



Second Session
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 28, 2003
Thursday, May 29, 2003

Issue No. 16

Ninth and tenth meetings concerning:
Mental Health and Mental Illness

WITNESSES:
(*See back cover*)

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

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 28 mai 2003
Le jeudi 29 mai 2003

Fascicule n° 16

Neuvième et dixième réunions concernant:
La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS:
(*Voir à l'endos*)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

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

* *Ex Officio Members*

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*

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2003
(22)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:00 p.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche and Rossiter (9).

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

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee continued its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the Canadian Institutes of Health Research:

Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health.

From the University of Manitoba:

Mr. John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Ms. Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services.

As an individual:

Ms. Nancy Hall, Mental Health Consultant.

John Arnett, Bronwyn Shoush, Nancy Hall and Rena Scheffer each made a presentation and answered questions.

At 6:23 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, May 29, 2003
(23)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:06 a.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2003
(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche et Rossiter (9).

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

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité poursuit 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:

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

Mme Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones.

De l'Université du Manitoba:

M. John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Mme Rena Scheffer, directrice, Service d'information et d'éducation du public.

À titre personnel:

Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale.

John Arnett, Bronwyn Shoush, Nancy Hall et Rena Scheffer font à tour de rôle un exposé et répondent aux questions.

À 18 h 23, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 29 mai 2003
(23)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 06, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche and Rossiter (7).

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

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee continued its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the University of Toronto:

Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health.

From the University of Calgary:

Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry.

From the University of Manitoba:

Mr. Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme.

From the Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Ms. Margaret Synyshyn, President.

David Marsh, Donald Addington, Robert McIlwraith and Margaret Synyshyn each made a presentation and answered questions.

The Honourable Fairbairn moved — That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Sciences and Technology approve the transfer of \$ 300 from the heading of “Transport and Communications” to the heading of “All Other Expenditures.”

The question being put on the motion, it was adopted.

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

ATTEST:

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche et Rossiter (7).

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

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité poursuit 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 les maladies mentales.

TÉMOINS:

De l'Université de Toronto:

Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

De l'Université de Calgary:

Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie.

De l'Université du Manitoba:

M. Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique.

De l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:

Mme Margaret Synyshyn, présidente.

David Marsh, Donald Addington, Robert McIlwraith et Margaret Synyshyn font à tour de rôle un exposé et répondent aux questions.

L'honorable sénateur Fairbairn propose — Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie approuve le transfert de 300 \$ de la rubrique «Transports et Communications» à la rubrique «Toutes autres dépenses».

La question, mise aux voix, est adoptée.

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

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2003

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

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

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we will begin.

We have four witnesses. We will hear briefly from all of them with a short opening statement. Their longer written statements are available to committee members.

Mr. Arnett is head of the Department of Clinical Health Psychology in the Faculty of Medicine, University of Manitoba. I am curious, Mr. Arnett, that your title says “psychology” and not “psychiatry.” You can tell me about that in a minute.

We have Ms. Bronwyn Shoush, who is based in Edmonton; Ms. Nancy Hall, a mental health consultant from the West Coast, formerly from Winnipeg; and Ms. Rena Scheffer of the former Clark Institute, now called the Centre for Addiction and Mental Health.

As many of you will recall, Dr. David Goldbloom, who was until recently the chief medical officer for the Centre for Addiction and Mental Health, is the special adviser to this committee.

Thank you all for coming from all parts of the country.

Mr. John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine, University of Manitoba: Brevity is not one of the vices to which I have been subject, but I will try to be as brief as I can.

This committee will recognize that 20 per cent of Canadians will experience a mental health disorder at some time in their lives; therefore it is a “big deal.” The economic cost of mental health disorders was estimated to be about \$7.3 billion in 1993. Four per cent of all general hospital admissions in 1999 were for mental health disorders.

I will not go over the prevalence of all the disorders, other than to say that 2 per cent of all deaths in Canada annually are due to suicide. Two per cent may not sound like a lot, until you see that 16 per cent of all deaths in those aged 25 to 44 are from suicide; 25 per cent of all deaths of those aged 15 to 24 are from suicide. No one in this room would be concerned about it, but males aged 65 and older are also at significantly increased risk of suicide.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit en ce jour à 16 heures pour examiner les questions soulevées par le dépôt, en octobre 2002, de son rapport final sur l'état du système de santé au Canada, ainsi que pour analyser les développements qui ont suivi. Le comité sera notamment autorisé à aborder les questions concernant la santé et la maladie mentales.

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

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous allons maintenant commencer.

Nous avons quatre témoins. Nous entendrons un bref discours d'ouverture de la part de chacun d'eux. Leurs déclarations écrites complètes sont à la disposition des membres du comité.

M. Arnett est le chef du Département de santé psychologique clinique de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Je suis surpris, monsieur Arnett, que votre titre comporte le mot «psychologie» et non «psychiatrie». Vous pourrez me l'expliquer dans un moment.

Nous accueillons Mme Bronwyn Shoush, qui nous vient d'Edmonton, Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale de la côte Ouest et qui était auparavant de Winnipeg, et Mme Rena Scheffer de l'ancien Institut Clark, maintenant appelé le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Comme plusieurs d'entre vous se souviendront, le Dr David Goldbloom, qui était jusqu'à tout récemment le médecin en chef du Centre de toxicomanie et de santé mentale, est le conseiller spécial de ce comité.

Merci à tous d'être venus de tous les coins du pays.

M. John Arnett, chef du Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine, Université du Manitoba: La concision n'est pas un des vices auxquels je cède, mais j'essaierai d'être aussi concis que possible.

Le comité sait que 20 p. 100 des Canadiens feront face à un trouble de santé mentale à un certain moment de leur vie. Par conséquent, ce sujet est d'une grande importance. En 1993, le coût économique des troubles de santé mentale était évalué à environ 7,3 milliards de dollars. Quatre pour cent des admissions de tous les centres hospitaliers étaient, en 1999, reliées à des troubles de santé mentale.

Je n'insisterai pas sur la prévalence de l'ensemble de ces troubles; qu'il me suffise de mentionner qu'au Canada, chaque année, 2 p. 100 de tous les décès sont associés au suicide. Deux pour cent, ça ne semble peut-être pas beaucoup, mais sachez que 16 p. 100 des décès chez les personnes de 25 à 44 ans sont causés par le suicide et que ce nombre grimpe à 25 p. 100 chez les 15 à 24 ans. Personne dans cette pièce n'est visé par ces chiffres, mais les risques accroissent aussi de manière significative chez les hommes de 65 ans et plus.

A comprehensive study by the World Health Organization, the World Bank and Harvard University revealed that mental health disorders ranked second only to cardiovascular disorders in terms of the burden of illness that they place on people. Mental health problems also caused a greater number of years lost to premature death and years of life lived with disability than did all cancers. This brief run of statistics suggests that mental health is a significant problem that impacts on all Canadians, their families and their communities as a whole.

When we start to talk about stigmatization, we can start to talk about the partitioning of mental and physical health. This flows from René Descartes' philosophy of dualism — there is a mind and there is a body and they are separate and distinct. However, the point is that the development of mental hospitals, which ultimately came into being as distinct from general hospitals, probably contributed to the stigmatization of those with mental health disorders, in that mental hospitals were often located in the very remote parts of our country. That served to reinforce the notion that those with mental illnesses must be dangerous and somehow kept apart from those with other health disorders.

I will not go into the theories of causation with regard to mental health disorders, other than to say this: Dramatic developments in biology, genetics and imaging techniques sometimes so captivate our imagination that we are led to biological reductionism and an oversimplification of mental health problems by focusing only on biological aspects and brain images, forgetting that these disorders also occur within the context of a social environment and a psychological state of affairs. If you want to understand mental health disorders, you have to understand not only their biology, but also their sociology and psychology. Those must be integrated into one format if anything is going to make any sense.

It is clear that stigmatization has existed with regard to mental health problems since the recording of history. However, there are indications that stigmatization may be increasing rather than diminishing. That is a significant issue for us. We know that it prevents individuals from acknowledging to themselves their mental health problems, let alone to anyone else. People hide in the closet with these difficulties and do not seek appropriate treatment, in spite of the fact that appropriate treatment is available.

The U.S. Surgeon General issued the first-ever report on mental health in December 1999. It estimated that nearly half of all Americans who had a severe mental health disorder, and nearly two-thirds of those with a diagnosable mental health problem, did not seek treatment because of the fear of stigmatization.

Une étude approfondie menée par l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et l'Université Harvard a révélé que les troubles de santé mentale se classent au deuxième rang, tout juste derrière les troubles cardiovasculaires, en ce qui a trait au fardeau que cette maladie impose aux gens. Les problèmes mentaux sont aussi à l'origine d'un plus grand nombre d'années perdues à cause de morts prématurées et d'années de vie avec une incapacité que le sont tous les cancers réunis. Cette courte série de statistiques permet de voir que la santé mentale est un problème important qui touche tous les Canadiens, leurs familles et leur communauté.

Pour aborder le sujet de la stigmatisation, nous pouvons d'abord nous pencher sur la séparation de la santé physique et mentale. Cette façon de voir découle de la philosophie de dualisme de René Descartes — il y a l'esprit et il y a le corps et ils sont séparés et distincts. Toutefois, l'évolution des hôpitaux psychiatriques, qui sont, en bout de ligne, eux aussi devenus distincts des hôpitaux généraux, a probablement contribué à la stigmatisation des gens atteints de maladies mentales, puisque les hôpitaux psychiatriques étaient souvent situés dans des régions très éloignées du pays. L'idée que les personnes atteintes de maladies mentales étaient dangereuses et devaient être tenues d'une quelconque façon à l'écart des patients atteints d'autres troubles de santé a, par le fait même, été renforcée.

Je ne m'étendrai pas sur les théories de causalité en ce qui concerne les troubles de santé mentale, mais je dirai ceci: les progrès remarquables de la biologie, de la génétique et de la technique d'imagerie captivent parfois notre imagination au point qu'en ne nous préoccupant que des aspects biologiques et des images du cerveau, nous tendons vers le réductionnisme et la simplification exagérée. Nous oublions que ces troubles surviennent dans le contexte d'un environnement social et d'une situation psychologique. Pour comprendre les troubles de santé mentale, il faut comprendre non seulement leur biologie, mais aussi leur sociologie et leur psychologie. Ces éléments doivent être considérés comme un ensemble afin d'en obtenir une vision sensée.

La stigmatisation est très certainement un aspect récurrent des problèmes de santé mentale dans l'histoire. Il existe toutefois des indications voulant que la stigmatisation s'accroisse au lieu de diminuer. Ce problème est important pour nous. Nous savons qu'il empêche les individus de reconnaître leur problème de santé mentale alors, à plus forte raison, de l'avouer aux autres. Malgré le fait que des traitements adéquats soient disponibles, les gens se cachent avec leurs problèmes et ne cherchent pas les soins appropriés.

Le Surgeon General des États-Unis a publié le tout premier rapport sur la santé mentale en décembre 1999. On y évaluait que près de la moitié des Américains qui souffraient d'un trouble de santé mentale sévère, dont près des deux tiers souffrant d'un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué, ne cherchaient pas d'aide parce qu'ils avaient peur de la stigmatisation.

Many in this room remember the 1972 U.S. presidential election, when U.S. Senator Thomas Eagleton was chosen as a vice-presidential running mate to George McGovern. Senator Eagleton had to withdraw because he acknowledged that he had had nervous exhaustion and had received electric shock therapy for depression. This points to a stigmatization of mental disorders that crosses all occupational, social, cultural and economic boundaries. It is not restricted to just one segment of our society.

We know that stigmatization is characterized by bias, distrust, stereotyping and so on. It frequently reduces an individual's access to resources and opportunities for housing and jobs and ultimately leads to low self-esteem, isolation and hopelessness. There is no question that this occurs in many cases independently of the limitations that may be imposed by the mental health disorders themselves. In other words, stigmatization seems to have an independent capacity to do this.

We know that sensationalized media coverage of people like Andrea Yates, who drowned her children in a bathtub, contributes significantly to stigmatization. We also know that deinstitutionalization without proper community supports created ahead of time has caused many street people with many mental health problems to crop up in our cities, a situation which frightens and upsets the public. These sorts of events also contribute significantly to the stigmatization of those with mental health problems.

I mentioned before that stigmatization may be increasing rather than decreasing. Phelan and his colleagues in a 1997 report compared the public perceptions of mental health disorders in 1950 with those in 1996 and found that the social stigma of mental illness was stronger in 1996. The single most important factor contributing to this increase in stigmatization was the public's perception that people with mental health disorders are dangerous. In other words, they constitute a risk to their health and well-being.

Thirty-one per cent of those questioned in 1996 mentioned violence in their statements about those with mental illness, compared to only 13 per cent in 1950. In other words, stigmatization along the lines of violence has increased rather than decreased.

There is no simple solution to this problem, no simple way to make stigmatization disappear. The Phelan studies suggest that simple increased knowledge about mental health conditions is not enough. In fact, increased knowledge alone may make things worse. However, it is possible that articulating the risk associated with specific mental health disorders and under specific circumstances may be part of the solution to reducing stigmatization.

Clearly, finding more effective treatments for mental health disorders would also serve to reduce stigmatization. However, since stigmatization appears to be so strongly related to the public's perception of risk of violence from people with mental health problems, I tried to summarize the literature. As you can

Plusieurs personnes ici présentes se souviennent de l'élection présidentielle américaine de 1972, durant laquelle le sénateur américain Thomas Eagleton et George McGovern étaient colistiers à la vice-présidence. Le sénateur Eagleton a dû se retirer après avoir admis avoir souffert d'épuisement nerveux et avoir eu recours à des électrochocs comme thérapie contre sa dépression. Cet exemple illustre que la stigmatisation des troubles mentaux dépasse les frontières occupationnelles, sociales, culturelles et économiques. Ce n'est pas uniquement l'affaire d'une partie de la société.

Nous savons que la stigmatisation se caractérise par les préjugés, la méfiance, les stéréotypes, et cetera. L'accès des individus au logement et à l'emploi est fréquemment diminué, ce qui mène en bout de ligne à une faible estime de soi, à l'isolement et au désespoir. Il est évident que ce phénomène se produit dans plusieurs cas indépendamment des limitations qu'imposent en eux-mêmes les troubles de santé mentale. En d'autres termes, la stigmatisation semble avoir le pouvoir indépendant de créer de telles situations.

Nous savons que la couverture médiatique sensationnaliste de gens comme Andrea Yale, qui a noyé ses enfants dans le bain, contribue beaucoup à la stigmatisation. Nous savons également qu'à cause de la désinstitutionnalisation hâtive et sans un support adéquat de la communauté, plusieurs sans-abri souffrant de troubles mentaux abondent dans nos villes, ce qui effraie et contrarie le public. Des situations du genre contribuent énormément à la stigmatisation des gens souffrant de problèmes de santé mentale.

J'ai mentionné plus tôt que la stigmatisation semble s'empirer plutôt que s'améliorer. Dans un rapport publié en 1997, Phelan et ses collègues ont comparé la perception du public face aux maladies mentales en 1950 et en 1996, et ont découvert que les stigmates sociaux à l'égard de ces dernières étaient plus nombreux en 1996. Le facteur ayant contribué le plus à cette augmentation était la croyance des gens qu'une personne souffrant d'un trouble psychique est dangereuse. En d'autres termes, elle représente une menace pour leur santé et leur bien-être.

En 1996, 31 p. 100 des personnes sondées ont affirmé que les personnes atteintes de maladie mentale étaient violentes, alors qu'elles n'étaient que 13 p. 100 à le croire en 1950. En d'autres mots, la stigmatisation inspirée par la peur de la violence a augmenté plutôt que diminué.

Il n'existe pas de solution simple au problème, de méthode simple pour faire disparaître la stigmatisation. Les études de Phelan donnent à penser qu'une connaissance accrue des maladies mentales ne suffit pas. En fait, la connaissance accrue seule pourrait aggraver la situation. Toutefois, expliquer le risque associé à des troubles psychiques spécifiques et dans des circonstances précises pourrait faire partie de la solution pour réduire la stigmatisation.

Sans contredit, la découverte de traitements plus efficaces aiderait à réduire la stigmatisation. Puisque celle-ci semble être intimement liée à la perception publique de menace de violence que représentent les personnes atteintes, j'ai tenté de résumer la documentation existante. Comme vous pouvez l'imaginer, dans

imagine, in any complex literature, there is no uniformity of agreement. Some studies conflict with others, but there are some important conclusions to be drawn.

Researcher John Monahan estimated in 1996 that in the United States, approximately 3 per cent of violence is attributable to those with mental health problems.

What he concluded, therefore, is that if you could cure all of the mental maladies tomorrow, 97 per cent of the violence would remain. In other words, the risk of violence to the general public from those with mental health disorders is quite small and does not correspond to the public's apparent perception of the risk, which leads to an increase in stigmatization.

Although this statement is true, there does appear to be some increased risk of violence from those with mental illnesses. It is wise to acknowledge that. This occurs particularly with those with severe mental illness and is magnified significantly when the individuals are also substance abusers. Monahan found that there was no increased risk of violence in schizophrenics when compared to the base rate of the community unless they were experiencing active psychotic symptoms, and particularly if they were also abusing drugs.

Swanson identified certain symptoms that increased the risk that people with mental illness would act in a violent manner toward others. These psychotic symptoms included delusional beliefs that others were controlling how they moved or thought, against their will; that others were plotting against them, or trying to hurt or poison them; that others were able to insert thoughts directly into their minds or steal their thoughts; and that they were being followed. Those were the psychotic symptoms that increased the risk, and in combination with major mental illness and substance abuse, are the factors that likely lead to an increase in violence, which is what people are afraid of and which leads to stigmatization in significant measure.

Those with anxiety disorders showed no increase in any risk factor with respect to public well-being. Those with affective disorders or depression showed only a very mild increase in risk.

I will not go into all the conditions that might create risk. However, psychotic symptoms of the kind that I have mentioned, substance abuse and major mental health disorders are risk factors.

The position paper by the American Psychiatric Association in 1998 reiterated the point that the vast majority of violent behaviour is caused by people without mental illness. Those most at risk when there is violence are family members. The general public has a relatively low risk. It also points out that people with mental illnesses are themselves at significantly increased risk from harm from others who may fear them and, therefore, react toward them in inappropriate ways, and also from self-harm.

toute documentation complexe, on ne retrouve pas d'accord unanime. Certaines études entrent en contradiction avec d'autres, mais on peut en tirer quelques conclusions importantes.

En 1996, le chercheur américain John Monahan a établi qu'environ 3 p. 100 des actes de violence était attribuable à des personnes atteintes d'un trouble psychique.

Par conséquent, il a conclu qu'en guérissant toutes les maladies mentales demain, 97 p. 100 des cas de violence se produirait. En d'autres mots, le risque de violence encouru par le public au contact de gens au psychisme troublé est faible et apparemment ne correspond pas à l'idée que le public se fait, ce qui mène à l'accroissement de la stigmatisation.

Bien que la dernière affirmation est vraie, les risques de gestes violents de la part de gens au psychisme troublé semblent être plus élevés. Il est sage de le reconnaître. Ces gestes se produisent particulièrement dans les cas de maladie mentale grave et encore davantage lorsque la maladie grave est accompagnée d'une toxicomanie. Le Dr Monahan a découvert que le risque de violence chez les schizophrènes était comparable à la moyenne de la société, sauf si ces derniers présentaient des symptômes de psychose active et encore plus s'ils étaient touchés par une toxicomanie.

Le professeur Swanson a identifié certains symptômes pouvant présenter un risque progressif qu'une personne au psychisme troublé pose un geste violent contre les autres. Parmi ces symptômes, il y a la croyance délirante que les autres contrôlent ses mouvements ou sa pensée contre son gré, que les autres complotent contre elle ou essaient de la blesser ou de l'empoisonner, que les autres peuvent mettre des pensées directement dans son esprit ou les lui voler et qu'elle est suivie. Ces symptômes psychotiques augmentent le risque et, lorsqu'ils sont associés à une maladie mentale grave et à la toxicomanie, présentent des facteurs de risque accru de violence, ce qui effraie la population et l'incite notablement à stigmatiser.

Les personnes souffrant d'anxiété ne présentent aucune augmentation d'aucun facteur de risque envers le public. L'augmentation du risque attribuée aux personnes souffrant de troubles affectifs ou de dépression est très légère.

Je ne parlerai pas de toutes conditions pouvant présenter un risque. Cependant, les symptômes psychotiques que j'ai mentionnés, la toxicomanie et la maladie mentale grave constituent des facteurs de risque.

En 1998, l'association américaine de psychiatrie a réitéré, dans sa déclaration de principe, l'argument selon lequel la grande majorité des comportements violents sont l'œuvre de personnes saines d'esprit. Les membres de la famille sont les personnes les plus à risque de violence. Le grand public court un risque relativement faible. La déclaration souligne aussi que les personnes atteintes d'une maladie mentale courent un risque notable d'être blessées par ceux qui en ont peur et qui, par conséquent, peuvent réagir de façon inappropriée, et de se blesser eux-mêmes par automutilation.

In terms of reducing stigma, public information campaigns that seek to identify those risk factors that do increase violent potential or risk may be useful.

The last point, which will take some time to develop, is that, in part, stigmatization results as a function of the system of mental health care that has developed in Canada over the years. The present system is largely based on the biomedical illness model of mental health disorders, which we know is increasingly focused around pharmaceutical treatments.

My issue is not with the biomedical model, which has been very useful. My issue is more with that model as it relates to these particular conditions. We see drug costs now that exceed physician billings, and we know that there has been an increase in pharmaceuticals. I have seen the same people come in the door, get into a bed, get out of a bed, go out of the door and then come back. We have a revolving door system. I am not sure that employing the sickness model has worked particularly well, or that overly medicalizing some of these problems has worked very well either.

Internist and physician Dr. George Engel first proposed another model, which he called the bio-psycho-social model, with respect to mental health disorders, and maybe health disorders more generally, in 1977 in an article in *Science*. This is powerful because, in contrast to the biomedical model, which focuses almost exclusively on biology, Engel's model focuses on biology, sociology and the psychology of health. This is a powerful model for moving forward with advances in mental health, and will fit in with the testimony of some of the other presenters.

The biomedical model in mental health has focused a great deal of our resources on hospital-based care, which is expensive because it needs to be provided 24/7 and in shifts. Often, too little money has been left available for community services. The biomedical model is well entrenched. It has many influential and powerful special interests and a paradigm shift to anything that approached the bio-psycho-social model would not be easy.

