trois, de quelle façon il faudrait envisager la situation? Comme vous le savez, un comité du Sénat a fait un rapport et a examiné en profondeur la question des drogues illicites pour savoir si nous devrions traiter certains de ces gens comme des patients ou comme des malades mentaux plutôt que comme des criminels, en créant tout au moins le moins de criminels possible.

Comment voyez-vous le traitement des drogues illicites dans la population des malades mentaux? Cela doit être un problème affreux.

Mme Stuart: Ce n'est pas seulement un problème de drogues illicites. Lorsque vous examinez les données, vous constatez qu'il s'agit de n'importe quelle sorte de substance, incluant le tabac, pour certaines personnes atteintes d'une maladie mentale, l'alcool et ensuite les drogues illicites, comme vous l'avez mentionné. Nous avons tendance à l'heure actuelle, et également avec les troubles physiques comme vous l'avez déjà mentionné, à fragmenter et à mettre des éléments du problème dans des systèmes différents. Nous confions la partie illégale à la police. L'abus de substances intoxicantes, comme l'alcool, est confié au système des toxicomanies, qui est un système distinct dans la majeure partie des cas, avec quelques exceptions au Canada. La partie physique est confiée aux omnipraticiens. Nous mettons probablement tout le reste quelque part dans la santé mentale, dans un hôpital ou dans la collectivité.

Nous ne reconnaissons pas que toutes ces choses arrivent simultanément chez ces personnes-là. Elles peuvent avoir des troubles physiques et des problèmes d'abus de substances intoxicantes et être dépendantes de drogues illicites. Parfois, nous pensons qu'il peut y avoir de l'automédication, peut-être parce qu'elles se trouvent dans la collectivité et qu'elles ont davantage de possibilités maintenant que jamais auparavant. Nous n'avons pas de moyen d'aborder ces questions. Nous n'avons même pas un bon moyen d'identifier le problème.

La plupart des gens ayant des problèmes simultanés d'abus de substances intoxicantes, qui arrivent dans le système de santé mentale, ne sont pas identifiés. Par conséquent, le gros problème consiste à savoir comment aborder cela comme une question secondaire et comment les identifier.

Lorsque vous envoyez des personnes atteintes d'une maladie mentale à un omnipraticien, il existe actuellement de bonnes preuves que leurs troubles physiques ne sont pas bien étudiés. Tout devient centré sur le problème de santé mentale. Nous avons un véritable problème généralisé avec l'intégration des soins destinés à ces gens, en se demandant de quoi ils ont besoin comme personne, non pas de quoi ils ont besoin comme parties du corps, et en se demandant ensuite quelle est la meilleure façon d'aborder le problème. Je ne pense pas que nous ayons une bonne façon à

people who have these issues, and this is not the solution. I do not have a fast solution for you, but I can tell you it is a major problem.

Senator Keon: Can I lead you down the road a little bit before you respond, Ms. Chambers? Take a 16-year-old woman who is about to become a single mother. She gets arrested for smoking marijuana. Her life is derailed — for life. She will never get into university. She will never work for a government agency. She will not be able to travel outside the country. Even if you rehabilitate this person, she will not be able to care for her offspring, and probably will revert to a life of crime.

I would like you to address that. I think in mental illness this is truly a double whammy that society is not looking at, at all.

Ms. Stuart: I suppose one thing you could do is decriminalize marijuana, but I would not want it decriminalized for one group of people in society and not another. That is reverse discrimination.

Some of the consumers I have talked to often say, “We are fed up with getting a special treatment in the jail system and being forensic patients. Just charge us and send us to jail like anyone else and we will be out on the streets faster than if we had to go through a forensic system and subject ourselves to fitness to stand trial and all of these different things.”

I do not know that decriminalization is the answer. Societies have been debating that issue for a long time. I do not think that we should be making special dispensation for one group on the basis of a mental illness if we are not prepared to do it for everyone. I would like to see something that looks equitable across the board. If we consider that it is an issue for everyone, including a single mom, we should be dealing with it, but not specifically because a person has mental illness. I do not know if that is what you wanted to hear.

Senator Keon: I just wanted to hear what you had to say. Thank you.

Ms. Chambers: I agree with that. I do not think that criminalization of drug use is helping anyone. I have learned much about addictions in the last several years, since the Centre for Addiction and Mental Health became a collection of two psychiatric and two addiction institutions. I have learned that it is the same group of people essentially. We have people on the Empowerment Council who represent people who have been in addiction services, but they have also been in psychiatric services. There is not a distinguishable difference between the two groups of people. The underlying issues are the same.

l'heure actuelle. L'abus de substances intoxicantes est un problème gigantesque aux États-Unis. Les prisons se remplissent de jeunes femmes, de mères monoparentales, de gens qui ont ces problèmes, et ce n'est pas la solution. Je n'ai pas de solution instantanée pour vous, mais je peux vous dire que c'est un problème grave.

Le sénateur Keon: Puis-je vous donner quelques indications avant que vous répondiez, madame Chambers? Prenez une jeune fille de 16 ans qui est sur le point de devenir une mère célibataire. Elle se fait arrêter pour avoir fumé de la marijuana. Sa vie vient de dérailler — pour la vie. Elle n'ira jamais à l'université. Elle ne travaillera jamais pour une agence gouvernementale. Elle ne pourra pas voyager en dehors du pays. Même si vous réhabilitez cette personne, elle ne sera pas capable de prendre soin de sa progéniture et reviendra probablement à une vie de crime.

J'aimerais que vous abordiez cette situation. Dans le domaine de la maladie mentale, je pense que c'est vraiment une double malchance sur laquelle la société ne se penche pas du tout.

Mme Stuart: Je suppose qu'une chose que vous pourriez faire consiste à décriminaliser la marijuana, mais je ne souhaiterais pas qu'elle soit décriminalisée pour un groupe de personnes dans la société et pas pour un autre. C'est de la discrimination inversée.

Certains des consommateurs auxquels j'ai parlé disent souvent: «Nous en avons marre d'obtenir un traitement spécial dans le système carcéral et d'être des patients judiciaires. Accusez-nous tout simplement et envoyez-nous en prison comme tout le monde et nous ressortirons plus vite que si nous avions eu à suivre un système judiciaire et à nous assujettir à une aptitude à subir notre procès et à toutes ces différentes choses».

Je ne pense pas que la décriminalisation soit la réponse. Les sociétés débattent de cette question depuis longtemps. Je ne crois pas que nous devrions accorder une dérogation spéciale à un groupe, sur la base d'une maladie mentale, si nous ne sommes pas disposés à le faire pour tout le monde. J'aimerais voir quelque chose qui semble équitable en général. Si nous considérons que c'est un problème pour tout le monde, y compris pour une mère célibataire, nous devrions aborder la question, mais pas spécifiquement parce qu'une personne a une maladie mentale. Je ne sais pas si c'est ce que vous souhaitiez entendre.

Le sénateur Keon: Je voulais tout simplement entendre ce que vous aviez à dire. Merci.

Mme Chambers: Je suis d'accord avec cela. Je ne pense pas que la décriminalisation de l'usage de drogues aide qui que ce soit. Au cours des dernières années, j'en ai appris beaucoup sur les toxicomanies depuis que le Centre de toxicomanie et de santé mentale est devenu un regroupement de deux établissements psychiatriques et de deux établissements pour les toxicomanies. J'ai appris que c'est essentiellement le même groupe de gens. Au Conseil d'habilitation, nous avons des gens qui représentent les personnes qui se sont retrouvées dans des services de toxicomanie, mais elles s'étaient également retrouvées dans des services psychiatriques. Il n'y a pas de différence reconnaissable entre les deux groupes de personnes. Les problèmes sous-jacents sont les mêmes.

The experience of having been abused is overwhelmingly frequent, as well as not having had much assistance for that throughout life. Poverty is a constant. It is a degrading and limiting experience in people's lives.

What some of the people on the council with addictions say is that they spent a lot of time in the mental health system before they finally entered the addictions system. They did not feel they got any help in the mental health system. That was not so much because it did not address their addictions as because it did not address the other, underlying issues. It is different in the addictions system because more people are hired in the addictions system who have recovered from addictions. You get the double benefit. They have a better sense of what the problems are and how to help the person to address them. Also, you get the positive example that goes with someone who was there and is now doing better.