On the other hand, I think our present situation is a significant one that distorts the breadth of clinical services that are available to individuals with mental health disorders. We need a rebalancing of the relative distribution of resources between services based on the biomedical model, which is useful, particularly in acute psychotic conditions, and the bio-psycho-social model.

The importance underlying these models is more than theoretical. The model that you implicitly use to examine a patient significantly influences both what you see and what you do. It is not just a theoretical model in some academic's mind that does not make any difference. It does make a difference.

The Chairman: We will have lots of questions. Next we have Bronwyn Shoush, a board member with the Institute of Aboriginal Peoples' Health based in Edmonton.

Des campagnes de sensibilisation visant à identifier les facteurs de risque qui accroissent le degré de violence pourraient s'avérer utiles pour réduire les stigmates.

Le dernier élément sur lequel je vais me pencher brièvement est le fait que la stigmatisation résulte en partie du fonctionnement du système de soins de santé mentale mis sur pied au Canada au cours des ans. Le système actuel repose largement sur le modèle biomédical des troubles de santé mentale, modèle étant, comme nous le savons, grandement axé sur les traitements pharmaceutiques.

Ma réserve ne concerne pas le modèle biomédical, car il s'est avéré très utile. Elle a plus à voir avec la façon par laquelle ce dernier entre en relation avec ces conditions particulières. Nous voyons maintenant les coûts des médicaments excéder ceux de la facturation par les médecins et nous savons qu'il y a eu une augmentation de prix des médicaments. J'ai vu les mêmes personnes entrer par une porte, se coucher dans un lit, se relever, sortir par la même porte, puis revenir. Notre système connaît un problème de va-et-vient. Je doute que l'utilisation du modèle axé sur la maladie ou de la médicalisation à outrance de certains de ces problèmes ait bien fonctionné.

En 1977, dans un article du magazine *Science*, le médecin interniste George Engel a été le premier à proposer le modèle biopsychosocial s'appliquant aux troubles de santé mentale et possiblement aussi aux troubles de santé en général. Le modèle d'Engel est plus efficace que le modèle biomédical qui se concentre presque exclusivement sur la biologie, parce qu'il tient compte de la biologie, de la sociologie et de la psychologie de la santé. Ce modèle rigoureux permettra une nouvelle lancée des progrès en santé mentale et concordera avec le témoignage de certains autres représentants.

Le modèle biomédical en santé mentale a axé une grande partie des ressources sur les soins hospitaliers qui coûtent cher puisque qu'ils doivent être offerts jours et nuit, et tous les jours. Souvent, trop peu d'argent était attribué aux services communautaires. Le modèle biomédical est bien ancré. Il profite à plusieurs intérêts puissants et influents, et un changement de paradigme vers quoi que ce soit qui ressemblerait au modèle biopsychosocial serait difficile.

D'autre part, je crois que la situation actuelle déforme de façon notable l'étendue des services cliniques offerts aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Nous devons rééquilibrer la distribution relative des ressources entre les services axés sur le modèle biomédical, qui sont utiles, particulièrement dans les cas de psychose grave, et le modèle biopsychosocial.

L'importance sous-jacente de ces modèles est plus que théorique. Le modèle utilisé implicitement pour examiner un patient influence de façon marquante à la fois ce qui est vu et ce qui est fait. Il ne s'agit pas seulement ici d'un modèle théorique issu de l'esprit d'un universitaire et qui n'a aucun impact. Le nouveau modèle change des choses.

Le président: Nous aurons beaucoup de questions. Nous entendrons ensuite Bronwyn Shoush, membre du conseil de l'Institut de la santé des Autochtones d'Edmonton.

Ms. Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health, Canadian Institutes of Health Research: I think that the subject of mental health, and stigma in particular, which you are addressing today, is a very important one. I was introduced as a member of the board of the Institute of Aboriginal Peoples' Health. That is one of the Canadian Institutes of Health Research's boards. Our scientific director, Dr. Reading, who is located at the University of Toronto, will be submitting a paper to you on behalf of the institute in due course, I believe by the end of the month.

I would like to say I am here as a layperson. I am a lawyer and the Director of Aboriginal Justice Initiatives for the Alberta Department of Justice and Solicitor General. I have a very good job. It takes me to Aboriginal communities throughout the province, both First Nations and Metis communities.

We know that in these communities, and the same is true throughout Canada, mental health issues are a serious concern. The ways in which they have been addressed on behalf of Aboriginal people have not worked well.

One of the results is that Aboriginal people are significantly over-represented in the criminal justice system and in the child welfare system.

Aboriginal people have a significantly worse well-being and health status than other Canadians.

We have heard from community members that that status will not change until we are able to focus on those communities rather than on individuals.

That speaks to Mr. Arnett's comment on the medical model, which tends to look at the physical person who needs to have something done to turn his or her health around.

In Aboriginal communities, we have heard that we need a holistic approach to health, including mental health. You will not help the person if you are not able to address the four components of health.

I refer to the physical, psychological, mental and spiritual aspects. If any one of those is out of focus, the person will not be well. At least for Aboriginal communities, the focus only on the physical has left many people in some trouble as far as stigmatization is concerned.

I have read the paper that identifies stigma. I would like to add that stigma might be seen as a veil over a person that prevents others from focusing on that person. There needs to be a way to lift that veil and take a look at the person and not see only things that are different about him or her. This is true whether a person looks different because of race, a mental condition or some other disability. When you only see that, you do not see what contributions the person could make to the community.

I have some personal experience in my own family with my daughter. Many people would think that she has mental disabilities. However, I know she does not feel she has. She has spastic cerebral palsy and has been identified as having about a

Mme Bronwyn Shoush, membre du comité de l'Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada: Je crois que le sujet abordé aujourd'hui, la santé mentale et les stigmates en particulier, est très important. On m'a présentée à titre de membre du conseil de l'Institut de la santé des Autochtones. Cet institut fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Notre directeur scientifique, le Dr Reading, qui travaille depuis l'Université de Toronto, vous soumettra un document au nom de notre institut au moment opportun, d'ici la fin du mois selon moi.

Je voudrais mentionner que je suis ici en tant que profane. Je suis avocate et directrice des stratégies en matière de justice applicable aux Autochtones pour le ministère de la Justice et le solliciteur général de l'Alberta. J'ai un très bon emploi qui me permet de visiter les communautés autochtones des Premières nations et les communautés métisses de toute la province.

Nous savons que les problèmes de santé mentale sont une préoccupation importante dans ces communautés, comme ils le sont partout au Canada. Les moyens utilisés pour aborder ces problèmes chez les peuples autochtones n'ont pas bien fonctionné.

Une des conséquences de cette situation est la sur-représentation des peuples autochtones dans le système de justice pénal et dans les organismes de protection de la jeunesse.

Le bien-être et l'état de santé des peuples autochtones laissent beaucoup plus à désirer que ceux des autres Canadiens.

Les membres des communautés nous ont indiqué que cet état ne s'améliorerait pas tant que nous ne pourrions pas nous concentrer sur les communautés plutôt que sur les individus.

Cette idée rappelle le commentaire de M. Arnett à l'effet que le modèle médical tend à se contenter de voir la personne physique qui a besoin qu'on pose un geste pour retrouver sa santé.

Dans les communautés autochtones, on nous a dit qu'il faut adopter un point de vue global en santé, tout comme en santé mentale. Il est impossible d'aider une personne si on n'aborde pas les quatre composantes de la santé.

Ici, je fais référence aux aspects physique, psychologique, mental et spirituel. Si un de ces aspects est mis de côté, la personne ne peut pas se sentir bien. La focalisation sur l'aspect physique a laissé plusieurs personnes face à des problèmes de stigmatisation, du moins dans les communautés autochtones.

J'ai pris connaissance du document dans lequel les stigmates sont identifiés. Je voudrais ajouter que les stigmates peuvent être comparés à un voile couvrant le visage d'une personne et empêchant les gens de se concentrer sur elle. Nous devons trouver un moyen de lever ce voile, de regarder la personne et de ne pas voir seulement ses différences, peu importe que ce soit sa race, son état mental ou toute autre déficience. En n'observant que les différences, il est impossible de voir la contribution que cette personne pourrait apporter à la communauté.

Je vis cette situation dans ma propre famille, avec ma fille. Plusieurs personnes pourraient croire qu'elle est atteinte de déficience mentale. Cependant, elle-même n'en a pas l'impression. Elle est atteinte de paralysie cérébrale spastique et

grade-3 school status. She has been able to live and function very well for 25 years with that condition. She also has diabetes. She does not look upon herself as a person with a disability or a person with diabetes. She feels that she is ordinary in every way. In looking at my family, I have to say that her health status is the best of anyone among us. She seems to be well, despite the conditions with which she has to live.

In terms of stigma, the community might look at her and think that there are limits to how she can contribute to or participate in society, because the first thing you might notice about her are the conditions that I have just mentioned.

Those are some of the myths and the realities.

We have heard about a bio-psycho-social model. I would like to stretch that a little further to say that a holistic approach to mental illness, for Aboriginal people, at least — and it might work well for other people — would be to take a look at the social determinants that might assist them to live better lives. If homelessness were an issue, then it would need to be addressed. Perhaps appropriate schooling or recreational opportunities would be helpful, instead of always focusing on a person's single issue.

Aboriginal people like to take traditional approaches to wellness in communities. Historically, Aboriginal people did not look at persons with mental illnesses or conditions as something detrimental, but rather as a gift to the community. They were seen as people with extraordinary skills and gifts who were closer to the creator. In that regard, I wish to refer to a book that received a Nobel Prize. It is by an author from Japan who wrote about personal matters concerning his son, who had a disability. He was encouraged to leave well enough alone and not think that the child would go on to accomplish anything. In fact, this young man is a savant and now a renowned conductor of music.

You can see that Aboriginal people and others have different "world views" on mental conditions, and what can be seen as gifts as opposed to challenges or illnesses.

I wish to speak briefly about a legal model of which I understand you have heard something. I am lawyer. However, I would not suggest to you that a legal model or legislation is the best way to put in place support systems for persons dealing with stigma. We should not look to promote litigation or that kind of activity because it does not work well. We need to find ways to get people in communities to know each other and to identify each other as part of the same community. They should be seen as people who have something to add to the community rather than adopting an us-and-them litigation model. That would look to problem-solving methods in Aboriginal communities and others.

aurait l'équivalent scolaire d'une troisième année. Elle vit et fonctionne bien avec cette maladie depuis 25 ans. Elle est aussi diabétique. Elle ne se voit pas comme une personne souffrant d'une déficience ou du diabète. Elle se considère normale en tout point. En comparaison avec les autres membres de ma famille, c'est elle qui a le meilleur état de santé. Elle semble bien se porter malgré ses conditions de vie.

En fonction des stigmates, la communauté pourrait la regarder et penser que sa contribution et sa participation dans la société ne peuvent être que limitées parce que les premières choses que les gens remarquent sont les aspects que j'ai mentionnés.

Ces situations font partie des mythes et des réalités.

Nous avons entendu parler du modèle biopsychosocial. Je voudrais en discuter davantage: un examen des facteurs sociaux déterminants pouvant aider les personnes atteintes de maladies mentales à mieux vivre constituerait une approche globale intéressante pour le peuple autochtone et peut-être aussi pour d'autres personnes. Si l'itinérance était un problème, il devrait alors être abordé. Au lieu de toujours se concentrer sur l'unique problème d'une personne, peut-être que des possibilités d'éducation et de divertissement appropriées pourraient aider.

Les peuples autochtones sont portés à lier les approches traditionnelles au bien-être des communautés. À travers l'histoire, les Autochtones n'ont pas considéré nuisibles les personnes souffrant de troubles mentaux, mais plutôt comme un présent à la communauté. Elles étaient perçues comme possédant des talents et des dons extraordinaires et comme étant rapprochées du créateur. Je voudrais, à cet effet, faire référence à un livre qui a reçu un prix Nobel. L'auteur japonais a écrit sur ses préoccupations personnelles en ce qui concerne son fils atteint d'une déficience. On l'avait encouragé à ne pas faire d'efforts importants pour changer la situation et à ne pas croire que son enfant accomplirait quoi que ce soit. En fait, ce jeune homme est un idiot savant et est maintenant un chef d'orchestre réputé.

Vous pouvez remarquer que le peuple autochtone a une «vision du monde» différente des autres peuples en ce qui concerne les troubles mentaux; ils préfèrent voir ces derniers comme des dons plutôt que comme des épreuves ou des maladies.

Je voudrais maintenant vous entretenir brièvement d'un modèle juridique dont, je suis certaine, vous avez déjà entendu parler. Je suis avocate. Cependant, je ne crois pas qu'un modèle juridique ou une législation soit le meilleur moyen de mettre sur pied des systèmes de soutien aux personnes ayant à vivre avec les stigmates. Nous ne devrions pas nous tourner vers la promotion de contentieux ou de processus du genre parce qu'ils ne fonctionnent pas bien. Nous devons trouver des façons pour que les gens d'une même communauté apprennent à se connaître et à se considérer des membres d'une même communauté. Ils doivent être perçus comme des individus pouvant participer à la

It would include mediation, Aboriginal peacemaking and talking and wellness circles. People would have a way to be part of the community.

I wish to identify one area of law that I think has had a significantly negative impact in the mental health area and on stigma in particular. I refer to privacy legislation. Privacy legislation is seen, at least in Aboriginal communities, and I believe it is true elsewhere, to be a detriment and to promote secrecy concerning health matters. It is seen as not allowing people to discuss matters and feel that they are a normal part of the human condition. It does not allow people who might be able to offer supports to do that in a timely way. I see this as true in the work that I am doing, where people are facing a mental health challenge episode and the first person of contact might be from the RCMP or other police force. Health care providers have no right to share information that might alert the police to the fact that this person has a certain condition, and if approached in a certain way there might be a better result.

I consider privacy legislation to be an ethics issue that should be on the table. I would be interested in providing you with further information on it if you would like. This would also look at the forensic side of mental health.

I would like to close with a suggestion that the medical model has not worked well insofar as it has left the primary care of persons off the table. Rather than being proactive, we have taken a reactive approach by bringing persons into care in hospitals. One of the ways we might be able to improve the health care system would be to have public population health approaches in mental health, as well as in other areas of health. I know it is a serious issue now with SARS. We know that public health and population-based health needs some attention. It would probably work well in the mental health area as well.

The Chairman: Three years ago, this committee dealt with Bill C-6, which was a privacy legislation bill, although not related to health. We reached the conclusion that the bill would cause all kinds of problems in the health care sector. Over the objections of the government, we amended the bill. That amendment stuck. I am intrigued by your comment. It is counter to the views of the privacy zealots, and therefore an interesting observation.

Next, we will hear from Ms. Nancy Hall from Vancouver.

communauté plutôt que d'adopter le modèle litigieux «nous et eux». Pour ce faire, nous devons pouvoir compter sur des méthodes de résolution de problèmes dans les communautés autochtones ainsi que dans les autres communautés. La médiation, le rétablissement de la paix autochtone et des cercles de discussion et de mieux-être pourraient faire partie de ces méthodes. Les gens bénéficieraient ainsi d'un moyen de faire partie de la communauté.

Je voudrais mettre l'accent sur un domaine du droit qui, à mon avis, a eu un impact négatif sur le domaine de la santé mentale et sur les stigmatisés en particulier. Je fais référence à la législation relative à la protection de la vie privée. La législation est perçue, du moins par les communautés autochtones, mais aussi d'ailleurs selon moi, comme un désavantage. Elle préconise la confidentialité quand il est question de santé et les gens ont l'impression qu'elle les empêche de discuter des problèmes et de se voir comme des membres normaux de l'humanité. Les intervenants qui pourraient offrir un soutien ne peuvent le faire en temps opportun. Je peux confirmer des situations dans ma pratique, où des personnes en proie à un épisode psychotique seront d'abord en contact avec la GRC ou une autre force policière. Les fournisseurs de soins de santé n'ont pas le droit de partager l'information qui permettrait au corps de police d'être avisé de la condition de la personne et de l'aborder d'une façon plus probante.

Je considère que la question de la législation relative à la protection de la vie privée concerne l'éthique et devrait faire l'objet de discussions. J'aimerais vous fournir plus d'information à ce sujet, si vous le désirez. Vous y trouveriez également de l'information sur le côté juridique de la santé mentale.

Je terminerais en déclarant que le modèle médical n'a pas bien fonctionné jusqu'à présent parce qu'il mit de côté les soins primaires aux personnes. Au lieu d'être proactifs, nous avons choisi une méthode réactive en amenant les gens à se faire soigner dans les hôpitaux. Un des moyens d'améliorer le système serait de faire publiquement la lumière sur la santé mentale de la population, tout comme dans les autres secteurs de la santé. Je sais que, pour l'instant, c'est une préoccupation importante avec le SRAS. Nous savons qu'il faut porter attention à la santé publique et à la santé communautaire. Les résultats seraient probablement intéressants dans le domaine de la santé mentale.

Le président: Il y a trois ans, ce comité a eu à traiter du projet de loi C-6 portant sur la protection de la vie privée sans faire de lien avec le domaine de la santé. Nous sommes arrivés à la conclusion que ce projet de loi entraînerait toutes sortes de problèmes dans le secteur des soins de santé. À la suite des objections du gouvernement, nous avons modifié le projet de loi. Les modifications ont stagné. Votre commentaire m'intrigue. Il va à l'encontre de l'opinion des zélotes de la protection de la vie privée et constitue, par le fait même, une observation intéressante.

Nous entendrons maintenant Mme Nancy Hall, de Vancouver.

Ms. Nancy Hall, Mental Health Consultant, As an individual: I speak to you as a sister of a man who lives with serious and persistent mental illness, as well as a health policy consultant. My lived experience will no doubt surface in what I have to say to you today.

Currently, I am working as a consultant with the Interim Authority for Community Living in British Columbia. As such, I work with people who have developmental disabilities, taking into account their mental health needs. I am also working with the Department of Psychiatry at the University of British Columbia.

The ideas that I present here today are coloured by having been the first Mental Health Advocate in British Columbia from 1998 to 2001. I held that position until the Liberal government closed that office.

I understand that the committee is very interested in the subject of discrimination. I followed the testimony of others given here.

I come from the school that calls it what it is, which is discrimination. In any of the other disability organizations in which I am involved, they do not use the word "stigma." It is a polite term. They use the word "discrimination." To me, discrimination is when someone with a mental illness is systematically treated differently from someone who does not have a mental illness.

As the Mental Health Advocate, I wrote reports to government, including one entitled "Pump Up The Volume," in which I said that things are in chaos, but I am trying to be positive. The second report was entitled "Growing The Problem," because, I told them, it is still chaos and you had better start doing something else.

In those reports I described the problems of discrimination reported to me by over 2,000 British Columbians. I heard discrimination stories about living with their families and the diagnosis of mental illness. The perspective was always from those living with the experience. I would be pleased to submit those documents to the committee as evidence.

In analyzing people's experiences and giving advice to government about how to address issues, I divided the experiences of discrimination into challenges to people's rights in the areas of legal, therapeutic and social issues.

I will talk briefly about discrimination in legal rights. People with mental illness regularly have their rights as citizens taken away. Many health care administrators, when I speak about the need for a bill of rights for patients in the mental health system, do not understand that mental health patients are the only people who come into the health care system who can be treated against

Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale, témoignage à titre personnel: Je m'adresse à vous à la fois en tant que sœur d'un homme qui vit avec une maladie mentale persistante et grave et en tant que conseillère en matière de santé. Mon expérience personnelle fera sans doute surface au cours de ma présentation aujourd'hui.

Je travaille actuellement comme conseillère pour la Commission provisoire d'intégration communautaire de la Colombie-Britannique. À ce titre, je travaille avec des personnes ayant des déficiences développementales en tenant compte de leurs besoins en santé mentale. Je travaille également pour le Département de psychiatrie de l'Université de Colombie-Britannique.

Les idées que je vous présente aujourd'hui sont teintées du fait que j'ai été, de 1998 à 2001, la première avocate en santé mentale en Colombie-Britannique. J'ai occupé cette fonction jusqu'à ce que le gouvernement libéral abolisse le poste.

Je vois que le comité s'intéresse beaucoup à l'aspect «discrimination». J'ai écouté les témoignages des représentants qui m'ont précédé.

Je suis de l'école qui appelle les choses par leur nom et on parle bien de discrimination. Dans toutes les autres organisations de déficience auxquelles je participe, on n'utilise pas le mot «stigmaté» qui est le terme poli utilisé pour désigner la «discrimination». Quand une personne souffrant d'une maladie mentale est systématiquement traitée de façon différente, c'est de la discrimination à mes yeux.

À titre d'avocate en santé mentale, j'ai déposé des rapports au gouvernement, l'un d'entre eux était intitulé «Augmentez le volume» et j'y indiquais que la situation était chaotique, tout en essayant de rester positive. Le deuxième rapport avait pour titre «Cultiver le problème» parce que la situation était toujours chaotique et que le gouvernement se devait de prendre des mesures.

J'ai décrit dans ces rapports les problèmes de discrimination qui m'avaient été rapportés par plus de 2 000 Britannico-Colombiens. J'ai écouté leurs histoires de discrimination reliées à leur milieu familial et au diagnostic de maladie mentale. Le point de vue venait toujours de ceux qui vivent ces situations. C'est avec plaisir que je soumettrai ces documents au comité comme éléments de preuve.

En analysant les expériences des gens et en conseillant le gouvernement sur la façon d'aborder les problèmes, nous avons divisé les expériences de discrimination en défis concernant les droits de la personne dans les domaines juridique, thérapeutique et social.

Nous aborderons brièvement la discrimination concernant les droits juridiques. Les personnes atteintes d'une maladie mentale se voient enlever régulièrement leurs droits de simples citoyens. Plusieurs administrateurs des soins de santé, lorsque nous leur parlons du besoin d'un projet de loi sur les droits des prestataires de soins de santé mentale, ne comprennent pas que ces derniers

their will. Indeed, the Supreme Court is currently hearing a case on this particular issue.

While I am not here today to discuss this issue, I will say that people with mental illness who have rights taken away are treated poorly in parts of the country. Currently, New Brunswick, Quebec, Alberta and Ontario, although it is changing with the devolution of the provincial psychiatric hospitals, are the only provinces that provide advocates to people who are involuntarily detained under the mental health acts. Not only are people badly treated, but due process is not often followed.