People with addictions themselves, I find, vary in what they think is helpful. Some people think having repercussions at some point was helpful to them in getting off excessive substance use. Others have found that it just delayed their ability to do anything because they were struggling with the criminal justice system, and that prevented them from being able to do anything productive for a period of time.

I agree that the solution to the negative effect of the criminalization of substance use needs to be a broadly resolved question.

Mr. Storey: In Vancouver, we do not have a problem with drug use.

Actually, it is a huge issue in Vancouver, as you well know. It is a huge problem for people with mental illness as well. It is not just the Americans who have a problem with it. A recent study done in the Pacific region found that 80 per cent of the people admitted to the federal prison system have a substance abuse problem related to their criminal behaviour. About 17 per cent had a major mental illness as well, incidentally.

The harm reduction model is in vogue. It is dominant in Vancouver. I think that is the appropriate way to go. It would be interesting to see how the mental health court and drug court would work in Vancouver. We do not have those at present, but they are experiments taking place in other areas. I do not know that all the research is in yet as to whether or not they are effective.

I can speak from personal experience. My son, as I already mentioned, has had several psychiatric hospitalizations. Last fall, he discovered crack cocaine and began using it and got in trouble with the law. It has been a journey that has been difficult for him and certainly difficult for me as his dad.

L'expérience d'avoir été victime d'abus est extrêmement fréquente, ainsi que le fait de n'avoir pas reçu beaucoup d'aide pour cela durant sa vie. La pauvreté est une constante. C'est une expérience dégradante et contraignante dans la vie des gens.

Ce que disent certaines des personnes siégeant au conseil, avec des toxicomanies, c'est qu'elles ont passé beaucoup de temps dans le système de santé mentale avant d'entrer finalement dans le système des toxicomanies. Elles n'ont pas le sentiment d'avoir obtenu une aide quelconque dans le système de santé mentale. Ce n'était pas tant à cause du fait qu'on ne se préoccupait pas de leur toxicomanie que parce qu'on ne se penchait pas sur les autres problèmes sous-jacents. C'est différent dans le système des toxicomanies car davantage de gens qui ont guéri d'une toxicomanie sont embauchés dans le système des toxicomanies. Vous obtenez le double avantage. Ils ont une meilleure idée des problèmes et de la façon d'aider la personne à les surmonter. En outre, vous obtenez l'exemple positif qui colle à la peau de quelqu'un qui était dans le pétrin et qui va mieux maintenant.

Je constate que les toxicomanes eux-mêmes ont des idées différentes sur ce qu'ils pensent être utile. Certains pensent qu'avoir des répercussions à un moment donné a été utile pour leur permettre de se sortir de l'usage excessif de drogues. D'autres ont constaté que cela n'a fait que retarder leur aptitude à faire n'importe quoi parce qu'ils luttait avec le système de justice pénale et que cela les empêchait de pouvoir faire des choses productives pendant un certain temps.

J'admets que la solution à l'effet négatif de la criminalisation de l'usage des drogues doit être une question qui sera résolue au sens large.

M. Storey: À Vancouver, nous avons un problème avec l'abus de drogues.

En réalité, c'est un problème énorme à Vancouver, comme vous le savez bien. C'est également un grave problème pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. Ce ne sont pas seulement les Américains qui ont un problème avec cela. Une étude récemment effectuée dans la région du Pacifique a révélé que 80 p. 100 des gens admis dans le système carcéral fédéral ont un problème d'abus de drogues en rapport avec leur comportement criminel. Incidemment, environ 17 p. 100 avaient également une grave maladie mentale.

Le modèle de réduction des méfaits est à la mode. Il est dominant à Vancouver. Je pense que c'est la démarche appropriée à suivre. Il serait intéressant de voir comment le tribunal de la santé mentale et le tribunal des drogues fonctionneraient à Vancouver. Nous n'en avons pas à l'heure actuelle mais ce sont des expériences qui se déroulent dans d'autres régions. Je n'ai pas connaissance que toutes les recherches sont terminées actuellement pour savoir si oui ou non elles sont efficaces.

Je peux parler par expérience personnelle. Comme je l'ai déjà mentionné, mon fils a connu plusieurs hospitalisations psychiatriques. À l'automne dernier, il a découvert le «crack» et a commencé à en consommer et à avoir des problèmes avec la loi. C'est un parcours qui a été difficile pour lui et certainement pour moi, son père.