In British Columbia, as in many provinces, there is a Mental Health Act that sets aside the rights of patients and due process. In 1998, 150 people in our province detained under the act had to go to a review panel to address the fact that their rights were not represented, despite the fact that the Mental Health Act says that you are supposed to have someone along to help you.

This is just the tip of the iceberg. The committee might want to know how many people are detained. When I tried to find that out, 40 per cent of the hospitals in our province were not reporting those statistics.

I hope things are better, but since the closure of the advocate's office there has been no reporting of outcome on these critical issues. There is no public or mandatory reporting on other restrictive procedures such as electroshock therapy or the use of restraints, as in other jurisdictions.

The disturbing thing in the legal area was that so many people with mental illness are untreated. They run into trouble with the law and end up in the criminal justice system. In our province, the former director of corrections and mental health services said that 15 per cent of the people in British Columbia correctional institutions have a diagnosis of a serious mental disorder. Another 27 per cent met the criteria of the diagnosis.

By failing our people in the sick care system, we are transiting them to the justice system. While they are there, they are horribly discriminated against. It is simply not fair or right.

People are held in pre-trial situations twice as long because they are not considered fit to stand trial. Once people have heard and received their charge, they are frequently so disordered that they are unable to follow through with conditions of parole. They may have had two or three breaches of parole. They not only need to see physicians, nurses or support workers, but also a parole officer.

sont les seuls à entrer dans le système et qui peuvent être traités contre leur volonté. D'ailleurs, la Cour suprême instruit actuellement une affaire sur cet enjeu spécifique.

Bien que nous ne sommes pas ici pour discuter de cet enjeu, nous devons dire que les personnes souffrant d'une maladie mentale qui se voient enlever leurs droits sont traitées de façon déplorable dans certaines régions du pays. En ce moment, même si la situation change grâce au transfert des responsabilités dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et l'Ontario sont les seules provinces qui fournissent des avocats aux personnes qui sont détenues contre leur volonté en vertu des lois sur la santé mentale. Non seulement les gens sont traités de façon déplorable, mais la procédure établie est souvent contournée.

En Colombie-Britannique, comme dans plusieurs provinces, une loi sur la santé mentale en vigueur annule les droits des patients et invalide la procédure établie. En 1998, 150 personnes dans notre province détenue en vertu de la loi ont dû se présenter devant un comité de révision pour régler des situations où leurs droits n'étaient pas respectés, malgré le fait que la Loi sur la santé mentale stipule qu'une personne atteinte d'une maladie mentale est supposée être accompagnée et aidée de quelqu'un.

Il ne s'agit que du sommet de l'iceberg. Le comité serait peut-être intéressé à savoir combien de personnes sont détenues. Malheureusement, lorsque nous avons essayé de le découvrir, nous avons appris que 40 p. 100 des hôpitaux de notre province ne faisaient pas rapport de ces statistiques.

Nous espérons que la situation s'est améliorée, mais depuis la fermeture du bureau de l'avocat, il n'y a eu de rapport de résultat sur ces questions critiques. Nul n'est tenu de rendre compte sur des procédures restrictives telle que l'électroconvulsothérapie ou l'utilisation de moyens de contention, comme dans d'autres provinces.

Ce qui dérange dans l'aspect juridique de la problématique est le fait que tant de gens souffrant d'une maladie mentale ne sont pas traités. Ils enfreignent la loi et aboutissent dans le système de justice criminelle. Dans notre province, l'ancien directeur du Service sur les questions correctionnelles et la santé mentale a affirmé que 15 p. 100 des détenus en Colombie-Britannique ont été diagnostiqués d'un désordre mental grave. Un 27 p. 100 additionnel répondaient aux critères de diagnostic.

En laissant tomber nos gens dans le système de soins de santé, nous les transférons dans le système juridique. Pendant qu'ils s'y trouvent, ils subissent énormément de discrimination. C'est simplement injuste et incorrect.

Ces gens sont détenus avant procès deux fois plus longtemps que les autres, parce qu'ils sont considérés inaptes à subir un procès. Lorsque la justice a entendu et instruit leur cause, ils sont souvent tellement confus qu'ils sont incapables de respecter les conditions de leur libération conditionnelle. Ils peuvent avoir déjà enfreint deux ou trois fois de telles conditions. Non seulement ils ont besoin de consulter des médecins, des infirmières, ou des travailleurs de soutien, mais aussi un agent de libération conditionnelle.

People with mental health disabilities are treated systematically differently. They are discriminated against in the justice system because of their disability.

We need therapeutic approaches to treating people with disability who fall into trouble with the law. Public order and public safety would be served by a different approach. Many U.S. jurisdictions have developed mental health courts. In New Brunswick and Toronto, they have developed a new approach. The person receives treatment rather than jail time.

I want to move on to discrimination against people's rights to health care. It is important for honourable senators to understand that just as individuals experience discrimination in the day-to-day process of care by being slighted and told unkind things, so is there an organizational discrimination within the health care system.

Governments at all levels respond systematically differently to the needs of people with mental illness. People respond systematically differently to the needs of people with mental illness compared to the needs of people with physical health disabilities.

Let me explain. Someone with chest pains comes to emergency. Trained staff members examine him. Should he have a cardiac arrest, a "code red" is called. Individuals who have annual certification in cardiopulmonary resuscitation are called to attend. People are supported while recovering in whatever intensity of care they require.

Someone with a mental illness comes to emergency in a psychotic crisis. More often than not, the person who brings the individual to emergency is a police officer who has no training.

I have done much work with the RCMP and other police in order that they might better and more sensitively respond so that the crisis is not escalated. I agree with some of the issues that Ms. Shoush raised in relation to exchange of information.

I return to my person in emergency. It is rare that anyone is trained to work with this person in an appropriate way because emergency is staffed with medical/surgical nurses. That which is done usually elicits a flight-or-fight response. The person may lash out, and a "code white" is called.

That does not mean "a person with mental health issues." It means "problem patient." The code white team is not composed of people with training in non-violent crisis intervention. That team is usually the security guards or the kitchen staff. In most cases, their job is to wrestle the person to the ground.

Les personnes atteintes de troubles du psychisme sont traitées différemment de façon systématique. Elles sont victimes de discrimination dans le système juridique à cause de leur trouble.

Nous devons adopter des approches thérapeutiques pour traiter les gens atteints d'un handicap se retrouvant dans le pétrin avec la loi. L'ordre public et la sécurité du public bénéficieraient d'une approche différente. Plusieurs États américains ont mis sur pieds des cours pour les cas mettant en cause des personnes atteintes d'un désordre mental. Au Nouveau-Brunswick et à Toronto, on a élaboré une nouvelle approche. La personne reçoit un traitement plutôt qu'une période de détention.

Nous aborderons maintenant l'aspect de discrimination envers le droit de la personne à recevoir des soins de santé. Nous considérons important que les sénateurs comprennent que non seulement des individus subissent de la discrimination au cours du processus de soins quotidiens en se faisant mépriser et insulter, mais aussi que l'organisation même du système de soins de santé est discriminatoire.

Les gouvernements à tous les niveaux répondent différemment de façon systématique aux besoins des gens souffrant d'une maladie mentale. Les gens répondent différemment de façon systématique aux besoins des gens souffrant d'une maladie mentale comparativement aux besoins des personnes atteintes d'un handicap physique.

Nous nous expliquons. Une personne éprouvant une douleur à la poitrine arrive à l'urgence. Des membres formés du personnel l'examinent. S'il avait un arrêt cardiaque, un «code rouge» est prévu. Les personnes formées tous les ans pour effectuer la réanimation cardiorespiratoire sont appelées sur place. La personne est soutenue pendant sa guérison quel que soit le niveau de soin qu'elle requiert.

Un individu atteint d'un trouble psychique arrive à l'urgence en état de crise. Souvent, la personne qui l'amène à l'urgence est un policier qui n'a reçu aucune formation.

Nous avons longtemps travaillé avec la GRC et d'autres forces policières de façon à leur permettre de réagir sans faire aggraver la crise. Nous sommes d'accord avec certains aspects soulevés par Mme Shoush en ce qui concerne l'échange d'information.

Retournons à la personne à l'urgence. C'est rare qu'il y ait quelqu'un formé pour travailler avec cette personne de façon appropriée parce que le personnel de l'urgence est constitué d'infirmières médicales et chirurgicales. Ce qui est fait entraîne généralement une réaction de fuite ou de combat. La personne pourrait se mettre à crier des injures et le «code blanc» est appelé.

Cela ne signifie pas qu'il y a «une personne atteinte d'un trouble psychique». Cela signifie qu'il y a «un patient à problème». L'équipe du code blanc n'est pas composée de personnes formées en intervention de crise non violente. Cette équipe est généralement constituée de gardes de sécurité ou du personnel de la cuisine. Dans la plupart des cas, leur tâche est d'immobiliser la personne sur le plancher.

If considered a danger to self or others, the person is locked up and isolated. In many rural areas, people may be restrained in this way for 48 hours in areas without washrooms or facilities of any dignity.

This is Canada. Therefore, we see discriminatory actions within the health care system at every level. The lack of dignity afforded to people in this country is terribly troubling to me.

I read today in *The Globe and Mail* that parents in Ontario with children with autism have been successful in getting the courts to provide treatment for children over six years of age. It is telling that families of people with psychiatric disabilities have to go to court to get treatment that other people with other kinds of illnesses simply receive. This discriminatory experience of systematically proceeding with different quality health care is replicated throughout the process.

Consider these figures from B.C. and ask yourself if they would be allowed in any other health care model. One in seven people —

The Chairman: You are reading the entire report and it will cut into our question time. Could you hit the highlights?

Ms. Hall: If one in seven people are re-hospitalized within 30 days, there is something wrong with the system. You would not be in business if one in seven customers came back.

People often present with more than one disability. People with a mental illness may have an addiction or developmental disability. They may be from a different ethnic group. The more differences they come with, the less likely they are to be received and given proper care.

I want to conclude by talking about discrimination against people's rights as members of communities. People have rights enshrined in the law of the land, but they also have rights as citizens in communities where there are shared values of participation and coming together. However, as Mental Health Advocate, nine out of ten people told me that once their diagnosis was acknowledged, once they were open about their diagnosis, people treated them systematically differently.

In most cases, the root cause of that is fear of violence, and the sad thing is that actually people with mental illness are more at risk of self-harm. In my province, a person a day commits suicide. Even though the reality is that they are more at risk of doing harm to themselves, the public perception is that they are indeed a danger to others, which simply is not the normative truth, as Dr. Arnett explained.

One of the biggest areas of discrimination is access to education and employment. In many cases, people are getting a quarter of the dose that we think is effective treatment. We know

Si la personne est considérée un danger pour elle-même ou pour les autres, elle est mise en cellule et isolée. Dans plusieurs régions rurales, de tels malades peuvent être détenus de cette façon pendant 48 heures dans des locaux dépourvus de salle de bain ou d'installation digne d'un humain.

C'est ce qui se passe au Canada. Par conséquent, nous voyons des actes discriminatoires au sein même du système de soins de santé et à tous les niveaux de celui-ci. Le manque de dignité accordé aux gens dans notre pays nous trouble terriblement.

Nous avons lu aujourd'hui dans le *Globe and Mail* que des parents en Ontario dont les enfants sont atteints d'autisme ont réussi à obtenir que la cour prescrive un traitement pour les enfants de plus de six ans. Cela indique aux familles des personnes atteintes d'un handicap psychiatrique d'aller en cour pour obtenir un traitement que des gens souffrant d'autres maladies reçoivent tout bonnement. Cette expérience discriminatoire voulant qu'on offre systématiquement des soins de santé d'une qualité différente est dupliquée d'un bout à l'autre du processus.

Jetez un coup d'œil à ces chiffres de Colombie-Britannique et demandez-vous si cela serait permis dans tout autre modèle de soins de santé. Une personne sur sept...

Le président: Vous lisez le rapport en entier et cela réduira votre période de questions. Pouvez-vous faire ressortir les faits saillants?

Mme Hall: Si une personne sur sept est de nouveau admise à l'hôpital dans les 30 jours suivants, le système est problématique. Vous ne pourriez pas rester en affaires si un client sur sept revenait.

Souvent, les personnes se présentent avec plus d'un trouble. Celles souffrant d'une maladie mentale peuvent être accoutumées à une substance ou présenter des handicaps de développement. Elles peuvent provenir d'un groupe ethnique différent. Plus elles sont différentes, moins elles sont susceptibles d'être admises et de recevoir des soins appropriés.

Nous désirons conclure en abordant la discrimination contre les droits de la personne en tant que membre d'une communauté. Les gens ont des droits garantis par la loi du pays, mais ils ont aussi des droits à titre de citoyens des communautés où des valeurs de participation et de rassemblement partagées. Toutefois, en tant que défenderesse de la santé mentale, nous pouvons vous affirmer que neuf personnes sur dix nous ont affirmé qu'une fois leur diagnostic était connu et qu'ils acceptaient celui-ci, les gens les traitaient différemment de façon systématique.

Dans la plupart des cas, la cause fondamentale de ce fait est la crainte de la violence. Une chose triste est qu'en fait les gens souffrant d'une maladie mentale sont davantage susceptibles de se nuire à eux-mêmes. Dans ma province, une personne par jour se suicide. Même si la réalité est que les malades mentaux sont davantage susceptibles de se faire du mal à eux-mêmes, le public croit qu'ils représentent en fait un danger pour les autres, ce qui n'est simplement pas la réalité normative, comme l'a expliqué le Dr Arnett.

Un des aspects où on retrouve le plus de discrimination est l'accès à l'éducation et à l'emploi. Dans plusieurs cas, les personnes obtiennent le quart de la dose que nous croyons

that severity of illness is no barrier to employment, but lack of support and employment strategies as part of comprehensive community care are largely lacking in all provinces of Canada. Pockets of best practices exist, but our health care system is not systematically delivering what we know works to enable people with serious and persistent mental illness to be productive members of society.

Further, at least in British Columbia, it is becoming even less likely that people will get employment support because as we have cutbacks in budgets at the regional level, the criterion of medical necessity is being used, so social health supports related to housing and employment are being eliminated in order to meet budget targets. In taking away these supports, we condemn people to a life of poverty and dependence.

We are moving away from an institutional model, but in that model we provided people with care, shelter, nurture and sustenance — food. As we have moved people out of the institutions, we simply have not provided the housing. My brother has waited six-and-a-half years to get supportive housing in Vancouver. The right to shelter is a significant issue, and I do not think we need to talk about it in terms of homeless. These people have a right to a place to live. Two years ago, in my report to government, I identified 70,000 people with serious and persistent mental illness in British Columbia, and only 5,500 supported housing spaces. We add 200 here, 300 there, 500 there, but we are not really addressing the problem with the size of response required. I want to emphasize that to honourable senators.

You are focused on solutions, so I want to say a couple of things in closing. Everything must be done to ensure that people with mental illness and their families are the subject of the enterprise, not the object. They need to be at the planning tables. I am really impressed with and respectful of the fact that you began your sessions hearing from people with mental illness and their families. Without that, we get talk about “the mentally ill.” We do not talk about “the cancers.” We talk about “decanting patients from hospital,” instead of “finding people a place to live.” I think we have to address the language, because it speaks about a relationship between the system and the people that simply is not going to take things forward.

Certainly the federal government would not plan programs with regards to HIV/AIDS or breast cancer without having people with experience at the table, but this has happened regularly with mental health. In the United States, as a policy response and by federal legislation, states do not get money for mental health care unless consumers and families sign off on the plan. That is a policy response that could be used here.

efficace. Nous savons que la gravité de la maladie n'est pas un obstacle à l'emploi, mais il y a un manque énorme de soutien et de stratégies d'emploi dans le cadre des soins communautaires complets dans toutes les provinces du Canada. Il existe certaines régions où les meilleures pratiques sont appliquées, mais notre système de soins de santé ne fournit pas systématiquement ce que nous savons fonctionner pour permettre aux gens souffrant d'une maladie mentale grave et persistante de devenir des membres productifs de la société.

En outre, au moins en Colombie-Britannique, c'est de plus en plus improbable que les gens obtiendront un soutien en emploi puisque nous subissons des coupures budgétaires au niveau des régions, le critère de nécessité médicale est utilisé, alors les soutiens sociaux à la santé liés à l'habitation et à l'emploi sont éliminés de façon à atteindre des objectifs budgétaires. En enlevant ces soutiens, nous condamnons les gens à vivre dans la pauvreté et la dépendance.

Nous nous éloignons d'un modèle institutionnel, mais dans celui-ci nous fournissions aux gens des soins, des abris, du réconfort et de la nourriture. En faisant sortir les malades mentaux des institutions psychiatriques, nous avons simplement omis de fournir le logement. Notre frère a attendu six ans et demi avant d'obtenir un logement supervisé à Vancouver. Le droit à un abri est un enjeu d'envergure et nous ne croyons devoir en parler en utilisant le terme sans-abri. Ces gens ont le droit d'avoir un endroit pour vivre. Il y a deux ans, dans notre rapport au gouvernement, nous dénombrions 70 000 personnes touchées par des troubles mentaux graves et persistants en Colombie-Britannique et seulement 5 500 places en logement supervisé. Nous en ajoutons 200 ici, 300 là, 500 autres là-bas, mais nous ne réglons pas réellement le problème compte tenu du nombre requis. Nous désirons le souligner aux honorables sénateurs.

Vous désirez des solutions, alors nous désirons ajouter quelques mots en conclusion. Tout doit être fait pour assurer que les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille soient le sujet du projet et non l'objet. Elles doivent être présentes aux tables de planification. Je suis vraiment impressionnée et reconnaissante du fait que vous avez commencé vos séances en écoutant parler des gens souffrant de maladies mentales et leur famille. Sans cela, nous entendons parler des «mentaux». Pourtant nous ne parlons pas des «cancers». Nous parlons de «décanter les patients des hôpitaux», plutôt que de parler de «trouver pour les gens un endroit pour vivre». Je crois que nous devons corriger le langage utilisé, parce qu'il parle de la relation entre le système et les gens qui ne peut tout simplement pas faire progresser la situation.

Le gouvernement fédéral ne planifierait certainement pas de programmes concernant le VIH/SIDA ou le cancer du sein sans avoir des personnes d'expérience à la table, mais c'est arrivé régulièrement pour les programmes concernant la santé mentale. Aux États-Unis, en tant que réponse aux politiques et en vertu de la législation fédérale, les États n'obtiennent pas de fonds pour les soins en santé mentale, à moins que les consommateurs et les familles approuvent le plan. Il s'agit d'une réponse aux politiques qui pourrait être utilisée ici.

The next point is that the treatment of people with mental illness cannot be made a political issue. It is something we must do simply because it is the right thing to do for some of the most vulnerable people in our society. Strategies to ensure accountability have to put in place outside the political arena. That is why the national health council idea is so important. It is also important that there be people at the table who know mental health and mental illness. It is the "orphan child," to use your language, in the health care system, and people in the health sector do not understand the mental health sector, really have not made it their business to do so and are not often measuring the right thing.

I noticed yesterday that Minister McLellan, at the urging of the Auditor General, is going to now suggest annual reports to the House under the National Drug Strategy. Many other jurisdictions have annual reports on a strategic initiative to the legislature, and this should be followed in this area.

I want to emphasize again that a person a day is committing suicide. There is an elevated standard mortality ratio in terms of how people with mental illness are doing. Not only are they committing suicide, they are also not getting the regular primary care they might need because they simply are not well enough to follow through. These things reflect the fact that mentally ill people get lost in the system and are treated systematically differently.

Finally, I want to suggest a different model. Most of Canada is engaged in a deinstitutionalization process. I looked with a great deal of interest at the model in Italy. It is most often cited as one that can achieve community living with positive gains for people. They changed the relationship between the patients and the providers to one of citizens and providers. Coercive treatment such as restraints and involuntary ECT was stopped, and psychiatrists and nurses realized that their culture of command and control had to change to one of enabling people with disabilities to be well and be citizens, which is very much what my colleagues have said here.

The second part of this model is to support people to work and reconstruct long-term patients as people. I think this is really important in terms of establishing social co-ops and ways that people with mental health disabilities can be employed in the system in providing care. In Italy, 70 or 80 per cent of the care in the social field is provided in a social co-op model that employs people with mental health disabilities.

Le point suivant est que le traitement des gens atteints d'une maladie mentale ne peut constituer un enjeu politique. C'est quelque chose que nous devons simplement faire parce qu'il s'agit de la chose appropriée à faire pour certaines des personnes les plus vulnérables dans notre société. Les stratégies visant à assurer la responsabilisation doivent être mises en place à l'extérieur de l'arène politique. C'est pourquoi l'idée d'un conseil national sur la santé est si importante. C'est aussi important que des personnes connaissant la santé et la maladie mentales soient présentes à la table. Il s'agit du «parent pauvre», pour reprendre votre expression, du système de soins de santé et des gens du secteur de la santé ne comprennent pas le secteur de la santé mentale, ils n'en ont réellement pas fait leur profession et, souvent, ils ne mesurent pas les éléments appropriés.

Nous avons remarqué hier que la ministre McLellan, à la demande pressante de la vérificatrice générale, va maintenant suggérer la présentation de rapports annuels à Chambre conformément à la Stratégie canadienne antidrogue. Plusieurs autres ordres de gouvernements prévoient la remise de rapports annuels visant les initiatives stratégiques relatives à la législation, et la procédure devrait être suivie dans ce domaine.

Nous désirons souligner à nouveau qu'une personne se suicide chaque jour. Le ratio de mortalité standard est élevé parmi les gens souffrant d'une maladie mentale. Nous seulement ils se suicident, mais ils n'obtiennent pas les soins primaires réguliers dont ils auraient peut-être besoin simplement parce qu'ils ne se sentent pas assez bien pour suivre un traitement. La situation reflète bien le fait que les gens atteints de troubles psychiques se perdent dans le système et sont traités systématiquement de façon différente.

Finalement, nous désirons suggérer un modèle différent. La plupart des régions du Canada sont engagées dans un processus de désinstitutionnalisation. Nous avons analysé avec grand intérêt le modèle de l'Italie. Il s'agit du modèle le plus fréquemment cité comme pouvant permettre la vie en communauté avec des gains positifs pour les gens. On y a changé la relation entre les patients et les fournisseurs pour une relation entre citoyens et fournisseurs. Les traitements coercitifs tels que les moyens de contention et les électrochocs non volontaires ont cessé, et les psychiatres et les infirmières ont réalisé que leur culture de commandement et de contrôle devait changer pour permettre aux personnes atteintes d'un trouble psychique de se sentir bien et d'être des citoyens; l'approche ressemble beaucoup à celle dont mes collègues ont parlé ici.

La deuxième partie du modèle italien consiste à appuyer les gens à travailler et à reconstruire l'identité de personne des patients à long terme. Nous croyons que c'est vraiment important pour l'établissement de coopératives sociales et pour la façon dont les malades mentaux peuvent être utilisés dans le système pour fournir des soins. En Italie, entre 70 p. 100 et 80 p. 100 des soins offerts dans le secteur social sont prodigués conformément à un modèle social coopératif qui fait travailler les gens atteints d'un trouble psychique.

A much better emergency crisis response system is also critical. We need to interrupt the cycle of chronicity with rapid and effective crisis intervention and stop separating people from their community, their family and support systems the way we do.

In terms of monitoring, again on the theme of consumer and family involvement, there are strong volunteer family and self-help associations that work to fight against social exclusion and for the affirmation of rights as citizens.

Ms. Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services, Centre for Addiction and Mental Health: Thank you for the opportunity to be here today. Mental illness is characterized by shame and silence, and you cannot change what you do not discuss. I for one am delighted with this opportunity, and I applaud you for taking leadership in asking us to talk about mental illness.

The stigma of mental illness is a serious impediment to the well-being of those who experience it. It affects people while they are ill, in treatment, and even when it is a distant memory. It affects people in all areas of their lives.

On a systemic level, stigma as a social phenomenon affects the very policies that govern us. It affects the nature of access to funding for services. It affects policies that govern eligibility for social assistance or the right to refuse treatment. At the level of the community, stigma often affects how organizations provide services to people and their families. Employers, schools, social services and health care providers have been shown to have stigmatizing attitudes toward people who receive mental health services. At the individual level, for people who have a mental illness, stigma prohibits them from seeking help, affects their self-esteem and creates profound changes in identity.

There is no doubt that changing the way we deal with people with mental illness is a daunting challenge, but there is hope. In this presentation, I will talk about effective strategies that have been proven to change attitudes. Before I do that, I want to underline that the challenge is not only about compelling people to increase their understanding of the experience of mental illness, but also about moving people to recognize and acknowledge their own mental health problems and those of their family members.

It is no wonder that negative attitudes toward mental illness remain. Estimates are that two-thirds of people who require treatment for a mental illness do not seek help, largely because they are either unaware of the symptoms or because of the stigma associated with the illness or its treatment. If people do not acknowledge their own mental health problems, how can we expect them to be supportive and accepting of others who do?

As I said, there is reason for optimism.

Un système d'intervention en temps de crise amélioré est aussi une nécessité. Nous devons briser le cycle de chronicité à l'aide d'une intervention de crise efficace et cesser de séparer les gens de leur communauté, famille, et systèmes de soutien, comme nous le faisons à l'heure actuelle.

Concernant la surveillance, encore sur le thème de la participation du consommateur et de la famille, il existe de puissantes associations de familles bénévoles et d'autonomisation qui oeuvrent pour lutter contre l'exclusion sociale et pour l'affirmation des droits de citoyens.

Mme Rena Scheffer, directrice, Service d'information et d'éducation du public, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Je vous remercie de nous donner l'occasion d'être ici aujourd'hui. La maladie mentale est caractérisée par la honte et le silence, et vous ne pouvez pas changer ce dont vous ne parlez pas. Pour ma part, je suis enchantée d'avoir cette possibilité et je vous félicite d'avoir pris l'initiative de nous demander de parler de la maladie mentale.

Le stigmate de la maladie mentale est un obstacle important au bien-être des personnes qui en souffrent. Il marque les gens pendant leur maladie, pendant le traitement et même lorsque la maladie n'est plus qu'un souvenir lointain. Il touche tous les aspects de la vie des gens.

Sur le plan systémique, le stigmate, étant un phénomène social, a un impact sur les politiques même qui nous gouvernent. Il nuit à la nature de l'accès et même au financement des services. Il influe sur les politiques gouvernant l'admissibilité à l'aide sociale ou le droit de refuser le traitement. Sur le plan communautaire, le stigmate nuit souvent à la façon dont les organisations offrent des services aux gens et à leur famille. Il a été prouvé que les employeurs, les écoles, les services sociaux et les fournisseurs de services de soins de santé ont stigmatisé des attitudes envers les gens qui reçoivent des services en santé mentale. Au niveau individuel, pour les gens souffrant d'une maladie mentale, le stigmate les empêche de chercher de l'aide, nuit à leur estime de soi et crée de profonds changements dans leur identité.

Changer notre façon de traiter les personnes atteintes d'un trouble mental est certes un défi de taille, mais il y a de l'espoir. Durant la présentation, nous parlerons des stratégies efficaces éprouvées pour modifier les attitudes. Mais avant de commencer, nous désirons souligner que le défi ne consiste pas seulement à convaincre les gens à améliorer leur compréhension de l'expérience des maladies mentales, mais aussi faire en sorte que les gens reconnaissent et acceptent leur propre trouble mental et ceux des membres de leur famille.

Ce n'est pas surprenant que des attitudes négatives envers la maladie mentale persistent. On estime que les deux tiers des gens nécessitant un traitement en santé mentale ne cherchent pas d'aide, principalement parce qu'ils sont soit inconscients des symptômes ou soit à cause du stigmate associé à la maladie ou à son traitement. Si les gens ne reconnaissent pas leurs propres problèmes mentaux, comment pouvons-nous nous attendre à ce qu'ils soutiennent et acceptent ceux pour qui c'est le cas?

Comme nous avons dit, nous avons des raisons d'être optimistes.

If we look to other groups who have suffered the effects of social stigma, like the gay and lesbian community or those with AIDS or cancer, they have successfully ended or minimized stigma by creating widespread change in attitudes. They have come at the issue strategically in a variety of ways, and I will speak to that in a couple of minutes.

First, I would like to address some of the issues that characterize the stigmatization of people with mental illness and their families. Stigma leads others to avoid living with, socializing with, working with, renting to or employing people with mental disorders. It prohibits people from seeking help, as Mr. Arnett noted.

People who have had a mental illness report pervasive discrimination in the workplace, and many feel they must lie on job applications. On an individual level, stigma not only leads to low self-esteem, isolation and hopelessness, but all of those characteristics also have been found to be predictors of poor social adjustment, so people end up in an endless cycle of poorer quality of life.

Stigma affects not only people with mental illness, but it has also been found and reported to affect their families as well.

For members of ethno-racial and ethno-cultural communities, the experience of mental illness and the related stigma is increased exponentially. It has been suggested that the effect of stigma may be even more detrimental for these communities than for the general population.

Unfortunately, for those communities, there is an almost complete lack of services. Therefore, they find themselves stigmatized and unable to access help. In many cases, there are myths and inaccurate knowledge in these communities on the causes of mental illness and their treatments. In some communities, stigma associated with mental illness brings shame to the family, such that it is felt that it will affect the marriage potential of other relatives. As a result, families tend to keep the mental illness private and are most reluctant to seek professional help.

In some communities, religious and spiritual beliefs are linked to causes of mental illness and, in some cases, may influence the treatment. For many of these communities, the stigma of mental illness is layered upon racism and other forms of discrimination, leaving individuals and their families in a complex, highly vulnerable and often helpless and hopeless situation.

You cannot talk about the stigma of mental illness without talking about violence. I would just like to add a few items to that. While it is true that some people who have a mental illness do commit crimes, the public perceptions of mentally ill persons as criminally dangerous are exaggerated. We know that 80 to 90 per cent of people with a mental illness never commit a violent act; in fact, they are far more likely to have an act of violence committed against them.

Si nous jetons un coup d'œil aux autres groupes qui ont souffert des effets d'un stigmatisme social, comme la communauté des gais et des lesbiennes, les personnes atteintes du Sida ou du cancer, ils sont parvenus à éliminer ou à réduire le stigmatisme en provoquant un vaste changement d'attitudes. Ils se sont attaqués au problème de façon stratégique de multiples façons dont nous allons parler dans quelques minutes.

Premièrement, nous désirons parler de certains enjeux qui caractérisent la stigmatisation des gens atteints d'une maladie mentale et leur famille. Le stigmatisme pousse les autres à éviter de vivre, de socialiser ou de travailler avec des personnes souffrant d'un trouble mental et même de leur louer un logement ou de les embaucher. Il empêche les gens à chercher de l'aide, comme l'a fait remarquer M. Arnett.

Les gens ayant souffert d'une maladie mentale rapportent avoir été victimes d'une discrimination puissante au travail et plusieurs sentent qu'ils doivent mentir sur les formulaires de demande d'emploi. Au niveau individuel, non seulement le stigmatisme même à une faible estime de soi, à l'isolement et au désespoir, mais toutes ces caractéristiques ont aussi été prouvées être des indicateurs prévisionnels de faible adaptation sociale, alors les gens se retrouvent dans un cycle interminable d'une qualité de vie moindre.

Il a été prouvé que le stigmatisme n'influe pas seulement les gens atteints, mais aussi leur famille.

Pour les membres des communautés ethniques raciales et culturelles, l'expérience de la maladie mentale et du stigmatisme qui y est associé augmente de façon exponentielle. On a suggéré que l'effet du stigmatisme puisse même être plus nuisible pour ces communautés que pour la population en général.

Malheureusement, les services sont presque inexistantes pour ces communautés. Par conséquent, elles se retrouvent stigmatisées et incapables d'obtenir de l'aide. Dans plusieurs cas, il existe des mythes et des connaissances erronées dans ces communautés en ce qui concerne les causes de la maladie mentale et ses traitements. Dans certaines communautés, le stigmatisme associé à la maladie mentale amène la honte dans la famille, d'une façon telle qu'il nuira aux mariages potentiels d'autres membres de la famille. Par conséquent, les familles ont tendance à garder la maladie mentale en privé et sont réticentes à chercher de l'aide de professionnels.

Dans certaines communautés, les croyances religieuses et spirituelles sont liées aux causes de la maladie mentale et, dans certains cas, peuvent influencer sur le traitement. Pour plusieurs de ces communautés, le stigmatisme de la maladie mentale repose sur le racisme et d'autres formes de discrimination, laissant les individus et leur famille dans une situation complexe, de grande vulnérabilité et souvent de désespoir.

On ne peut parler du stigmatisme de la maladie mentale sans parler de la violence. Nous désirons ajouter seulement quelques points à cet égard. Bien qu'il soit vrai que certaines personnes atteintes d'un trouble mental commettent des crimes, les perceptions du public voulant qu'elles soient toutes dangereuses sont exagérées. Nous savons que de 80 à 90 p. 100 des gens souffrant d'une maladie mentale ne commettent jamais d'acte violent; en fait, ils sont davantage susceptibles d'être victimes de violence.

As a predictor of violence, mental illness ranks far behind other risk factors like age, gender and history of violence or substance abuse. We do, however, need to confront the stereotype directly. We need to learn more about what it will take to change that misconception that people have.

Let me move into what works. As I have noted earlier, there are effective practices which we can look to in order to effect change in public understanding of mental illness. The most promising strategy for impacting negative perceptions is increasing contact with mentally ill persons. No other strategy has been shown to be more effective.

The more that we can provide opportunities for society to meet with, listen to and understand the experience of those with mental illness, the more we can expect to see two results: the first is more favourable attitudes; and the second is personal relevance. Helping people to acknowledge their own mental health problems, and/or those of family members, goes a long way toward helping to decrease the social distance between them and us.

There is no question that the media have played a role in fostering negative attitudes. However, research has suggested that we can address misconceptions about mental illness and can be effective in nullifying the influence of negative news coverage of people with mental illness.

Among the strategies found to be most effective in creating understanding and acceptance is a comprehensive health promotion approach combined with a social marketing approach. Basically, a health promotion approach recognizes that attitude and behaviour changes are difficult to effect, but they can come about if you recognize that it takes a range of strategies. Therefore, I put forward four strategies that need to be addressed through a health promotion framework.

First, you need a social marketing strategy that is designed to raise awareness, encourage seeking help and promote positive understanding. Second, you need development of healthy public policy. I think all of my colleagues have talked about public policy, which will go a long way to contributing to treating people with respect and dignity and ensuring supportive policies for social assistance, housing and health care. Third, you need sensitization training for those who regularly come into contact with people with mental illness.

Ms. Hall talked about the police. The good news is there are efforts underway to work with law enforcement personnel to help them to develop alternatives to lethal force and to understand those strategies that would be more effective.

En tant qu'indicateur prévisionnel de violence, la maladie mentale se retrouve bien avant, et de loin, d'autres facteurs de risque tels que l'âge, le sexe et les antécédents de violence ou d'abus de substance. Toutefois, nous devons faire face au stéréotype directement. Nous devons en apprendre davantage sur ce qu'il faudra pour changer l'idée fausse qu'en ont les gens.

Nous allons maintenant aborder les approches qui fonctionnent. Comme nous l'avons fait remarquer plus tôt, il existe des pratiques efficaces sur lesquelles nous pouvons jeter un coup d'œil de façon à changer la compréhension du public à l'égard de la maladie mentale. La stratégie la plus prometteuse de toutes pour combattre les perceptions négatives est d'augmenter les contacts avec les malades mentaux. Aucune autre stratégie n'est plus efficace.

Plus nous pouvons créer des occasions pour que les citoyens rencontrent les personnes souffrant d'une maladie mentale, écoutent et comprennent leur expérience, plus nous pouvons nous attendre à obtenir deux résultats: le premier est une attitude plus favorable; et le deuxième est la pertinence pour la personne visée. Aider les gens à reconnaître leurs propres problèmes de santé mentale ou ceux des membres de leur famille contribue grandement à aider à la réduction des distances sociales persistant entre eux et nous.

Les médias ont sans contredit joué un rôle en ce qui concerne les attitudes négatives. Toutefois, des études ont permis de suggérer que nous pouvons modifier les idées fausses sur la maladie mentale et pouvons annuler efficacement l'influence de la couverture médiatique négative faite aux personnes touchées par la maladie mentale.

Parmi les stratégies considérées les plus efficaces pour améliorer la compréhension et l'acceptation est l'adoption d'une approche de promotion de la santé complète combinée à une approche de marketing social. Essentiellement, une approche de promotion de la santé reconnaît que les changements d'attitude et de comportement sont difficiles à faire survenir, mais c'est possible si vous reconnaissez qu'il est nécessaire d'utiliser tout un éventail de stratégies. Par conséquent, nous vous présenterons maintenant quatre stratégies qui doivent faire partie d'un cadre de travail sur la promotion de la santé.

Premièrement, il est nécessaire de créer une stratégie de marketing social conçue pour conscientiser, encourager à obtenir de l'aide et favoriser une compréhension positive. Deuxièmement, il est nécessaire d'élaborer une politique publique saine. Je crois que tous mes collègues ont parlé de politiques publiques, lesquelles contribueront grandement à ce que les gens soient traités avec respect et dignité et qu'ils reçoivent un soutien social, un logement et des soins de santé. Troisièmement, on doit former les gens qui sont régulièrement en contact avec les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Mme Hall a parlé des forces policières. La bonne nouvelle est que des efforts sont déployés à l'heure actuelle pour travailler de concert avec le personnel responsable de l'application de la loi pour l'aider à mettre au point des solutions de rechange à la force brute et à comprendre que ces solutions seraient plus efficaces.

We need research to explore more effective treatments. The more that we can decrease the myths that exist about the illness and its treatments, the more we can help to increase public understanding.

I have been working in this field — primarily in health care communications — over the last 20 years, trying to help people to better understand mental illness and addictions. I am still here and I have not lost hope. I have seen, over the 20 years, more and more reason to hope that things can and will change. I will share a couple of examples of initiatives underway that provide us all reason for hope.

We have a program at the Centre for Addiction and Mental Health called “There is Help...There is Hope.” It is designed to increase public understanding of mental illness and addictions, with a particular emphasis on encouraging people to seek help. It really reaches out to those two-thirds of people who have a mental health problem and who do not seek help, either because they are not aware of the symptoms or because of the stigma. It is really targeted at them.

The good news is that, in the first two years of this program, we found that approximately 78 per cent of those surveyed remembered the messages we were trying to get across, which talked about access to help. Forty-six per cent responded that they would seek help as a next step.

Another initiative is a new information centre that will be opening later this summer. The McLaughlin Addiction and Mental Health Information Centre will help people to access information and help. It really responds to the fragmentation of the mental health system — that people largely do not know where to turn when they are ready to seek help. They do not know who to call; they do not know who their health insurance will pay for and who it will not. They are faced with waiting lists and they do not know where to turn.

This service is, in part, a response to that fragmentation. It helps people to better understand and access the services that are available.

A very promising source of hope for me is the Global Business and Economic Round Table on Addictions and Mental Health. This is a virtual round table consisting of business, health and education leaders — including Michael Wilson, the former Minister of Finance — who have undersigned the proposition that mental health is a business and economic issue. Fifteen years ago, I would have said, “What do they know? What do these guys know about mental health and why would they care?” The good news is, 15 years later, they care, and they have recognized that mental health does have a bottom line, which is not a bad thing.

Nous devons favoriser la recherche en vue de découvrir des traitements plus efficaces. Plus nous affaiblirons les mythes entourant la maladie et ses traitements, plus nous pourrions augmenter la compréhension du public.

Je travail dans ce domaine — principalement dans les communications touchant les soins de santé — depuis les 20 dernières années, essayant d’aider les gens à mieux comprendre la maladie mentale et les dépendances. Je suis encore ici et je n’ai pas perdu espoir. J’ai vu, au cours des 20 dernières années, de plus en plus de raisons d’espérer que les choses peuvent changer et changeront. Nous allons vous donner quelques exemples des initiatives en cours qui nous donnent tous des raisons d’espérer.

Au Centre, nous avons un programme appelé «There is Help... There is Hope» (Il y a de l’aide... Donc, il y a de l’espoir). Ce programme est conçu pour augmenter la compréhension du public concernant la maladie mentale et les dépendances encourageant particulièrement les gens à obtenir de l’aide. Il cible réellement le deux tiers des gens souffrant d’un trouble mental et qui ne cherchent pas d’aide, soit parce qu’ils sont inconscients des symptômes, soit à cause du stigmate.

La bonne nouvelle est qu’au cours des deux premières années du programme, nous avons découvert qu’environ 78 p. 100 des personnes interrogées se souvenaient des messages qui nous essayions de passer, lequel était d’obtenir de l’aide. Quarante-six pour cent ont répondu que leur prochaine étape serait d’obtenir de l’aide.

La deuxième initiative est l’ouverture d’un centre d’information cet été. Le McLaughlin Addiction and Mental Health Information Centre aidera les gens à obtenir de l’information et de l’aide. Le centre contrebalance réellement la fragmentation du système de soins de santé mentale — ayant pour résultat qu’un bon nombre de personnes ne savent pas où aller lorsqu’elles sont prêtes à obtenir de l’aide. Elles ne savent pas où appeler; elles ne savent pas pour qui leur assurance maladie paiera. Elles font face à de longues listes d’attente et ne savent pas vers qui se tourner.

Ce service répond, en partie, à la fragmentation. Il aide les gens à mieux comprendre et accéder aux services disponibles.

La Table ronde de commerce international et d’économie sur les dépendances et la santé mentale constitue, selon moi, une source d’espoir très prometteuse. Il s’agit d’une table ronde virtuelle dont les membres sont des dirigeants du monde des affaires, de la santé et de l’éducation, dont Michael Wilson, l’ancien ministre des Finances — qui a soussigné la proposition voulant que la santé mentale constitue un enjeu commercial et économique. Il y a quinze ans, nous aurions dit: «Qu’en savent-ils? Que connaissent ces gens sur la santé mentale et pourquoi s’en préoccuperaient-ils?» Une autre bonne nouvelle est que, quinze ans plus tard, ils s’en préoccupent et ils ont reconnu que la santé mentale comporte un aspect financier, ce qui n’est pas un aspect négatif.

These influential business leaders have attracted the attention of governments and other business leaders worldwide. They are bringing much-needed attention to the issues of mental health, to the importance of early detection and the impact of mental health on work and productivity.

I would like to give one more example of an excellent program. That is the Workman Theatre Project, with which our chair, I believe, is familiar. The Workman Theatre Project has become known for putting a human face on mental health issues by producing professional theatre that not only focuses on mental health, but is also staged by a company of professional actors and people who receive mental health services. They have performed to audiences across Canada. More importantly, they have connected to the rest of the world through international festivals. Most recently, the Madness and Arts 2003 world festival was the first international festival that brought 185 artists and academics from nine countries to Canada and reached over 10,000 people in its first year. This is an interesting approach to using creative expression to educate people about mental illness.

Let me close with six recommendations: First, we need a supportive policy framework to ensure the provision of income support, housing, employment, court diversion programs and an accessible and comprehensive treatment system.

Second, we need social marketing programs to help increase public understanding. These programs must be developed to reach out to diverse communities and be tailored to their specific needs.

Third, we need fresh approaches to disseminating research information.

Fourth, the "voice" of those who have been affected by mental illness must be prominent in order to impact negative perceptions. Those families and clients must be involved in the development and implementation of these programs.

Fifth, we need training programs to raise awareness of the experience of mental illness, sensitize to stigmatizing behaviours and provide direction to create more accommodating environments.

Finally, we need a national strategy to coordinate efforts for maximum reach and provide appropriate levels of funding.

I want to thank you for the opportunity to offer hope for real change and for your leadership on this issue and hope you will continue to influence how mental illness is addressed and resourced.

The Chairman: I thank you all for your terrific presentations.

Ces dirigeants d'entreprise d'influence ont attiré l'attention des gouvernements et d'autres dirigeants d'entreprises partout dans le monde. Ils attirent l'attention sur les questions de santé mentale, de l'importance d'une détection précoce et de l'impact de la santé mentale sur le travail et la productivité.

Nous désirons parler d'un autre excellent programme: le Workman Theatre Project (Projet «Théâtre de l'ouvrier») que le président, semble-t-il, connaît bien. Ce projet s'est fait connaître en mettant un visage humain sur des problèmes de santé mentale en produisant des pièces de théâtre professionnelles qui, non seulement, met l'accent sur la santé mentale, mais faisant aussi appel à une compagnie théâtrale de comédiens professionnels et de personnes qui reçoivent des services en santé mentale. Cette compagnie s'est exécutée partout au Canada. Mais par-dessus tout, ils ont établi des liens avec le reste du monde par le biais de festivals internationaux. Récemment, le Festival mondial de la folie et des arts 2003 fut le premier festival international ayant réuni 185 artistes et universitaires de neuf pays au Canada et a connu une fréquentation de plus de 10 000 personnes dès sa première année. L'utilisation de l'expression créative pour éduquer les gens sur la maladie mentale constitue une approche différente.