The court system does not respond well to people in that situation. I am fortunate in that I have an income and some understanding and can support him. I can afford a good lawyer and so he managed to avoid jail, thank goodness. I do not think that would have been supportive of his recovery, either emotionally or in terms of his substance abuse.

He is doing well, I want to assure you, right now. We are hanging on by the skin of our teeth. A harm reduction model is the way to go.

Ms. Chambers: You might be interested in a study of the drug court in Toronto by Professor Benedikt Fischer of the University of Toronto. One of his conclusions was that while the drug court has some advantages, it still takes a punitive approach. He believes it is not the best approach to take to addictions.

Senator Keon: Thank you. Your information has been great.

Senator Cook: We all have our stories and to Mr. Storey, I want to say that I can share my story. After the death of my husband, my teenaged daughter became severely anorexic. The system was not there for her. We tried to access the services and the wait was six months. We walked our road and we are fine now. I am sure you will be, too.

I have a compelling question for you. I have thought about mental diseases, mental illness and depression. My first question is: Is the Canadian Mental Health Act adequate to serve today's society, given that there are so many in need? Health is a federal responsibility that is delivered provincially. Now, if I break my leg, it is fine because I can get it fixed and come home. However, for a consumer of mental health services, it is 24/7 and around the clock, is it not? The element of stigma occurs at every level of contact. I wrote down the areas where I believe that common protocols were essential: family, friends, emergency rooms, medicare, the justice system, police, courts and prison. Through all the things I heard you say, there was a common element of the lack of a national protocol to help to understand and to treat the person with mental illness. I would like you to comment on that. It is all part of the psyche of what we are trying to do. For the past 20 years, or so, I have been a member of a board and a front-line worker in a social centre for consumers of mental health. It is one of the better things I have done in my life, including being in the Senate.

Ms. Stuart: I think you have really put your finger on the problem when it comes to mental health or mental illness. There are so many different players involved that it is almost an overwhelming task to get them all on board and doing the same things, and add to the mix, ideological splits between disciplines, and consumer survivor and advocacy groups that want to have certain things and not others. How do you sort through all of this to address what people need — whose needs, under what

Le système judiciaire ne réagit pas bien aux personnes dans cette situation. Je suis chanceux d'avoir un revenu et une certaine compréhension et de pouvoir l'appuyer. Je peux me payer un bon avocat et, grâce à Dieu, il a réussi à éviter la prison. Je ne pense pas que cela aurait été positif pour son rétablissement, sur le plan émotionnel ou pour son abus de drogues.

Je tiens à vous assurer qu'il va bien à l'heure actuelle. Nous tenons bon par la peau des dents. Un modèle de réduction des méfaits est la solution à adopter.

Mme Chambers: Une étude du tribunal des drogues à Toronto, réalisée par le professeur Benedikt Fischer de l'Université de Toronto, pourrait vous intéresser. L'une de ses conclusions disait que bien que le tribunal des drogues présente certains avantages, il adopte encore une approche punitive. Il estime que ce n'est pas la meilleure approche à adopter dans le cas des toxicomanies.

Le sénateur Keon: Merci. Vos informations ont été formidables.

Le sénateur Cook: Nous avons tous nos histoires et je tiens à dire à monsieur Storey que je peux partager la mienne. Après le décès de mon mari, ma fille adolescente est devenue gravement anorexique. Le système n'était pas là pour lui venir en aide. Nous avons essayé d'avoir accès aux services et l'attente était de six mois. Nous avons parcouru notre chemin et nous sommes bien maintenant. Je suis persuadée que vous le serez aussi.