Nous terminons avec six recommandations: premièrement, nous requérons un cadre de politique de soutien pour assurer l'existence de soutien au revenu, au logement, à l'emploi, à des programmes de déjudiciarisation et à un système de traitement complet et accessible.

Deuxièmement, nous devons créer des programmes de marketing social pour aider à accroître la compréhension du public. Ces programmes doivent être mis au point pour atteindre diverses communautés et être conçus pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Troisièmement, nous requérons des approches nouvelles de diffusion d'information sur la recherche.

Quatrièmement, la «voix» de ceux et celles qui ont souffert d'une maladie mentale doit être entendue de façon à atténuer les perceptions négatives. Les familles et les clients doivent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces programmes.

Cinquièmement, nous avons besoin de programmes de formation pour conscientiser les citoyens à l'égard de l'expérience de la maladie mentale, à l'égard des comportements de stigmatisation et fournir une direction pour créer des environnements plus accueillants.

Finalement, nous avons besoin d'une stratégie nationale pour coordonner les efforts afin d'assurer une portée maximale et de fournir un niveau de financement approprié.

Je désire vous remercier de nous donner l'occasion de donner l'espoir d'un réel changement et de votre leadership sur le sujet. J'espère que vous continuerez la façon dont la maladie mentale est abordée et financée.

Le président: Je vous remercie tous de vos présentations extraordinaires.

Senator Fairbairn: I really want to thank all of you for being here. This has been a terrific set of presentations.

I will start with the last first. When you mentioned people getting involved, I think that everyone around this table knows that we think of Michael Wilson. I am involved with the Council for Canadians with Disabilities, both physical and otherwise.

I have been at some of these public sessions where they are all there and it is a joyous gathering.

In spite of all of the obstacles that you have pointed out today in what is probably one of the most difficult issues in the whole health agenda, would you agree that in recent years, perhaps because of people being prepared to come forward, there have been significant advances in public understanding, or are we still struggling?

Ms. Scheffer: I am not sure it is significant. There have been improvements and I think we see those through things like the economic round table. Those of us who have been struggling with this issue for the last 20-odd years would never have secured the attention 20 years ago of the very people who sit at the tables now and who have committed to changing their own workplaces to places of wellness, to introducing initiatives that will accommodate people who are returning to work after a mental illness and to providing supportive and accommodating environments. There have been gains. Research will show you that in the U.K., for example, they can point to more significant increases in public understanding. It comes back to the "voice" and the personal testimonials. It has been demonstrated that putting forward someone who has had experience with a mental illness and can speak to that brings about the most change in attitudes.

Ms. Hall: I think it does, particularly in terms of young people who benefit from an early intervention approach. There is aggressive use of medication among the clinicians who have taken an interest in early intervention. If the first level does not work, we move on to the next. We do not let the person wander around while things are not working. They use peer support and deal with addictions and trauma up front. There is a different clinical approach among those who have gravitated to the early intervention approach, which is significant and powerful. There are pockets of innovation that are not system wide, which is the problem. There is reason to hope, but there is a clear difference in practice and standards applied to individuals who might go that route versus others. I am speaking about folks with serious and persistent mental illness, where my colleague may be speaking of the broader 20 per cent of the population who experience a mental illness.

Ms. Shoush: I would like to say that I think there is change coming in the communities. I think that we see young people as being much more open and receptive to including, as their peers, young people who may have mental illnesses or differences.

Le sénateur Fairbairn: Je vous remercie tous profondément d'être ici. Nous avons entendu une belle série de présentations.

Je vais commencer par la dernière. Lorsque vous avez mentionné la participation des gens, je crois que nous tous, autour de cette table, avons pensé à Michael Wilson. Je fais partie du Conseil des Canadiens avec des déficiences, physiques ou autres.

J'ai participé à certaines de ces séances publiques où ils se rassemblent tous, et l'ambiance y est joyeuse.

Malgré tous les obstacles que vous avez soulignés aujourd'hui dans ce qui constitue probablement un des problèmes les plus complexes du dossier de la santé, êtes-vous d'accord qu'au cours des dernières années, peut-être grâce aux gens prêts à sortir de l'ombre, il y a eu d'importantes avancées en ce qui concerne la compréhension du public, ou nous démenons-nous encore?

Mme Scheffer: Je ne crois pas qu'il s'agit d'un changement notable. Il y a certes eu des améliorations et je crois que nous pouvons les percevoir par le biais d'événements du genre de la table ronde économique. Ceux d'entre nous qui ont défendu cette cause depuis les vingt dernières années n'auraient jamais, il y a vingt ans, retenu l'attention des mêmes personnes assises à cette table aujourd'hui et qui ont pris l'engagement de changer leur propre lieu de travail en endroits de bien-être, en vue de lancer des initiatives qui faciliteront la tâche des personnes qui reviennent au travail après une maladie mentale et d'offrir un environnement de soutien et d'accueil. Il y a eu des gains. La recherche démontre qu'au Royaume-Uni, par exemple, on a pu relever une augmentation notable de la compréhension du public. Cela vient de la «voix» des témoignages personnels. Il a été prouvé que c'est en présentant une personne ayant souffert d'une maladie mentale et pouvant en parler, qu'on assiste aux changements d'attitude les plus marquants.

Mme Hall: Je crois que c'est vrai, particulièrement en ce qui concerne les jeunes gens qui bénéficient d'une approche d'intervention précoce. Les cliniciens qui se sont intéressés à l'intervention précoce utilisent les médicaments de façon agressive. Si le premier niveau ne fonctionne pas, nous passons au suivant. Nous ne laissons pas la personne errer si les médicaments ne fonctionnent pas. Ils utilisent le soutien des pairs et combattent les dépendances et les traumatismes dès le départ. Ceux qui ont adhéré à l'approche d'intervention précoce, laquelle est notable et puissante, ont aussi adopté une approche clinique différente. On retrouve des régions innovatrices à quelques endroits du système. Le problème est que ce n'est pas généralisé. Il y a lieu d'espérer, mais il existe une différence notable dans la pratique et dans les normes appliquées aux individus qui suivent cette voie et ceux qui ne la suivent pas. Je parle de ces personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante que mon collègue pourrait appeler les 20 p. 100 de la population qui expérimente la maladie mentale.

Mme Shoush: J'aimerais dire que je crois percevoir l'arrivée de changements dans les communautés. Je crois que nous rencontrons des jeunes qui sont beaucoup plus ouverts et réceptifs à l'inclusion de leurs pairs, d'autres jeunes gens, qui peuvent être atteints d'une maladie mentale ou être différents.

To give you a specific example of a government or a structure that may be looking at approaching this differently, Lethbridge is a place that has demonstrated lots of innovations in the justice and forensic areas. The Lethbridge justice project has looked at finding ways of taking young people out of the justice system and dealing with them in a different manner. It is also being expanded to working with persons who are facing mental illnesses. There are some changes coming, but in pockets and all over the place.

Senator Fairbairn: I have been further drawn into this issue through sports. One of the things that just fascinates and delights is to see the effects of the Special Olympics on children, in which a number of senators, such as Senator Eyton and Senator Johnson, have been involved for years. Even in the Paralympics, with which I am involved, there is a mix of the two. It seems to me that this, in a way, has helped to encourage participation, particularly among young people, and it maybe stimulates older people too.

The Chairman: Ms. Shoush, were you suggesting that young people have less of the stigmatizing attitude than their parents?

Ms. Shoush: I think young people are less likely to stigmatize a fellow young person, although I have no evidence to support that. My comment is intuitive; I look at my own children.

Mr. Arnett: I can give you some anecdotal evidence from my wife, who is a guidance counsellor in an elementary school. She sees the children who are different in any number of ways, with mental health problems or physical problems or in wheelchairs. Other kids often treat them attentively. As we grow older, we learn fears that we do not have when we are younger. Along with the fears comes the tendency to stigmatize. I agree with Ms. Shoush that there is hope, and I agree with you, senator, that there is hope. I think we are at the leading edge of it, but we have a long way to go. We have to start changing structures and look at the issues more comprehensively, so that we focus on not only the biological but also the psychological, the social and the housing, and on the impact on work and where people live. These elements must all be addressed.

The existence of this committee and its present focus, as well as Michael Wilson's group, shows a much more important perspective than in the past; that is a sign of great hope.

Senator Fairbairn: I have to go back to the beginning, when you galvanized our interest by discussing the privacy issue. We have had the privacy issue before this committee a great deal, not specifically in the area of mental illness, but outside of our health studies. We have had legislation to "open up the door" a little. We heard throughout our health studies about the great need for a better system of disseminating and collecting information; and how people in various parts of the country would be thus better

Lethbridge, un exemple spécifique d'un gouvernement ou d'une structure qui pourrait envisager une approche différente, a fait preuve d'innovation dans les domaines de la justice et judiciaire. Le projet de justice de Lethbridge a permis de se pencher sur différentes façons de faire sortir des jeunes gens du système judiciaire et de les traiter autrement. Le projet s'étend aussi maintenant pour s'appliquer aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Des changements sont imminents, mais par région, et un peu partout.

Le sénateur Fairbairn: J'ai été impliqué dans cette question par le biais des sports. Un des aspects fascinants et merveilleux est de voir les effets des Olympiques spéciaux sur les enfants, Olympiques auxquels un certain nombre de sénateurs, tels que les sénateurs Eyton et Johnson ont participé pendant plusieurs années. Même dans les Paralympiques, dans lesquels je m'implique, il y a un mélange des deux. Il me semble que cela, d'une certaine façon, a aidé à encourager la participation, particulièrement parmi les jeunes gens, et peut-être aussi parmi les plus vieux aussi.

Le président: Madame Shoush, suggérez-vous que les jeunes stigmatisent moins que leurs parents?

Mme Shoush: Je crois que les jeunes gens sont moins susceptibles de stigmatiser un de leurs pairs; toutefois je n'ai pas de preuve pour le prouver. Mon commentaire est intuitif; je regarde l'attitude de mes propres enfants.

M. Arnett: Je peux vous donner une certaine preuve en anecdote. Ma femme, qui est conseillère en orientation professionnelle dans une école primaire, voit des enfants qui sont différents de toutes sortes de façons, avec des problèmes de santé mentale, des problèmes physiques ou qui se déplacent en chaise roulante. Les autres enfants les traitent avec soin. En vieillissant, nous acquerrons des craintes que nous n'avons pas quand nous sommes jeunes. La tendance à stigmatiser accompagne ces craintes. Je suis d'accord avec Mme Shoush qu'il y a de l'espoir et je suis d'accord avec vous, monsieur le sénateur, qu'il y a de l'espoir. Je crois que nous sommes les références en la matière, mais nous avons un long chemin à parcourir. Nous devons commencer à modifier les structures et évaluer les enjeux de façon plus globale de façon à envisager non seulement l'aspect biologique, mais aussi les aspects psychologiques et sociaux, notamment le logement, et les impacts au travail et dans le milieu de vie des gens. Tous ces aspects doivent être tenus en compte.

L'existence du comité et son sujet de discussion, et du groupe de Michael Wilson démontre une perspective beaucoup plus importante que par le passé; c'est un signe porteur de beaucoup d'espoir.

Le sénateur Fairbairn: Je retourne au début de votre présentation lorsque vous avez galvanisé notre intérêt en discutant de la question de confidentialité. Le comité a souvent entendu parler que la question de la confidentialité, pas spécifiquement dans le domaine de la maladie mentale, mais à l'extérieur de nos études sur la santé. Nous avons entériné des règlements pour «entrebâiller la porte». Nous avons entendu parler, tout au long de nos études sur la santé, du besoin criant

enabled to understand all of the advances that are being made. One of the big issues is the information being withheld because of privacy constraints.

We have had difficult debates around this table on this issue and there are strongly held views, both pro and con. It would seem to me that perhaps this committee could make some powerful statements, with your help, on how essential it is to open the doors for people with mental disabilities. In that way, everyone could understand it better, including the need for sharing of information between people within the health system.

Ms. Shoush: I support that very strongly. In Aboriginal communities, privacy is not understood as a strong Constitutional value. Some have moved it up by using the Charter of Rights to assert that it is a strong Constitutional value. Aboriginal communities would say that they have a different world view and that the community is the focus. They believe that the community unit deserves to be the focus of concern and that information to help the community be whole and well should be available and shared. People could then have strong, resilient and safe communities.

People may be afraid of a person with a mental disability because they have no knowledge about the condition and what it might lead to. Privacy legislation puts up many kinds of barriers to better health. It also puts up barriers to research that might allow us to come up with better strategies for mental health supports for persons needing them.

I can give you a direct example. We have had a number of First Nations communities in Alberta identify prescription drug abuse as a significant issue. They have asked for our help in the justice area to address this problem. We have not found a way to overcome the barrier of the federal privacy legislation, which does not allow us to identify the person receiving multiple, even thousands of, prescriptions each week that they take into the community streets and sell or hand out to young people, causing addictions.

We are not able to get behind that veil of secrecy to the persons who are contributing to this problem so that we can address it.

Mr. Arnett: As a clinician, I cannot go down the hall to ask a colleague, who has seen a patient that I am about to see, what they know that might help me to better evaluate that patient. The intent of the law is noble, there is no question about that, but it does impose limitations that impact negatively on patient care. A large part of patient care is having access to history and information. The law creates a significant limitation.

The irony, in one way, is: What is the rationale for such privacy? Is it to hide the fact that people have mental illnesses? Is it to protect the unauthorized dissemination of knowledge and information? Sometimes, I think it almost aids and abets

d'un système amélioré de dissémination et de collecte d'information; et à quel point les gens dans diverses régions du pays seraient ainsi plus en mesure de comprendre toutes les découvertes qui sont faites. Un des enjeux importants est celui de la conservation de l'information en raison de contraintes de confidentialité.

Nous avons eu des débats passionnés autour de cette table sur le sujet et certaines positions sont fermement maintenues, à la fois pour et contre. Il me semble que le comité pourrait faire des déclarations puissantes, avec votre aide, sur la nécessité d'ouvrir les portes aux gens atteints de handicaps mentaux. Ainsi, tout le monde pourrait mieux la comprendre, y compris la nécessité du partage d'information entre les gens au sein du système de santé.

Mme Shoush: Je suis fortement en accord avec cette proposition. Dans les communautés autochtones, la confidentialité ne fait pas partie des valeurs constitutionnelles fondamentales. Certains lui ont accordé cette valeur en faisant appel à la Charte des droits. Les communautés autochtones diraient qu'elles possèdent un point de vue différent sur le monde et que la communauté est l'élément central. Elles croient que la communauté mérite d'être le centre des préoccupations que l'information pouvant aider cette dernière à être entière et saine doit être disponible et partagée. Les gens pourraient alors avoir des communautés fortes, résilientes et sécuritaires.

Les gens peuvent avoir peur d'une personne atteinte d'un trouble psychique parce qu'ils n'ont aucune connaissance sur la condition et sur ce qu'elle peut entraîner. La réglementation sur la confidentialité érige plusieurs sortes de barrières à une meilleure santé. Elle érige aussi des barrières à la recherche qui pourrait nous permettre de découvrir des stratégies améliorées de soutien à la santé mentale pour ceux qui en ont besoin.

Je peux vous donner un exemple concret. Un certain nombre de Premières nations d'Alberta ont identifié l'abus de médicaments prescrits comme un problème important. Elles nous ont demandés de l'aide juridique à ce sujet. Nous n'avons trouvé aucune façon de franchir la barrière de la réglementation fédérale sur la confidentialité, laquelle ne nous permet pas d'identifier la personne recevant de multiples, si ce n'est des milliers, de prescriptions chaque semaine qu'elle revend ou redistribue dans les rues des communautés, provoquant ainsi des dépendances.

Nous sommes incapables de lever le voile de la confidentialité de ces personnes qui causent ce problème et ainsi le régler.

M. Arnett: En tant que clinicien, je ne peux passer au bureau à côté pour demander à un collègue, qui a reçu un patient que je vais voir, ce qu'il sait qui pourrait m'aider à mieux évaluer ce patient. L'intention de la loi est noble, il n'y a pas de doute, mais elle impose réellement des limites qui ont un impact négatif sur les soins aux patients. En grande partie, les soins au patient consistent à avoir accès à ses antécédents et à ses renseignements personnels. La loi impose des limites importantes.

D'une certaine façon, l'ironie est: qu'est-ce qui justifie une telle confidentialité? Est-ce pour cacher le fait que les gens souffrent d'une maladie mentale? Est-ce pour protéger la distribution non autorisée de connaissances et d'information? Parfois, je crois que

stigmatization by saying, "That is covered under the Mental Health Act and you cannot have access to it." In some ways, it creates more stigmatization than many other things.

Senator Fairbairn: It may be an old-fashioned concept that you are protecting the person by —

Mr. Arnett: — paternalistic means.

Ms. Hall: Just a point: You might be able to get around that in Vancouver through the after-hours emergency service that includes a Vancouver police officer and a social worker or a psychiatric nurse from the mental health system. The two databases can be cross-referenced for problem solving. The second point is that sometimes, we simply do not share information when it is legally possible. I visited Seattle, where every morning, the jail sends over to the mental health system the list of folks that ended up there the night before. They ask staff to come and help them sort out the mental health issues. They do that because anyone entered into the criminal justice system is a matter of public record.

We do not make that kind of information exchange that is possible, with the result that people with mental illness get lost in the justice system. There is the issue of the law and there is the issue of lack of collaboration.

The Chairman: That is one of the issues at which we will look. I spoke briefly with the director of the juvenile detention centre in Ottawa. Some 70 per cent of his inmates would have had some form of mental illness. To pick up your point, that is his catchment area. If you have data from elsewhere in the country, we would love to have it.

Senator Morin: I would like to be clear on this. Are you saying that we should disseminate personal health information without the patient's consent? If so, would this be strictly for mental health problems? I am sure that patients with other illnesses, such as AIDS, would not want this information disseminated. Is that what we are saying? Certainly if a patient consents to the sharing of information, that is another matter.

Are we saying that this very personal information should be disseminated without the patient's consent?

Ms. Hall: It is always used in a crisis situation. The situations with which I am dealing are crises. The person is considered a danger to self or others. The police and/or the after-hours emergency people have been called to the scene. They need to know what is happening.

It is not a matter of casually sharing information. There is a purpose to the action, which is to give the person the best possible and the most knowledgeable assistance.

cela aide et encourage presque la stigmatisation en envoyant le message «Ceci est couvert en vertu de la Loi sur la santé mentale et vous ne pouvez pas y avoir accès». De certaines façons, cela amplifie davantage la stigmatisation que beaucoup d'autres choses.

Le sénateur Fairbairn: Peut-être est-ce un concept démodé de protéger la personne par...

M. Arnett: ... des moyens paternalistes.

Mme Hall: Un point seulement: il est possible de contourner le problème à Vancouver par le biais du service d'urgence ouvert après les heures normales de travail qui emploie un agent de police et un travailleur social ou une infirmière psychiatrique du système de soins de santé mentale. Les deux bases de données peuvent être croisées pour résoudre des anomalies. Le deuxième point est que, parfois, nous ne partageons tout simplement pas de l'information même lorsque c'est possible au plan juridique. J'ai visité Seattle où, chaque matin, le personnel de la prison envoie au système de soins de santé mentale une liste des personnes s'étant présentées sur place la nuit précédente. Il demande que des employés en santé mentale viennent sur place pour l'aider à identifier les personnes présentant des troubles mentaux. On procède ainsi parce que le cas de quiconque entrant dans le système de justice criminelle devient public.

Nous n'effectuons pas ce genre d'échange d'information qui est possible, ce qui a pour résultat que les gens atteints d'un désordre psychique se perdent dans le système judiciaire. Il y a un aspect juridique et un aspect de manque de collaboration.

Le président: Il s'agit d'un des aspects sur lesquels nous allons nous pencher. J'ai parlé brièvement avec le directeur d'un centre de détention juvénile à Ottawa. Environ 70 p. 100 de ses détenus seraient atteints d'un trouble psychique. Pour relever votre point, il s'agit de son aire de captage. Si vous détenez des données d'ailleurs au pays, nous souhaiterions en avoir copie.

Le sénateur Morin: Je voudrais être clair à ce sujet. Êtes-vous en train de dire que nous devrions disséminer de l'information personnelle sur la santé sans le consentement d'un patient? Si c'est le cas, serait-ce uniquement dans le cas des problèmes de santé mentale? Je suis certain que les patients atteints d'autres maladies telles que le Sida ne voudraient pas voir cette information rendue publique. Est-ce ce dont nous parlons? Bien sûr, si un patient consent à la divulgation d'information, ce n'est pas la même chose.

Sommes-nous en train de dire que cette information très personnelle devrait être divulguée sans le consentement du patient?

Mme Hall: Cette mesure est toujours utilisée en situation de crise. Les situations auxquelles je fais face sont des situations de crise. La personne est considérée un danger pour elle-même ou pour les autres. La police ou les services d'urgence ouverts après les heures normales de travail ont été appelés sur les lieux. Ils doivent savoir ce qui se passe.

Il n'est pas question de divulguer de l'information sur une base régulière. Il y a un motif pour l'action, qui est d'assister une personne le mieux possible et de la façon la mieux informée.

That is not sharing information widely. I dealt with many issues where individuals were concerned about their privacy being violated through simple things like being lashed down to stretchers in emergency rooms as people in a mental health crisis. Their privacy in the community was totally destroyed.

I am talking about situations where people have violated the law and ended up in jail and information can be shared because of what has happened. I am also talking about situations involving people in an emergent crisis of danger to self or others, where it is vitally important to their well-being to know what is happening.

Senator Morin: You are narrowing the field. This is not what I heard earlier.

Ms. Shoush: I can add to that. From an Aboriginal perspective, we should not be promoting privacy or secrecy if that will have an adverse impact on the health of the community and individuals within that community.

Before this legislation was in place, people kept track of and assisted each other. If we are not now able to know anything about a person who may be in need of support or help, we cannot provide that or work to help hold the community together.

We have been looking at possibly introducing community consent for individuals in a community that may have a significant number of persons with addictions to drugs, alcohol, prescription drugs or other compulsive behaviour. The community would give its consent to the sharing of information so that we can assist persons in addressing a problem, be it with health, justice, children's service or social services. The way to treat this is holistically.

Senator Morin: Are you extending this to all diseases or is it strictly mental conditions?

Ms. Shoush: Speaking as an individual, I would say we should allow a broad sharing of information on health and well-being if that will support better public health. If there were no stigma attached to AIDS, having the information available might actually assist the community to be healthier.

I am not saying that we should do that now, but if we could find a way for these issues to be seen as health matters requiring attention and not stigmatization, we should move towards that.

Mr. Arnett: In general, patients should consent to the release of information, albeit health or mental health information, unless it is an emergency condition. On the other hand, I think that the legalistic processes that are sometimes required to get this information, such as a patient signing, are cumbersome ones that impede progress. In general, patients should have the right to know what information is being requested and give consent.

Ce n'est pas ce qu'on appelle partager de l'information à grande échelle. J'ai fait face à plusieurs situations où des personnes étaient préoccupées de la violation de leur vie privée par de simples gestes comme être liées à une civière dans des salles d'urgence comme certaines personnes en crise psychotique. Leur vie privée dans la communauté a été complètement détruite.

Je parle des situations où des gens, ayant enfreint la loi, se retrouvent en prison et que des renseignements peuvent être divulgués à cause de ce qui s'est passé. Je parle aussi des situations où, des personnes en état de crise, représentent un danger pour elles-mêmes ou pour les autres, et où pour leur bien-être il est vital savoir ce qui se passe.

Le sénateur Morin: Vous restreignez le champ. Ce n'est pas ce que j'ai entendu plus tôt.

Mme Shoush: Je peux en rajouter. Du point de vue autochtone, nous ne devrions pas favoriser la confidentialité ou la vie privée, car cela aurait un effet néfaste sur la santé de la communauté et des individus de celle-ci.

Avant l'entrée en vigueur de cette réglementation, les gens gardaient contact avec les autres et s'entraidaient. Si nous ne sommes plus capables de rien savoir sur une personne qui pourrait avoir besoin d'aide ou de soutien, nous ne pouvons le faire, ni travailler au maintien de l'unité de la communauté.

Nous avons envisagé d'introduire un processus de consentement communautaire dans les communautés dont un nombre important de personnes seraient dépendantes à des drogues, à l'alcool, à des médicaments prescrits ou démontreraient un comportement compulsif autre. La communauté accorderait son consentement pour le partage d'information, pour que nous puissions aider les gens à surmonter leur problème, que ce soit au niveau de la santé, de la justice, des services à l'enfance ou des services sociaux. Il s'agit d'une approche globale.

Le sénateur Morin: Étendez-vous cette mesure à toutes les maladies ou strictement aux maladies mentales?

Mme Shoush: En parlant en mon nom, je dirais que nous devrions permettre un partage élargi d'information sur la santé et le bien-être si cela soutient davantage la santé du public. S'il n'y avait pas de stigmatisme lié au Sida, détenir l'information pourrait en fait aider la communauté à être plus en santé.

Je ne dis pas que nous devons faire cela maintenant, mais que nous devrions trouver une façon de percevoir ces questions comme des enjeux de santé requérant notre attention et non notre stigmatisation. C'est ce vers quoi nous devrions nous orienter.

M Arnett: En général, les patients devraient consentir à la divulgation d'information, sauf l'information sur la santé ou la santé mentale, à moins qu'il ne s'agisse d'une condition urgente. D'un autre côté, je crois que les processus juridiques qui sont parfois requis pour obtenir cette information, comme l'obtention de la signature d'un patient, sont encombrants et ralentissent le progrès. En général, les patients devraient avoir le droit de savoir l'information qui est requise, puis donner leur consentement.

Senator Roche: I also want to thank the witnesses. Mr. Chairman, once again we have had a tremendous learning opportunity here from the selection of witnesses.

In view of the hour, I will try to confine myself to a couple of questions. The first is to you, Ms. Hall.

You made reference to the closing of the mental health advocacy office. Senators here know that I do not approach issues on a partisan basis. The colouration of the government that did this in your province is not my central concern. Governments everywhere have too often cut social programs in the name of saving money, with deleterious effects.

Therefore, could you tell us some of the consequences of the closing of your office? You mentioned that you had dealt with 2,000 people. Is there any empirical evidence of the consequences for the identifiably mentally ill?

You linked some of your comments to the prison system. I am not sure if you meant to indicate an increase in the prison population of the mentally ill.

I am sure that part of your work has been in education. Has that suffered?

Can we point to the closing of an office such as mental health advocacy having increased the costs to deal with the problems down the line that you were dealing with up the line, if I can put it that way? Was the effect worse in cost terms than what was originally spent by your office?

Ms. Hall: As a scientist, I would have to say that I could not prove that definitively because I have not undertaken the study. In terms of policy, the government would say that they chose to replace it with an advocate at the cabinet table. My response to the premier at the time was that that was great, because we needed resources for mental health and mental illness. However, to say that we do not need an advocate because we have a minister of state for mental health is like saying we do not need an ombudsman because we have a premier. They do different things.

I was slated to do educational programs for the sheriffs, court workers and financial aid workers. I was to do much cross-sector work to bring people with mental illness to the table in order to discuss the experience of living with mental illness. That work is not happening currently.

Please appreciate that in British Columbia, overall cutbacks to social services are extensive, at 30 per cent. It is difficult to pin anything on any specific cuts.

Le sénateur Roche: Je désire aussi remercier les témoins. Monsieur le président, au risque de répéter les propos de mes prédécesseurs, je dois dire que nous eue une excellente occasion d'en apprendre des témoins.

Étant donné l'heure, je vais essayer de me restreindre à quelques questions. La première s'adresse à vous, madame Hall.

Vous avez fait référence à la fermeture du Bureau de services consultatifs en santé mentale. Les sénateurs ici présents savent que je n'envisage pas les questions sous une perspective partisane. La couleur du gouvernement qui a posé ce geste n'est pas au centre de mes préoccupations. Les gouvernements partout ont, trop souvent, coupé dans les programmes sociaux en vue de réaliser des économies, et ce, avec des effets délétères.

Par conséquent, pourriez-vous nous parler de certaines conséquences de la fermeture de votre bureau? Vous avez mentionné que vous aviez transigé avec 2 000 personnes. Existe-t-il une preuve empirique des conséquences pour les personnes identifiables atteintes d'un trouble psychique?

Certains de vos commentaires étaient liés au système carcéral. Je ne suis pas certain si vous avez voulu indiquer une augmentation de la proportion des malades mentaux dans la population carcérale.

Je suis certain qu'une partie de votre travail consistait à éduquer. Cet aspect a-t-il été touché?

Pouvons-nous dire que la fermeture d'un bureau offrant des services tels que les conseils en santé mentale a augmenté les coûts nécessaires pour régler les problèmes en bout de ligne que vous traitiez en première ligne, si je peux m'exprimer ainsi? L'effet a-t-il été pire, en ce qui concerne les coûts, que ce qui était dépensé à l'origine par votre bureau?

Mme Hall: En tant que chercheuse, je dois dire que je ne peux le prouver hors de tout doute puisque je n'ai pas entrepris de recherches à ce sujet. En ce qui concerne la politique, le gouvernement dirait qu'il a choisi de remplacer le bureau par un défenseur à la table du cabinet. À l'époque, ma réponse au premier ministre fut que c'était fantastique, parce que nous avions besoin de ressources en santé mentale et pour les maladies mentales. Toutefois, dire que nous n'avons pas besoin d'un défenseur parce que nous avons un ministre d'État à la santé mentale, c'est comme si je disais que nous n'avons pas besoin d'un ombudsman parce que nous avons un premier ministre. Ces personnes accomplissent des tâches différentes.

J'ai été désignée pour concevoir des programmes d'éducation pour les shérifs, les travailleurs auprès des tribunaux et d'aide financière. Je devais faire beaucoup de travail intersectoriel pour amener à la table des personnes atteintes de troubles psychiques pour discuter de leur expérience. Ce travail n'a pas lieu pour l'instant.

Veillez considérer qu'en Colombie-Britannique, les coupures totales aux services sociaux sont d'envergure et s'élèvent à 30 p. 100. Il est difficile de mettre un point sur des coupures spécifiques.

There is no education taking place. There is nowhere to go when your child has committed suicide. Everyone worries about finding out who is to blame, but no one wants to talk to the parent about what has happened.

The places for people to go have been dispersed. I am sure people find other places to go, but there is no central place.

It is helpful if there is one line and one place. Many other countries around the world have this kind of office. Canada is unique in not having formalized advocacy positions.

Consumers and families have said to me that they felt strongly that they lost their voice.

Senator Roche: Perhaps I overemphasized the quantification of this issue. Would you say a final word about the deleterious consequences in the mental health field that you have experienced or observed?

Ms. Hall: The focus on people is gone. The participation of consumers and families at the table is not as strong as it was, but the system carries on. Consumers and families are persistent and find ways to be involved, including at this table. Thank you for the opportunity.

Senator Roche: What was the budget of your office?

Ms. Hall: It was small, only \$250,000. It was peanuts in relative terms.

Senator Roche: Thank you. Ms. Scheffer, I want to thank you for saying that you have not lost hope after 20 years in the business. That was an inspiring statement to me. People like you are a blessing in society.

You talk about the media in your recommendations. You are trying to change the misconceptions about mental illness that are prevalent in the community at large and you pointed to the media as an instrument. You said that they have too often fostered the negative view.

What would a positive image be? A sentence or two later, you talked about education and health promotion, with the media maybe doing health promotion and training. I can understand that, but if we are to deal with the privacy issue that was discussed here a few minutes ago, how can the media responsibly and constructively portray mental illness in a positive manner?

I go back to Mr. Arnett's opening comment about the position of Mr. Eagleton in 1972. I thought it was a disgrace that a man who was otherwise qualified to run for office in the United States appeared to be disqualified because he had seen a psychiatrist. Would that happen today, in your view? Should the media have balanced the negative reporting they did on Mr. Eagleton because he went to a psychiatrist, and the implication, therefore, that there must be something wrong with him, with stories about what the man had done in his career in order to provide more balanced coverage?

Aucune éducation ne se fait. Les parents dont un enfant se suicide n'ont nulle part où aller. Tout le monde a peur de découvrir qui doit être blâmé, mais personne ne veut parler aux parents de ce qui s'est passé.

Les endroits où peuvent se rendre les gens ont été dispersés. Je suis certaine que les gens ont trouvé d'autres endroits, mais il n'y a pas de lieu central.

C'est utile d'avoir un numéro de téléphone et un endroit où aller. Plusieurs autres pays ont ce genre de bureau. Le Canada est le seul pays à ne pas avoir créé des postes officiels de défenseurs.

Les consommateurs et les familles m'ont dit qu'ils ressentaient fortement d'avoir perdu le droit de parole.

Le sénateur Roche: Je mets peut-être trop l'accent sur la quantification du problème. En conclusion, pourriez-vous faire quelques commentaires sur les conséquences délétères pour le secteur de la santé mentale que vous avez expérimentées ou observées?

Mme Hall: L'accent n'est plus mis sur les gens. La participation des consommateurs et des familles à la table n'est pas aussi forte qu'elle était, mais le système continue. Les consommateurs et les familles tiennent bon et trouvent des moyens de participer, y compris à cette table. Merci de nous avoir donné la parole.

Le sénateur Roche: Quel était le budget pour votre bureau?

Mme Hall: C'était un petit budget de seulement 250 000 \$. Cela représentait bien peu en termes relatifs.

Le sénateur Roche: Merci. Madame Scheffer, je vous remercie d'avoir mentionné que vous n'avez pas perdu espoir après 20 ans dans le domaine. Cette déclaration était inspirante. Les personnes telles que vous ont une valeur inestimable dans la société.

Dans vos recommandations, vous avez parlé des médias. Vous tentez de modifier les idées fausses sur la maladie mentale régnant dans la collectivité en générale et vous avez mentionné que les médias étaient des outils de cet état de fait. Vous avez mentionné qu'ils ont trop souvent favorisé le point de vue négatif.

De quoi aurait l'air une image positive? Une ou deux phrases plus loin, vous avez parlé d'éducation et de promotion de la santé, et que les médias pourraient promouvoir la santé et la formation. Je peux le comprendre, mais si vous envisager de traiter la question de la confidentialité dont il a été question ici il y a quelques minutes, comment les médias peuvent-ils faire, de façon responsable et constructive, un portrait positif de la maladie mentale?

Je vous renvoie à l'exposé d'ouverture de M. Arnett concernant la position de M. Eagleton en 1972. J'ai pensé que c'était lamentable qu'un homme, autrement qualifié pour se porter candidat aux États-Unis, a semblé disqualifié parce qu'il avait déjà consulté un psychiatre. Selon vous, une telle chose arriverait-elle encore aujourd'hui? Les médias auraient-ils dû couvrir de façon plus équilibrée le cas de M. Eagleton parce qu'il avait consulté un psychiatre, et par conséquent, qu'il devait avoir un problème, avec les histoires sur ce que l'homme avait fait durant sa carrière pour assurer une couverture plus équilibrée?

I am trying to get at the privacy angle as well as responsible reporting by the media on cases of mental illness.

Ms. Scheffer: I can give you example after example of positive stories of people who have suffered from a mental illness and who have recovered, whatever that means; they have regained their lives; they are leaders in the community and they happen to have a mental illness. We do not hear enough of those stories. In the brief I submitted, I report on some research that took a look at media reporting and how they disproportionately report the negative, sacrificing the positive, in those stories that deal with the successes and leadership of people who have succeeded in spite of or because of their mental illness.

We — and I will take responsibility as a health care communicator — do not proactively create sufficient opportunities for the media to tell those stories.

On a positive note, over the last number of years we have seen more champions coming from the media. Reporters from *The Sun*, *The Star*, CBC, and *Chatelaine* magazine have all spoken openly and honestly about their experiences with mental illness and addiction and have become champions for us. They have become wonderful friends who obviously have an ability to report well on these stories.

Mr. Arnett: I have a point that goes back to the model. The notion that you cannot govern, that you cannot lead, that you cannot do anything else because you have a mental illness, applies to an extremely small number of the people who have a diagnosable mental illness.

The Chairman: You mean that in fact, it only applies to a small number?

Mr. Arnett: That is correct.

That is the first point. There are people with mental illness who cannot find their way around or manage their own affairs. They are small in number. Schizophrenia affects one per cent. Anxiety affects 12 per cent. It is far more prevalent. However, the point is that it is a very small number of people who, by virtue of mental illness, probably should not be a position to run for the U.S. vice-presidency. Therefore, most should.

We “biologize” everything and make everything into a brain disorder. If I said you were unhappy and depressed today, you would say it was related to some circumstance, but you would be fine tomorrow. If you ascribe it to a brain disorder, as we do with modern imaging techniques, whether it is in the frontal lobes, the hypothalamus, the sub-cortical structures or wherever, you

J’essaie de percevoir la question sous l’angle de la confidentialité ainsi que sous l’angle des médias devant essayer de fournir une couverture raisonnable dans les cas de maladie mentale.

Mme Scheffer: Je peux vous donner une foule d’exemples d’histoires positives de personnes ayant souffert d’une maladie mentale et qui se sont rétablis, peu importe ce que cela signifie; ils ont recommencé à vivre; ils sont des meneurs dans leur communauté et par hasard ils ont une maladie mentale. Nous n’entendons pas suffisamment parler de ces histoires. Dans le mémoire que j’ai soumis, je présente les résultats d’une étude sur la couverture médiatique et à quel point elle relate de façon disproportionnée l’aspect négatif, sacrifiant l’aspect positif, des histoires de succès et de leadership des gens qui ont réussi malgré ou à cause de leur maladie mentale.

Nous — et je vais prendre la responsabilité en tant que communicatrice en soins de santé — ne créons pas suffisamment, de façon proactive, des occasions pour les médias de raconter ces histoires.

Une note positive pour conclure: au cours des dernières années, nous voyons de plus en plus de personnes extraordinaires provenant des médias. Des journalistes des publications telles que *The Sun*, *The Star*, *Châteline* et de CBC ont parlé ouvertement et honnêtement de leur expérience avec la maladie mentale et la dépendance. Ils sont devenus nos héros. Ils sont devenus des amis extraordinaires qui ont, de toute évidence, la capacité de bien parler de ces événements.

M. Arnett: Je désire soulever un point sur le modèle. La notion que vous ne pouvez pas gouverner, que vous ne pouvez pas diriger, que vous ne pouvez pas faire rien d’autre parce que vous souffrez d’une maladie mentale s’applique à un très petit nombre de personnes qui ont une maladie mentale pouvant être diagnostiquée.

Le président: Vous voulez dire qu’en fait, cela s’applique seulement à un petit nombre de personnes?

M. Arnett: C’est vrai.

Il s’agit du premier point. Certaines personnes souffrant d’une maladie mentale sont incapables de s’orienter ou de gérer leurs propres affaires. Ces personnes sont peu nombreuses. La schizophrénie représente 1 p. 100. L’anxiété touche 12 p. 100. Elle est beaucoup plus fréquente. Toutefois, le fait est que seulement un très petit nombre de personnes, à cause d’une maladie mentale, ne devrait probablement pas se porter candidat à la vice-présidence des États-Unis. Par conséquent, la plupart d’entre eux devraient.

Nous attribuons une nature biologique à tout et considérons tout comportement comme un désordre cérébral. Si je disais que vous étiez mécontent et déprimé aujourd’hui, vous diriez que c’était imputable à certaines circonstances, mais que vous serez bien demain. Si vous attribuez ces émotions à un désordre cérébral, comme les font les techniques d’imagerie modernes, que

ascribe a permanence not only to the existence of the condition, but to the infirmities and disabilities that the myth confers on us.

If you are troubled today by a circumstance that upsets you, that does not mean you should not do anything next week or that what you did last week was bad. The more we “biologize” the condition in isolation from the psychological and social factors, the living circumstances and the work environment, the more we confer permanence and severity on things that are neither that permanent nor that severe and should not disqualify people. The media, being powerful, could do a great deal to put this into perspective.

Senator Roche: Would candidates be disqualified today after the revelation of a type of mental illness, psychiatric treatment or something similar?

Mr. Arnett: I regret to say I believe the answer is yes, especially if it required shock treatment or anti-psychotic medications.

The Chairman: Ongoing medication of some kind?

Mr. Arnett: Unfortunately, we have not passed beyond that point yet.

Ms. Scheffer: There is an additional part that mental health agencies can play, as can the media, and it pertains to reporting on suicides, reporting on negative stories and making speculations. There have been discussions with the media about not reporting on suicides. That is number one. That is something we should continue to discuss. Secondly, there is not much of a story if the media do not have anyone to talk to.

For example, when there are stories in the media involving someone who may have had a mental health problem or been treated for one and reporters call our organization, our policy is we will not discuss, or be seen to be speculating about, the individual who is the subject of that media discussion. Not only will we not comment on the specific story, we will not talk in general terms, for example, and give our opinion on a mother who might take her child and jump in front of a subway train. We choose not to participate in that kind of speculation.

Ms. Hall: I want to say that there is another role, in some ways disagreeing with what has been said. The role I often played when that happened was to explain what postpartum depression was or to find a clinician who would do that. Frequently, in cases where someone with a mental health disability got into difficulty with the law, there were two victims. You have to try to explain the perspective of that person, because there are attempts to lay blame and to see the person as evil. They are often just as much victims as others. I played that role. That is not happening now

ce soit dans les lobes frontaux, l'hypothalamus, les structures subcorticales ou autres, vous attribuez une permanence non seulement à l'existence de la condition, mais aussi aux infirmités et aux handicaps que les mythes nous confèrent.

Si vous êtes troublé aujourd'hui par un événement qui vous bouleverse, cela ne signifie pas que vous ne devez rien faire la semaine prochaine ou ce que vous avez fait la semaine précédente était mauvais. Le plus nous donnons une nature biologique à la condition en l'isolant des facteurs psychologiques et sociaux, des circonstances de vie et de l'environnement de travail, plus nous attribuons une permanence et une gravité à des aspects qui ne sont ni permanents, ni tellement grave et qui ne devraient pas disqualifier les gens. Les médias, grâce à leur puissance, pourraient avoir beaucoup d'impact pour replacer les choses en perspective.

Le sénateur Roche: Un candidat serait-il disqualifié aujourd'hui s'il s'avérait souffrir d'un type de maladie mentale, avoir besoin d'un traitement psychiatrique ou de quelque chose de similaire?

M. Arnett: Je regrette de dire que je crois devoir répondre «oui», particulièrement si la personne requiert des électrochocs ou des médicaments antipsychotiques.

Le président: Prendre un médicament quelconque de façon continue?

M. Arnett: Malheureusement, nous n'avons pas encore dépassé ce point.

Mme Scheffer: Les agences pour la santé mentale peuvent jouer un rôle additionnel, tout comme les médias; ce rôle concerne la couverture de suicides ou d'histoires négatives et faire des suppositions. Des discussions ont eu lieu avec les médias pour ne pas médiatiser les suicides. C'est le premier élément. Il s'agit d'un aspect sur lequel nous devrions continuer de discuter. Deuxièmement, il n'y a pas vraiment l'ombre d'une histoire si le média n'a personne à qui parler.

Par exemple, lorsqu'il est question dans les médias d'une personne qui pourrait avoir eu des problèmes de santé mentale ou avoir été traité en conséquence, et que des journalistes téléphonent à notre organisation, notre politique est de ne pas discuter ou de ne pas sembler faire des suppositions sur la personne faisant l'objet du reportage dans les médias. Non seulement nous ne commentons pas l'événement spécifique, mais nous ne parlerons pas non plus en termes généraux, par exemple, pour donner notre opinion sur une mère qui aurait pris son enfant avant de se lancer devant le métro. Nous avons choisi de ne pas participer à ce genre de supposition.

Mme Hall: Je désire ajouter qu'il y a un autre rôle, plus ou moins en contradiction avec ce qui a été dit. Le rôle que je jouais, le cas échéant, était d'expliquer ce qu'était une dépression postpartum ou de trouver un clinicien qui le ferait. Fréquemment, dans les cas où une personne atteinte d'un trouble psychique se retrouvait en difficulté avec la loi, il y avait deux victimes. Vous devez expliquer la perspective de cette personne, parce qu'on tente de lui faire porter le blâme et qu'on la perçoit comme le mal. Elles sont souvent autant les victimes que les autres. Je jouais ce rôle.

and it is missing from the discourse. I appreciate there is a policy difference and there was a difference in terms of my being an advocate.