J'ai une question contraignante pour vous. J'ai réfléchi au sujet des maladies mentales, de la maladie mentale et de la dépression. Ma première question est la suivante: la Loi sur la santé mentale du Canada est-elle adéquate pour servir la société contemporaine, étant donné qu'il y a tant de gens dans le besoin? La santé est une responsabilité fédérale qui est dispensée à l'échelle provinciale. Aujourd'hui, si je me casse une jambe, c'est parfait car je peux la faire réparer et rentrer à la maison. Cependant, pour un consommateur de services de santé mentale, c'est un besoin présent 24 heures sur 24 sept jours par semaine sans interruption, n'est-ce pas? L'élément du stigmate se produit à chaque niveau de contact. J'ai noté les domaines dans lesquels je pense que des protocoles communs sont essentiels: la famille, les amis, les salles d'urgence, l'assurance-maladie, le système juridique, la police, les tribunaux et la prison. Parmi toutes les choses que je vous ai entendu dire, un élément commun ressortait, à savoir l'absence d'un protocole national pour aider à comprendre et à traiter la personne atteinte d'une maladie mentale. J'aimerais avoir vos commentaires là-dessus. Cela fait partie du principe de vie de ce que nous essayons de faire. Au cours des 20 dernières années, ou à peu près, j'ai été membre d'un conseil et intervenante de première ligne dans un centre social pour consommateurs du système de santé mentale. C'est l'une des meilleures choses que j'ai faites dans ma vie, y compris de siéger au Sénat.

Mme Stuart: Je pense que vous avez vraiment mis le doigt sur le problème lorsqu'il s'agit de la santé mentale ou de la maladie mentale. Il y a tant d'intervenants différents concernés que c'est presque une tâche insurmontable de les amener tous à participer et de faire les mêmes choses, et d'ajouter à l'éventail, les ruptures idéologiques entre les disciplines, et les groupes de survivants de la consommation et de défense des droits qui veulent avoir certaines choses et pas d'autres. Comment faire le tri parmi toutes ces

circumstances and when they need it? We have provincial systems, each of which has a provincial Mental Health Act, each one different across the country although they have many common elements. We have federal legislation — the Criminal Code — that addresses certain aspects when the law is involved. We want to have housing, social services and disability benefits. We want to ensure that people are safe in the community and that the police are not overly punitive. How do you get all of these people to work together? We have been struggling with that in the context of mental health reform in Ontario in our district. Although we do not know for sure, we think it might work if we were to invest in a community mental health group agency program with full responsibility to roster their clients. It would be almost like a primary care model where people belong to this group, and your job is to make sure that they get everything they need. One of the first things that you would have to do is figure out what they do need. That information would have to come from common protocols. They are complex issues.

This is why it is so disconcerting for me to see the acts of omission because if one government agency or one ministry decides that it is not interested in mental health this year, the system begins to fall apart. We rely on them for an important part of the system. Everyone needs to be on board at the same time and working in the same direction. Thus far, nobody has been able to give everyone marching orders to that effect so we struggle and remain frustrated with the way it works.

Senator Cook: How would you see the role of the nurse practitioner in primary care in a mental health setting?

Ms. Chambers: I am not sure if I can answer that question well.

Senator Cook: Perhaps if I added a sentence or two. I want to know about the waiting times that people endure to get help. There is an underutilized group of people that could give the professional and hands-on care that are needed. They could also probably find linkages into the community. I think the nurse practitioner would probably be able to provide some of those elements.

Ms. Chambers: You are talking about the bottleneck that happens because of an over reliance on everyone seeing a psychiatrist. A nurse practitioner would be one option for getting around that. I think that we need to address that but the answer is broader than that.

Patrick was talking about the community support people that are needed but they do not need to be the medical community support people. People who would see them as complete human beings and relate to us that way is what we want more than anything else.

choses pour s'occuper des besoins des gens — quels besoins, dans quelles circonstances et à quel moment? Nous avons les systèmes provinciaux, chacun ayant une loi sur la santé mentale provinciale, chacun étant différent au pays même s'ils ont de nombreux éléments communs. Nous avons la législation fédérale — le Code criminel — qui aborde certains aspects lorsque la loi est concernée. Nous voulons avoir des logements, des services sociaux et des prestations d'invalidité. Nous voulons nous assurer que les gens sont en sécurité dans la collectivité et que la police n'adopte pas trop de mesures punitives. Comment faire en sorte que ces gens collaborent? Dans notre district, nous nous sommes débattus avec cela dans le contexte de la réforme de la santé mentale en Ontario. Même si nous ne le savons pas avec certitude, nous pensons que cela pourrait fonctionner si nous investissions dans un programme collectif de santé mentale communautaire ayant la pleine responsabilité pour suivre ses clients. Ce serait presque comme un modèle de soins primaires dans le cadre duquel les gens appartiennent à ce groupe, et votre travail consiste à vous assurer qu'ils obtiennent tout ce qu'il leur faut. L'une des premières choses que vous auriez à faire serait de déterminer leurs besoins. Cette information devrait provenir de protocoles communs. Ce sont des questions complexes.