The other thing that is missing since the office closed is an independent annual accounting of the service system. That does not happen, which speaks to the need for some sort of independent and ongoing evaluation.

Ms. Shoush: I wanted to offer a positive example. Years ago, when Wayne Gretzky was with the Oilers, he brought a young man who had a mental disability to take a very prominent place in the equipment room, right on the bench with the other players. He kept him there all through his career with the Oilers. He stayed well beyond Wayne Gretzky's time there. Having this young man present as part of the team helped normalize this kind of condition and show that this is how you include people. You find ways to acknowledge their skills, give them something to do and let them be successful at it.

Senator Keon: I will ask a difficult question. I will not direct it at any one person, but I would like all of you to comment.

From previous testimony and from yours, it has become pretty clear that the current system for dealing with this phenomenal medical-social situation is not properly designed. We have heard from previous witnesses that we need a completely new operational frame of mind, a new paradigm, a new way of thinking to design a method of dealing with this. We have heard today from you that we have to move this out of the biomedical model into a biological, sociological, psychological model, which is fundamentally a holistic approach.

The one view that seems to be consistent is that if you can arrange early intervention, particularly as it relates to age, but also after the onset of the mental illness, you will be much more successful than later on, because the problem becomes compounded.

If you had the ability to design the safety net, the social system, the medical system to deal with this situation, how would you do that? Would you begin with something like a regional program? Do you think it could be handled through provincial programs, with secondary regionalization? Do you think it requires a national program? Do you think it requires national-provincial coordination? Who could design such a program?

Ms. Shoush: Thank you for that question, Senator Keon. Maybe I could offer as a potential approach something that is being done in Alberta. The government has identified a number of cross-ministry priorities that require action as a way of trying to break down silos among departments in addressing a single issue.

Cela ne se fait plus maintenant et on n'entend plus cette perspective dans les discours. J'apprécie qu'il y ait une différence en matière de politique et il y avait une différence puisque j'en défendais le point de vue.

Un autre élément manque depuis la fermeture du bureau; un compte-rendu annuel indépendant du système du service. Cela n'arrive pas; cela illustre le besoin d'une sorte d'évaluation indépendante continue.

Mme Shoush: Je voudrais présenter un exemple positif. Il y a de cela un certain nombre d'années, lorsque Wayne Gretzky jouait pour les Oilers; il a amené un jeune homme atteint d'un handicap mental à prendre une place très visible dans la chambre d'équipement, directement sur le banc avec les autres joueurs. Il l'a gardé là durant toute sa carrière avec les Oilers. Le jeune homme est resté là bien plus longtemps que Wayne Gretzky. Avoir ce jeune homme présent dans l'équipe aidait à normaliser ce genre de condition et montrait que c'était la façon d'inclure les gens. Vous trouvez des façons de reconnaître leurs habiletés, vous leur donner quelque chose à faire et vous les laissez réussir ce qu'ils font.

Le sénateur Keon: Je vais poser une question difficile. Je ne l'adresse pas à une personne en particulier, mais j'aimerais un commentaire de chacun de vous.

Avec les témoignages précédents et vos propres témoignages, il est devenu évident que le système actuel pour traiter cette situation médico-sociale phénoménale n'est pas conçu de façon appropriée. Nous avons entendu, de la part des témoins précédents, que nous devons adopter un cadre perceptuel, un paradigme, une façon de penser, une méthode totalement nouvelle, dans le déroulement des activités, pour faire face à la situation. Nous vous avons entendu dire que nous devons nous éloigner du modèle biomédical pour nous rapprocher d'un modèle psycho-socio-biologique, lequel est fondamentalement une approche globale.

La seule perspective qui semble cohérente est que si vous pouvez intervenir de façon précoce, particulièrement par rapport à l'âge, mais aussi par rapport à l'apparition de la maladie mentale, vous réussirez beaucoup mieux que si l'intervention se fait tard, parce que les problèmes se conjuguent alors entre eux.

Si vous aviez le pouvoir de concevoir le filet social, le système social, le système médical en rapport avec cette situation, que feriez-vous? Commenceriez-vous par l'implantation d'un programme régional? Croyez-vous pouvoir vous occuper des programmes au niveau provincial avec des régionalisations secondaires? Croyez-vous en la nécessité d'un programme national? Croyez-vous en la nécessité d'une coordination nationale-provinciale? Qui pourrait concevoir un tel programme?

Mme Shoush: Merci de nous poser cette question, sénateur Keon. Peut-être pourrais-je offrir à titre d'approche potentielle, une initiative qui a lieu en ce moment en Alberta. Le gouvernement a identifié un nombre de priorités interministérielles requérant une intervention en vue d'éliminer l'effet de silo parmi les ministères qui tentent de résoudre le même problème.

There is something called an "Aboriginal Policy Initiative" that binds the deputy ministers to certain actions. The Aboriginal Policy Initiative goals are published in the government's annual business plan. I have this year's version with me. Deputy ministers are all required to demonstrate how their department has acted in concert with other departments to address the issue and work toward targets that are published in the document.

If you could begin by identifying how you might deal with mental health issues that affect Aboriginal populations and develop a model there, you might go far toward addressing a model that would work for everyone. Aboriginal people are the greatest users by far of mental health services, and yet they have the greatest struggle in getting access to them.

You have to involve communities in designing what would work for them. I do not think that a one-size-fits-all model would work, but the principle of working to breakdown barriers across governments and across departments and involving communities is one part of the approach. It has to involve persons who are facing the particular disability or health issue. They need to be part of it.

Ms. Hall: I am aware that Canada stands alone among G8 countries of similar economic status in not having a national mental health policy, and I think that is a cause for shame.

The Chairman: That statement blew me away. I knew a few countries had one. That is a very interesting observation.

Ms. Hall: We could develop something. There are obviously political issues within the federal-provincial relationship and then within the provinces. There are the relationships between the regional health authorities, at least in my province, and the provincial government. Everyone at the federal level is concerned about impinging on the provincial level, and the provincial level is concerned about impinging on the regional level. Nevertheless, we have a system that is evolving without standards. Work could be done at the national level on broad-based standards.

It is clear in terms of professional practice that people are not trained. Again, my job is advocating for those with serious and persistent mental illness. I am talking about competencies, including workforce implications. Other countries have worked on that, and New Brunswick would be similar to British Columbia. There is no need for each province to reinvent its own. There are issues in relation to the information monitoring and sharing systems.

Things could be done at the broad national level. There are enabling strategies that could be taken on. At the end of day, there is tension in our province. Five regional systems are now being developed, which is not right. You would never see cardiovascular care or cancer care devolving. You would have a provincial standard and then deliver it in a decentralized way.

On y a créé une initiative sur «la politique autochtone» qui engage les sous-ministres à enclencher certaines actions. Les objectifs de l'initiative sont publiés dans le plan gouvernement annuel. J'ai la version de cette année en ma possession. Les sous-ministres doivent tous démontrer comment leur ministère a collaboré avec d'autres ministères en vue de résoudre le problème et d'atteindre les objectifs publiés dans le plan.

Si vous pouviez commencer par identifier des façons de résoudre les problèmes de santé mentale qui touchent les populations autochtones et y construire un modèle, vous pourriez aller loin dans la création d'un modèle qui s'appliquerait à tout le monde. Les peuples autochtones sont, de loin, les plus grands utilisateurs de services de santé mentale et, pourtant, ce sont eux qui ont le plus de difficulté à y avoir accès.

Vous devez faire participer les communautés à la création de ce qui fonctionnerait pour elles. Je ne crois pas qu'un modèle unique serait adéquat, mais le principe selon lequel du travail est accompli pour faire tomber les barrières entre les gouvernements et les ministères et faire participer les communautés constitue un aspect de l'approche. Le modèle doit faire participer les gens qui font face à des handicaps ou à des problèmes de santé particuliers. Ces gens doivent participer.

Mme Hall: Je sais que le Canada est le seul pays du G8 constitué de pays possédant un statut économique similaire à ne pas avoir de politique nationale touchant la santé mentale, et je crois que nous devrions en avoir honte.

Le président: Cette déclaration m'a renversé. Je savais que quelques pays en avaient une. Il s'agit d'une observation très intéressante.

Mme Hall: Nous pourrions élaborer quelque chose. De toute évidence, il existe des enjeux politiques en ce qui concerne la relation fédérale-provinciale et au sein même des provinces. Il y a des relations entre les autorités sanitaires régionales et le gouvernement provincial, du moins dans ma province. Tout le monde au fédéral se préoccupe d'empiéter sur les plates-bandes des provinces et celles-ci se préoccupent d'empiéter sur les autorités régionales. Néanmoins, notre système évolue sans normes. Du travail pourrait être fait au niveau national sur des normes élargies.

Il est évident, en ce qui concerne la pratique professionnelle, que les gens ne sont pas formés. Je répète que mon travail consiste à défendre ceux et celles souffrant d'une maladie mentale grave et persistante. Je parle de compétences, y compris de main-d'œuvre. D'autres pays se sont attaqués au problème; et la situation au Nouveau-Brunswick serait similaire à celle régnant en Colombie-Britannique. Il n'est pas nécessaire que chaque province réinvente son propre modèle. Il existe des problèmes concernant la surveillance de l'information et les systèmes de partage.

Certains aspects pourraient être traités au niveau pancanadien. Certaines stratégies habilitantes pourraient être adoptées. En fin de journée, il y a de la tension dans notre province. Cinq systèmes régionaux sont en élaboration; ce n'est pas correct. On ne verrait jamais les soins aux personnes cardiaques ou cancéreuses être dévolus. On aurait une norme provinciale qu'ensuite on appliquerait de façon décentralisée.

Your question is difficult to answer because many people think they are doing the best they can in a difficult situation. It is hard to introduce more rigour and family participation because you are stepping on people's vision of what is a good thing. The truth is that we have no sense of standards. Nova Scotia was the first province that I know of to issue a set of mental health standards. They are published on the Web site, and it is very brave of them and important for them to do so. I think that is the role the provincial government should be taking.

All three levels have a role. It is tricky, but we can do it.

The Chairman: We fully understand that there is no way we can do anything useful in this field without stepping on a lot of toes. We are oblivious to that fact. We will call it like it is. If people get mad at us, they get mad at us.

Mr. Arnett: Senator Keon asks whether we should involve the regional health authorities. This is an organizational management model and a long way from where we need to start.

A document could talk about determinants of health — in other words, those factors which contribute to health. I think that leads to a model. It is not just because I am an academic clinician that I believe that modelling is important in how you structure things, but because it affects the way you think and look at things. Management structures come later. Talking about whether it should be regional or provincial, or whether there should be federal regulations, is much further down the line.

You have to understand the causes of mental illness, and you have to have some sense of their breadth. There is not just one cause; it is not a defect in the hypothalamus or the frontal lobes. We know that, for example, drugs affect the brain in certain ways, and we know that psychotherapy affects the brain in similar ways; there are multiple ways to get to the same point.

However, the conceptual model you use is very important. If you conceptualize it as a disease entity that needs to be eradicated with surgery or medicine, you approach it from one perspective. If you look at what precipitates a schizophrenic event, it is often stress in people's lives. Their biology has not changed. Something has impinged upon them — some significant, major, stressful event — something in the environment, if you will, not in their bodies.

If we want to talk about preventing that, we have to look at those dynamic forces — where they live or work, whether there are family interactions and so on — in addition to biology. The model becomes important.

Votre question est difficile à répondre parce que plusieurs personnes croient qu'elles font de leur mieux dans une situation difficile. Il est ardu d'introduire plus de rigueur et la participation des familles parce que vous ébranlez l'opinion des gens relativement à ce qui est une bonne chose. La vérité est que nous n'avons aucun sens normatif. À ma connaissance, la Nouvelle-Écosse fut la première province à établir un ensemble de normes sur la santé mentale. Elles sont publiées sur le site Web; c'est brave de leur part et important pour eux de l'avoir fait. Je crois que c'est le rôle que devrait remplir le gouvernement provincial.

Les trois ordres de gouvernement détiennent un rôle. C'est trompant, mais nous pouvons y parvenir.

Le président: Nous comprenons très bien que d'aucune façon nous ne puissions accomplir des choses utiles dans ce domaine sans piler sur beaucoup de pieds. Nous sommes inconscients de ce fait. Nous l'appellerons comme il est. Si les gens se mettent en colère contre nous, ils se mettent en colère contre nous.

M. Arnett: Le sénateur Keon demande si nous devrions faire participer les autorités sanitaires régionales. Il s'agit d'un modèle de gestion organisationnelle et très éloigné d'où nous devons commencer.

Un document pourrait traiter des déterminants de la santé — en d'autres mots, des facteurs qui favorisent la santé. Je crois que cela mène à un modèle. Ce n'est pas uniquement parce que je suis un clinicien universitaire que je crois que l'établissement d'un modèle est important pour la façon dont on structure les choses, mais parce que cela a un impact sur la façon dont vous pensez et envisagez les choses. Les structures de gestion arrivent plus tard. Parler de si le modèle devrait être régional ou provincial, ou s'il devrait y avoir des règlements fédéraux si situés à une étape beaucoup plus éloignée.

Vous devez comprendre les causes de la maladie mentale, et vous devez avoir une certaine connaissance de leur ampleur. Il ne s'agit pas uniquement d'une seule cause; il ne s'agit pas d'un dysfonctionnement de l'hypothalamus ou des lobes frontaux. Nous savons, par exemple, que les drogues influent sur le cerveau de certaines façons, et nous savons que la psychothérapie influe sur le cerveau de façons similaires; il existe de multiples façons d'arriver au même point.

Toutefois, le modèle conceptuel que vous utilisez est très important. Si vous conceptualisez le trouble comme une entité malade qui doit être éradiquée par la chirurgie ou par des médicaments, vous l'approchez d'une perspective particulière. Si vous déterminez ce qui précipite un événement schizophrénique, il s'agit souvent du stress dans la vie des gens. Leur biologie n'a pas changé. Quelque chose a empiété sur eux — un événement significatif, important et troublant — quelque chose dans l'environnement, si vous préférez, pas dans leur corps.

Si nous désirons parler de prévention, nous devons jeter un coup d'œil à ces forces dynamiques — où ils vivent et travaillent, s'il y a des interactions familiales et ainsi de suite — en plus de la biologie. Le modèle devient important.

We have to look at the multiplicity of factors and begin to recognize that if people do not have a place to live, maybe that creates a certain amount of stress in their lives. Maybe they do not have enough money to buy milk or bread. Maybe they are disorganized; they cannot find their way home and that creates a certain amount of stress. Maybe they do not know how to use the bus system.

The way we have looked at it so far is to say they have aberrant biology. Something is wrong with their neurotransmitter systems. We have looked at them as if they were under a microscope and imaged things that we say are related to mental health problems — this is where the problem is, in the inferior frontal lobes. That led to treatments like prefrontal lobotomies that, in the literature, are coming back as suggested treatments for people with schizophrenia and other mental illnesses. I have to ask how far we have moved forward.

We need to start with the model and let the management and organizational structures weigh decisions. I work within a regional health authority. As Senator Keon knows, decision are made in regional health authorities not only on the basis of what is right, they are made on the basis of who has power and whom you do not want to influence negatively.

These are some of the issues and this is where we have to start. I understand that the group within the federal government that produced the determinants of health has been disbanded. Many of the things that challenge the existing models have been disbanded, put aside, put out to pasture. Why? I think it was because they were threats to the prevailing model and needed to be dealt with in the most efficient and intellectually acceptable way — you just get rid of them through a budget cut. That is a problem.

Senator Keon: Do you have any idea how you could convince the people around you to allow you to construct such a model and to work within it?

Mr. Arnett: I have at least succeeded in creating a psychology program within the Winnipeg Regional Health Authority. I have been sufficiently political to do that. My experience has been that you have to start and believe that most people want to do the right thing. That is my view.

The problem is that sometimes, to whom they listen is influenced by a whole variety of factors, and sometimes data bother people, bore them and so on. I think you need to persist. My sense is that success is 99 per cent persistence and 1 per cent brains. If you keep working at it, you will probably succeed in convincing some people at some time that something you have to say is good.

Nous devons tenir compte de la multiplicité de facteurs et commencer à reconnaître que si les gens n'ont pas d'endroit où vivre, peut-être cela crée un certain niveau de tension dans leur vie. Peut-être n'ont-ils pas suffisamment d'argent pour acheter du lait ou du pain. Ils sont peut-être désorganisés; ils ne peuvent retrouver leur maison et cela engendre un certain niveau de tension. Peut-être ne savent-ils pas comment utiliser le transport en commun.

La façon dont nous avons envisagé les choses jusqu'à maintenant est qu'ils ont une anomalie biologique. Leurs systèmes de neurotransmetteurs ne fonctionnent pas correctement. Nous les avons perçus comme s'ils étaient sous un microscope et imaginé des choses que nous disons liées à des problèmes de santé mentale — c'est là que réside le problème, dans les lobes frontaux inférieurs. Cela a créé des traitements tels que la lobotomie préfrontale qui, dans la documentation scientifique, est à nouveau suggérée comme traitement des gens atteints de schizophrénie et d'autres maladies mentales. Je me demande à quel point nous avons progressé.

Nous devons commencer avec le modèle et laisser les structures de gestion et d'organisation peser les décisions. Je travaille pour des autorités sanitaires régionales. Comme le sénateur Keon le sait, les décisions sont prises au niveau régional, non seulement sur la base de ce qui est approprié, mais aussi de qui détient le pouvoir et sur qui vous ne voulez pas exercer une influence négative.

Il existe certains problèmes et c'est là que nous devons commencer. On m'a dit que le groupe responsable de la production des déterminants de la santé a été dissolu. Plusieurs des éléments qui mettent au défi les modèles actuels ont été dissolus, mis de côté, mis à la casse. Pourquoi? Je crois que c'est parce qu'ils constituaient des menaces au modèle prédominant et devaient être envisagés de la façon la plus efficace et la plus acceptable sur le plan intellectuel — on s'en débarrasse simplement à l'aide de compressions budgétaires. Il s'agit d'un problème.

Le sénateur Keon: Avez-vous une idée de la façon par laquelle vous pourriez convaincre les gens autour de vous de vous laisser construire un tel modèle et de s'y conformer?

M. Arnett: J'ai au moins réussi à créer un programme de psychologie au sein du Winnipeg Regional Health Authority. J'ai agi de façon suffisamment politique pour cela. Selon mon expérience, vous devez commencer à croire que la plupart des gens veulent faire ce qu'il faut. C'est mon opinion.

Le problème est que, parfois, ils choisissent d'écouter une personne en fonction d'une variété de facteurs, et parfois les données ennuient les gens, les submergent et ainsi de suite. Je crois que vous devez persister. Je crois que le succès est imputable à la persistance à 99 p. 100 et à l'intelligence à 1 p. 100. Si vous continuez d'y travailler, vous réussirez probablement à convaincre certaines personnes, à un certain moment que ce que vous avez à dire fait du sens.

Ms. Scheffer: I would not even begin to go where people have been delving in terms of comprehensive systems, but here is my contribution: It takes will. It takes political will; it takes a champion.

I think back to the early 1980s, when Larry Grossman was the Minister of Health in Ontario. We never saw more change than when he was the Minister of Health. That was his issue. He took it on and he made change because he had the will. That is what I would offer to you.

Mr. Arnett: Also, go back and take a look at Marc Lalonde's report; that was pretty progressive material.

Senator Keon: Quite right.

Senator Morin: I would like to address the matter of violence in relation to stigma. I think it is a very specific issue in mental illness. Ms. Hall referred to discrimination in other types of illness, or even against gays and lesbians. However, gays and lesbians are not violent, so it is relatively easy not to discriminate against them.

You gave figures — between 15 and 27 per cent of encounters with the justice system involve people with mental disease; and psychotics, especially if they use drugs, are violent. Those of us who visited the Pinel institute in Montreal, which is a forensic psychiatric institute, felt that violence was everywhere. It permeates the whole place. Actually, they have a research centre there on violence. It is certainly an issue here.

People are afraid of violence, especially unpredictable violence — and some of it is unpredictable. It is not the same type of discrimination as for other illnesses — cancer, AIDS or other conditions. It is based on fear and we have to address that.

It is not easy because some of these patients are psychotic; it is unpredictable. I agree that most of the violence is directed to families; the parents of schizophrenic patients tell terrible stories of having their house burned down and things like that. It is terrible for the parents and for the brothers and sisters. That element should be addressed.

I do not think that it is enough to say, "Well, you know, it is minor and it is rare, it is only three per cent." Of course, it is only three per cent of all violence, but it is still there, and if you consider patients suffering from schizophrenia, it is more than three per cent. I would like to know how you react to that. This question is asked in a positive way, to help address the serious issues of stigma, fear and discrimination involving patients with mental illness.

Mr. Arnett: In response to that comment, senator, it is not only patients with mental illness who are seen to be violent. For example, many of the patients I deal with as a neuropsychologist have brain injuries; they have frontal lobe and other injuries that also contribute to violence because of disinhibition. For example, you see a debate from time to time about those with epilepsy,

Mme Scheffer: Je ne commencerais même pas là où des gens ont fouillé en ce qui concerne les systèmes complets, mais voici ma contribution: cela prend de la volonté. Cela prend de la volonté politique; cela prend un défenseur.

Je repense au début des années 80, lorsque Larry Grossman était le ministre de la Santé en Ontario. Nous n'avons jamais vu autant de changements qu'à cette époque. Il s'agissait de son enjeu. Il en a pris la responsabilité et a apporté des changements parce qu'il avait de la volonté. C'est ce que je vous offrirais.

M. Arnett: Aussi, regardez dans le passé, le rapport de Marc Lalonde; il contenait un matériel assez progressiste.

Le sénateur Keon: C'est vrai.

Le sénateur Morin: Je voudrais poser une question sur la question de violence liée au stigmate. Je crois qu'il s'agit d'un problème très spécifique à la maladie mentale. Mme Hall a fait référence à la discrimination en rapport avec d'autres types de maladie, ou même en rapport avec les gais et les lesbiennes. Toutefois, les gais et les lesbiennes ne sont pas violents, alors c'est relativement facile de ne pas les discriminer.

Vous avez des chiffres — entre 15 et 27 p. 100 des personnes citées à procès souffrent d'une maladie mentale; et les psychotiques, particulièrement s'ils se droguent, sont violents. Ceux qui d'entre nous ont visité l'Institut Pinel de Montréal, lequel est un institut de psychiatrie médico-légale, ont pu sentir que la violence était partout. Elle imprègne toute la place. D'ailleurs, on y retrouve un centre de recherche sur la violence. Il s'agit certainement d'un problème ici.

Les gens craignent la violence, en particulier celle qui est imprévisible — et elle est en partie imprévisible. Il ne s'agit pas du même genre de discrimination que celle touchant les autres maladies — le cancer, le Sida ou d'autres conditions. Elle est basée sur la peur et nous devons en parler.

Ce n'est pas facile parce que certains de ces patients sont psychotiques; c'est imprévisible. D'accord, cette violence est principalement dirigée vers les familles; les parents de patients schizophrènes racontent d'horribles histoires dans lesquelles leur maison a brûlé et d'autres choses du genre. C'est terrible pour les parents ainsi que pour les frères et sœurs. Cet élément doit être discuté.

Je ne crois pas que c'est suffisant de dire: «bien, vous savez, ce n'est pas grave et c'est rare, ce n'est que 3 p. 100 des cas». Bien sûr, cela ne compte que pour 3 p. 100 de tous les actes violents, mais cela existe, et si vous prenez les patients souffrant de schizophrénie, c'est plus de 3 p. 100. J'aimerais savoir comment vous réagissez à cela. Je vous pose cette question de façon positive, pour aider à résoudre l'important problème du stigmate, de la peur et de la discrimination visant les personnes atteintes d'une maladie mentale.

M. Arnett: En réponse à ce commentaire, monsieur le sénateur, je dois dire que ce ne sont pas seulement les malades mentaux qui sont violents. Par exemple, plusieurs des patients à qui j'ai affaire à titre de neuropsychologue ont des lésions cérébrales; des lésions au lobe frontal et d'autres lésions qui contribuent aussi à la violence à cause de la désinhibition. Par exemple, on voit de temps

particularly temporal lobe epilepsy, in which there is a fear that these people will become uncontrollably violent. There are people with other disorders who could potentially become violent — and in some instances, more so than patients who are mentally ill.

There is no question that the stigma and the fear of violence on the part of the general public are greatest with respect to those who have mental health disorders. I think part of it is publicity. You do not need to see *One Flew Over the Cuckoo's Nest* too many times to develop a strong image of a person who is out of control all the time. In fact, that is an illusion, a myth.

There are more myths about violence in mental health conditions that permeate the general population that I think need to be addressed directly. My colleagues have suggested that working and spending time with patients who have mental health disorders will dispel a number of these myths. Media have a very powerful influence, and could be a powerful influence for good by pointing out the realities.

Ms. Hall: I would have studied harder if I had known these questions would be so intense.

Think about violence for a moment. I noticed in the paper yesterday the idea that mental illness could be a result of violence. We talked about the Canadian Forces and post-traumatic stress disorder and the mental illness that can be experienced in reaction to being in a violent situation. Mental illness can be a result of violence.

In the next month, I will convene a workshop on people with developmental disabilities, brain injury and mental health issues. We are naming it “People with Challenging Behaviours.” I do not think the system is trained to respond appropriately. The people who are most difficult are the least likely to get help, which is not their fault. Until recently, if you had a mental health diagnosis and an addiction, you would not be treated in the mental health system or the addiction system. You were on the street and in difficulty. As in my example of emergency rooms, we do not prepare people. In the developmental disability community, workers are trained in non-violent crisis intervention, gentle teaching and how to respond to a disordered nervous system in the most appropriate way that will produce the safest community response and the most well-being for that person.

Yes, it is an issue, and we need to get behind it. It is very complex, not one-dimensional; that is, “mentally ill people cause violence.” Mental illness is a result of violence and mentally ill people are more likely to do violence to themselves than others. It is also a matter of understanding probability and risk, because the problem, mental health care consumers or people with mental illness tell me, is we have to be able to predict violence. The people

à autres des débats sur les personnes atteintes d'épilepsie, particulièrement l'épilepsie temporelle, où on craint des poussées de violence incontrôlable. Certaines personnes atteintes d'autres troubles pourraient potentiellement devenir violentes — et dans certains cas, plus que les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Sans contredit, le stigmatisation et la crainte de violence de la part du public en général concernent les gens souffrant d'un désordre psychique. Je crois que la publicité est en partie responsable. Il n'est pas nécessaire d'avoir vu trop souvent *Vol au-dessus d'un nid de coucou* pour développer l'image d'une personne incontrôlable en tout temps. En fait, il s'agit d'une illusion, d'un mythe.

Il existe plus de mythes sur la violence dans les cas de maladie mentale parmi la population générale que je ne crois nécessaire de traiter directement. Mes collègues ont suggéré que travailler et passer du temps avec des gens atteints d'un trouble psychique dissiperait un certain nombre de ces mythes. Les médias ont une puissante influence et pourraient avoir une influence positive en dépeignant la réalité.

Mme Hall: J'aurais étudié davantage si j'avais su que ces questions seraient aussi intenses.

Pensez à la violence quelques instants. Hier, j'ai lu dans le journal l'idée que la maladie mentale pourrait être un résultat de la violence. Nous avons parlé des forces armées canadiennes et du syndrome de stress post-traumatique et la maladie mentale qui peuvent apparaître après avoir été dans une situation violente. La maladie mentale peut être un résultat de la violence.

Au cours du prochain mois, je vais donner un atelier à des gens atteints de déficience développementale, de lésion cérébrale et de maladie mentale. Nous l'avons appelé «Des gens à comportement compliqué». Je ne crois pas que le personnel du système est formé pour réagir de façon appropriée. Les gens les plus difficiles sont ceux étant les moins susceptibles de chercher de l'aide, et ce n'est pas leur faute. Jusqu'à tout récemment, si vous receviez un diagnostic de trouble mental et de dépendance, vous n'étiez pas traité dans le système de soins de santé mentale, ni par le système de lutte contre la toxicomanie. Vous étiez dans la rue et dans le trouble. Comme dans mon exemple des salles d'urgence, nous ne préparons pas les gens. Les travailleurs en déficience développementale sont formés pour intervenir de façon non violente en cas de crise, pour éduquer doucement et pour répondre adéquatement à un système nerveux désordonné, de façon à produire une réponse communautaire la plus sécuritaire et dans le meilleur intérêt de la personne.

Oui, c'est un problème, et nous devons en lever le voile. Il est très complexe, non unidimensionnel; du genre «les malades mentaux causent de la violence». La maladie mentale est un résultat de la violence et les personnes atteintes d'un trouble psychique sont davantage susceptibles d'être violentes envers eux-mêmes qu'envers les autres. Il faut aussi comprendre les probabilités et les risques, parce que le problème, selon ce que

in the forensic field are busy at that. Chris Webster, a colleague, works on the actuarial issue of predicting violence.

The difficulty is that when a small percentage is always in the news, everyone else gets tarred with the same brush. It then becomes unsafe to talk about having a mental illness, because you are labelled as part of that group.

We need to look at a national strategy in a systematic way, as we are with the National Drug Strategy. However, we are not doing anything. We are not providing the essential training for frontline workers. If you are in a psychotic moment and I come at you too closely, I evoke that violent response, not knowing there is another way to be. I am trying to work with police officers so that when they are dealing with a psychotic person, they do not escalate the levels of force. You can do things that will not produce a violent response, if you know how. Most of our frontline people are not well trained to do that and I hope the committee will show some leadership and say we need training in this area.

Ms. Shoush: I too have a response to that. The question clearly shows a link between the Department of Health silo and the Department of Justice and Solicitor General areas of responsibility. I think the public needs an open and transparent process. We can demonstrate to the public that we are concerned about their safety and well-being when dealing with persons who have a mental illness and who have also committed an offence or a crime.

In some of our Aboriginal communities in Alberta, we have courts on the reserves, where in order to have access to the justice circle, people have to accept responsibility. They have to accept that while they may have been victims in the past, they cannot offer that up as an excuse for bad behaviour in the present. They have to acknowledge that they have committed an offence and then be part of the circle of solution, of getting to a resolution where somebody is held accountable, the community sees that accountability in the justice system and that it is working to make communities healthy. People may also, as part of their sentence, have to get treatment for mental health or addictions issues that might arise. You need to develop processes where the ministries that might have a role to play are involved in the solution.

After listening, I have one question. In some ways, it is a follow-up to Dr. Keon's question. We are all shocked to hear we are at the bottom of the barrel. If we are, can you perhaps give us direction as to those jurisdictions, those countries that are at the top of the barrel to which we might go for guidance? There is no need to constantly reinvent the wheel, but to which jurisdictions can we go that would give us a lead or some excellent advice on

m'ont dit les consommateurs de soins de santé mentale ou les gens atteints d'une maladie mentale, est que nous devons pouvoir prévoir la violence. C'est ce que tentent de faire les chercheurs du domaine médico-légal. Chris Webster, un collègue, travaille sur la question actuarielle de prévision de la violence.

La difficulté est si un petit pourcentage fait toujours la une, tous les autres sont touchés de la même empreinte. Il devient alors dangereux de parler du fait de souffrir d'une maladie mentale, parce qu'on vous étiquette comme faisant partie de ce groupe.

Nous devons établir une stratégie nationale d'une façon systématique, comme nous le faisons dans le cas de la stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, nous ne faisons rien. Nous ne fournissons pas la formation essentielle aux travailleurs de première ligne. Si vous traversez une crise psychotique et je viens trop près de vous, je provoque cette réaction violente, ne sachant pas comment agir autrement. J'essaie d'apprendre aux agents de police à ne pas escalader le niveau de force lorsqu'ils font face à une personne psychotique. Vous pouvez faire des choses qui ne provoqueront pas de réponse violente, si vous savez comment vous y prendre. La plupart de nos travailleurs de première ligne ne sont pas bien formés pour faire cela et j'espère que le comité fera preuve de leadership en disant que de la formation dans ce domaine est essentielle.

Mme Shoush: J'ai aussi une réponse à cette question. La question illustre clairement un lien entre le silo du ministère de la Santé et les zones de responsabilité du ministère de la Justice et du solliciteur général. Je crois que le public a besoin d'un processus ouvert et transparent. Nous pouvons démontrer au public que nous nous préoccupons de leur sécurité et de leur bien-être lorsqu'ils font face à des personnes atteintes d'une maladie mentale et qui ont aussi commis une offense ou un crime.

Dans certaines de nos communautés autochtones d'Alberta, nous avons des cours dans les réserves où, afin d'avoir accès au cercle de la justice, les gens doivent accepter des responsabilités. Ils doivent accepter que même s'ils ont été victimes dans le passé, ils ne peuvent pas utiliser le motif pour excuser un mauvais comportement aujourd'hui. Ils doivent reconnaître qu'ils ont commis une offense, puis de faire partie du cercle de solution, de parvenir à une résolution où quelqu'un est tenu de rendre compte, la communauté perçoit cette obligation de rendre compte dans le système judiciaire et que ce dernier œuvre pour rendre les communautés saines. Les gens peuvent aussi, dans leur sentence, devoir suivre un traitement dans les cas où la santé mentale ou la toxicomanie s'avère un problème. Nous devons développer des processus par lesquelles les ministères qui pourraient avoir un rôle à jouer participent à la solution.

Après avoir écouté, j'ai une question. D'une certaine façon, il s'agit d'une suite à la question du Dr Keon. Nous sommes tous atterrés d'entendre que nous avons atteint le fond du baril. Si c'est le cas, peut-être pourriez-vous nous donner des indications quant à ces ordres de gouvernement, ces pays qui se trouvent en premier et dont nous pourrions nous inspirer? Il n'est pas nécessaire de constamment réinventer la roue, mais vers quels gouvernements

how to proceed? This committee will have to make recommendations, and if those were based on sound research and practical experience, it would be very helpful to us.

Ms. Scheffer: I will answer from my perspective and speak to the health promotion aspect. I will allow my colleagues to look at it more from the systematic or policy aspects.

They have done wonderful, evidence-based work in the U.K. and in Australia. In the U.K., the Royal College of Psychiatrists is in the seventh or eighth year of strategic public awareness, designed to encourage people to seek help. Through their work, they see increased numbers of people seeking help, and the earlier people get help, the less serious the nature and scope of the illness and the lower the burden on the health care system. It affects bottom lines all over the place.

I would suggest that the U.K. has done excellent work that is strategic and well resourced. Australia has done so as well.

It is public awareness and health promotion, not just patient care. It is not a bed, an MRI or a piece of equipment. You cannot touch it or see it; therefore, historically, it has not been well funded at all. That is where these two jurisdictions have done well.

Ms. Hall: I had an opportunity to review other nations' mental health policies. It was limited to countries of similar economic strata.

I have also had several conversations with Phil Upshall, who has spoken to this committee.

There is good rhetoric and policy in England, Scotland and Ireland. Data from the European Mental Health Policy Network, which is an EU organization of mental health policy leaders, would also affirm that England, Ireland, Scotland, Germany and Greece are identified as having done that. There is a Web site to which I can direct you.

Certainly, the work in New Zealand is remarkable in recognizing the need for Aboriginal mental health workers, for espousing Aboriginal values, for funding for that and for reporting the results to Parliament. I was in New Zealand this past summer and I was extremely impressed with their "just doing it."

Australia also has a national mental health policy framework and I was interested in their involvement in primary care and their work with GPs. Eighty per cent of seriously and persistently ill people are dealing with the fee-for-service medical system. However, if you talk to the consumers and families, they will say that they have nice words and big fat documents, but people are still hurting. For whatever reason, they have not had the

pouvons-nous aller pour obtenir des conseils et des guides sur comment procéder? Ce comité devra faire des recommandations, et si celles-ci étaient fondées sur des recherches crédibles et une expérience pratique, ce serait très utile.

Mme Scheffer: Je vais répondre en fonction de mon domaine et parler de l'aspect de promotion de la santé. Je vais laisser mes collègues traiter de la question selon les aspects systématiques ou politiques.

Le Royaume-Uni et l'Australie ont fait d'excellentes études fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. Au Royaume-Uni, le Royal College of Psychiatrists en est à sa septième ou huitième année d'application d'une stratégie de sensibilisation du public visant à encourager les gens à chercher de l'aide. Grâce à son travail, le nombre de personnes qui consultent en santé mentale a augmenté, et plus les gens consultent tôt, moins la nature et la portée de la maladie sont sérieuses et plus léger est le fardeau supporté par le système de santé. Il y a un effet financier bénéfique dans plein de secteurs.

Je suggère que le Royaume-Uni a fait un excellent travail stratégique et bien ressource. L'Australie a aussi réussi à faire la même chose.

Il s'agit de sensibilisation du public et de promotion de la santé, non seulement de soins aux patients. Il ne s'agit pas d'un lit, d'un MRI ou d'une pièce d'équipement. On ne peut y toucher, ni la voir; par conséquent, historiquement, elle n'a pas été bien financée du tout. Ce sont dans ces domaines que ces deux États ont bien fait.

Mme Hall: J'ai eu l'occasion d'étudier les politiques sur la santé mentale d'autres pays. Il s'agissait de pays d'un statut économique similaire à celui du Canada.

J'ai aussi eu un bon nombre de conversations avec Phil Upshall qui a déjà fait une présentation à ce comité.

Il y a un bon discours et de bonnes politiques en Angleterre, en Écosse et en Irlande. Des données du European Mental Health Policy Network, lequel est constitué de leaders en matière de politiques en santé mentale, démontreraient aussi que l'Angleterre, l'Irlande, l'Écosse, l'Allemagne et la Grèce sont identifiées comme ayant fait de même. Il y a un site Web dont je pourrais vous donner l'adresse.

Certes, la Nouvelle-Zélande a fait un travail remarquable en reconnaissant le besoin de travailleurs autochtones en santé mentale, en adoptant les valeurs des autochtones, en accordant le financement à cet effet et en rendant compte des résultats au parlement. J'ai été en Nouvelle-Zélande l'été dernier et j'ai été très impressionnée par le fait qu'ils avaient l'impression d'accomplir quelque chose de normal.

L'Australie a aussi un cadre de politique nationale en santé mentale et j'étais intéressée par leur engagement concernant les soins primaires et leur travail avec les omnipraticiens. Quarante-vingts pour cent des personnes atteintes d'une maladie mentale sérieuse et persistante font face à un système médical de la rémunération des services. Toutefois, lorsqu'on parle aux consommateurs et aux familles, ils disent qu'ils ont des mots

sustained leadership and the resources that were promised to produce the results. It is possible to look around and pick good programs.

However, every Western nation is struggling. We emptied the institutions but we have not put the appropriate resources and safeguarding strategies into place. Safeguarding strategies is an important concept, because we are talking about vulnerable people and the need to ensure that the money taken out of institutions went into the communities. I will not talk about the United States, although they have good examples of clinical best practices in such things as Assertive Community Treatment, family education and peer support. It is possible to find the jewels, but making them work for people continues to be a challenge for everyone. That does not mean we should not try.

Ms. Shoush: I would say that we have some growing expertise here in Canada. I look to the Canadian Institutes of Health Research and the research that they are supporting through the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction and the Institute of Aboriginal Peoples' Health. They will be supplying you with a report on this question. I agree with Ms. Hall's comments about New Zealand and Australia. They have done quite a lot of work on Aboriginal people's health.

It would be a good idea for the committee to take a look at a non-Western culture to see whether their approaches to mental health yield better results than ours. I do not know if some Muslim or Buddhist or Hindu countries have approaches that might work, but that would be an option.

Senator Roche: It is a fascinating suggestion. I do not know about non-Western countries, but I am intrigued.

I would suggest, to follow up, that research staff be asked to look into the mental health policies of the G8 countries so that we have a comparative base.

Mr. Arnett: My colleagues are more knowledgeable than I in this area. One program that I would suggest you look at is the Positive Parenting Program in Australia because it has successfully incorporated the media in providing information and it started at multiple levels. It starts at a very basic level: Some children cry more than others and it is not abnormal; some children are colicky but most get better before you lose all your senses; and then it moves toward higher levels of intervention with more serious problems.

The program in Australia is unique because it combines the media with effective and slick presentations. Australia keeps coming up, but I do not know much about other places.

encourageants et de gros documents, mais les gens ont encore mal. Pour une raison inconnue, ils n'ont pas eu de leadership continu et les ressources qu'on leur avait promis pour produire les résultats. Il est possible de chercher et de choisir de bons programmes.

Toutefois, toutes les nations occidentales se démènent. Nous avons vidé les institutions, mais nous n'avons pas mis les ressources appropriées et les stratégies de sauvegarde en place. La stratégie de sauvegarde est un concept important, parce que nous parlons de gens vulnérables et nous devons nous assurer que l'argent sorti des institutions s'est retrouvé dans les communautés. Je ne vais pas parler des États-Unis, même s'ils ont de bons exemples d'application de meilleures pratiques cliniques dans des domaines tels que les traitements communautaires d'affirmation de soi, l'éducation de la famille et le soutien par les pairs. Il est possible de trouver les perles, mais les entretenir de façon à ce qu'elles continuent de travailler pour les gens continue d'être un défi pour tout le monde. Cela ne veut pas dire que nous ne devons pas essayer.

Mme Shoush: Je dirais que notre expertise augmente au Canada. Par exemple, les Instituts canadiens de recherche en santé et la recherche qu'ils appuient par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, ainsi que l'Institut de santé des peuples autochtones. Ils vous fourniront un rapport sur la question. Je suis d'accord avec Mme Hall en ce qui concerne la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Ces pays ont accompli beaucoup de travail sur la santé des peuples autochtones.

Se serait une bonne idée pour le comité de jeter un coup d'œil aux cultures non occidentales pour voir si leurs approches concernant la santé mentale donnent de meilleurs résultats que les nôtres. Je ne sais pas si des pays musulmans ou bouddhistes ont des approches fonctionnelles, mais ce serait fort intéressant de s'y arrêter.

Le sénateur Roche: Il s'agit là d'une suggestion fascinante. Mes connaissances en matière de pays de culture non occidentale, mais la question m'intrigue.

Je proposerais d'assurer le suivi sur ce sujet, et de demander aux chercheurs d'étudier les politiques des pays du G8 en matière de santé mentale, afin que nous ayons une base de comparaison.

M. Arnett: Mes collègues sont plus informés que moi sur le sujet. Un des programmes auxquels je vous recommanderais de porter une attention particulière est le «Positive Parenting Program» en Australie, car il est parvenu à englober les médias dans son approche, en diffusant de l'information à différents niveaux. En tout premier lieu, le programme débute à la base: certains enfants pleurent plus que d'autres, ce qui n'est pas anormal; certains souffrent de colique, mais leur état s'améliore souvent avant que vous n'en perdiez le sommeil; et finalement il traite de niveaux d'intervention plus poussés que ces derniers, et qui porte sur des troubles graves.

Le programme australien est unique parce qu'il marie les médias à des présentations raffinées et efficaces. L'Australie revient donc toujours, mais j'en sais très peu sur d'autres endroits.

Senator Léger: We are going across the world in these discussions. Ms. Shoush made a comment that I loved. She said that the ancient belief of the Aboriginals was that a mental disorder was a gift that brought a person closer to God. We all know that in the big families of 10, 12 or 18 there were always 1 or 2. Those children were protected into adulthood by the family and then by society. That is why I enjoyed Ms. Scheffer's comment about the Workman Theatre Project. That is a way of explaining to society.

We know that artists are often ahead of their time. We know that schoolchildren are sometimes "hyper." Can you clinically, medically identify a person who has the gift of being beyond others, and therefore cannot fit into the system? Is the person categorized under "prescription abuse," or whatever? Can you identify this? You mentioned one who became a great musician. We all know people who avoided prison because they fell onto the right track. Can you identify them?

Senator Morin: To provide our witnesses with a little background, ladies and gentlemen, Senator Léger is a well-known actor in French Canada.

Ms. Hall: In my early experience of working with people with developmental disabilities, the language of looking for "gifts" rather than "deficits" was an approach that the community living movement advocated. We are looking at how to organize systems and support that are beyond just services. It is a much more helpful, hopeful and creative system. It is also a more sustainable health care system.

We tend to look only at the deficits of people with mental health disabilities. From my experience, the answer is no. It is a matter of perspective, of what you are looking for and how you respond to someone — whether you see the glass as half empty or half full. Clinically, you tend to gravitate toward what is wrong and not what can help the person win.

I am learning quite a lot, and gratefully so, from the community living movement, which is emphasizing the need to look at gifts and not just deficits.

Mr. Arnett: If you look at the diagnostic schemes used, they direct us to look for deficits rather than for strengths. The diagnostic schemes have also expanded, and the distinguished company aside, most of us could probably be diagnosed with some disorder