C'est la raison pour laquelle il est si déconcertant pour moi de voir les actes d'omission parce que, si une agence gouvernementale ou un ministère décide qu'il n'est pas intéressé par la santé mentale cette année, le système commence à se désagréger. Nous sommes tributaires d'eux pour une partie importante du système. Il faut que tout le monde soit à bord en même temps et travaille dans la même direction. Jusqu'à présent, personne n'a été capable de donner à tout le monde les instructions pour travailler ensemble, si bien que nous continuons à nous battre et nous demeurons frustrés par le mode de fonctionnement du système.

Le sénateur Cook: Comment verriez-vous le rôle de l'infirmière praticienne dans les soins primaires dans un établissement de santé mentale?

Mme Chambers: Je ne suis pas certaine de pouvoir bien répondre à cette question.

Le sénateur Cook: Je devrais peut-être ajouter une phrase ou deux. Je voudrais connaître les délais que les gens endurent pour obtenir de l'aide. Il y a un groupe de personnes sous-utilisées qui pourraient dispenser les soins professionnels et pratiques qui sont nécessaires. Il est probable qu'elles pourraient également trouver des liens dans la collectivité. J'estime que l'infirmière praticienne serait probablement en mesure de fournir certains de ces éléments.

Mme Chambers: Vous parlez du goulot d'étranglement qui se produit parce que l'on tient exagérément à ce que tout le monde voit un psychiatre. Une infirmière praticienne constituerait une option pour contourner le problème. J'estime que nous devons nous pencher sur cette question mais la réponse est plus vaste que cela.

Patrick a parlé du personnel de soutien communautaire qui est nécessaire mais il ne s'agit pas forcément du personnel médical de soutien communautaire. Ce que nous voulons plus que toute autre chose, ce sont des gens qui les considéreraient comme des êtres humains à part entière et établiraient des rapports avec nous dans ce sens.

I think we need a national strategy to get rid of the worst of the system, to free up the resources for all the good supports that are possible and that people need. We need to examine the whole system for this.

It will not happen unless the system has more accountability to the people that it serves. Otherwise, there would simply be vested-interest silos of people whose primary interest would be in keeping resources, which is understandable, but it would not lead to the effective resourcing of services and to good ends for the recipients.

Senator Cook: I want to leave this with you. My little drop-in centre sees about 95 to 100 people per day. People who use it have been able to take charge of their own lives at their current level. They have forged the community within themselves. Their greatest strength is the feeling of community in that setting. That is a good news story.

Ms. Chambers: I agree absolutely.

The Deputy Chairman: I would like to thank our witnesses today.

The committee adjourned.

Je pense qu'il nous faut une stratégie nationale pour nous débarrasser des pires éléments du système, pour libérer les ressources pour tous les bons soutiens qui sont possibles et dont les gens ont besoin. Pour cela, il faut examiner l'ensemble du système.

Cela n'arrivera pas, à moins que le système n'ait davantage à rendre compte aux personnes qu'il dessert. Autrement, il y aurait simplement des gens aux intérêts dévolus, dans leurs tours d'ivoire, dont l'intérêt principal serait de conserver les ressources, ce qui est compréhensible, mais cela n'aboutirait pas à l'utilisation efficace des services et à de bons résultats pour les bénéficiaires.

Le sénateur Cook: Je voudrais vous laisser ce commentaire. Ma petite halte-accueil voit passer environ 95 à 100 personnes par jour. Les gens qui la fréquentent ont réussi à prendre en main leur propre vie à leur niveau actuel. Ils ont façonné difficilement une collectivité à l'intérieur d'eux-mêmes. Leur plus grande force est le sentiment communautaire dans cet environnement. C'est une bonne nouvelle.

Mme Chambers: Je suis tout à fait d'accord.

La vice-présidente: Je tiens à remercier nos témoins qui sont venus ici aujourd'hui.

La séance est levée.



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

From the Province of British Columbia:

Mr. Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health.

From Queen's University:

Ms. Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Ms. Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator

TÉMOINS

De la province de la Colombie-Britannique:

M. Patrick Storey, président, Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale.

De l'Université Queen's:

Mme Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation.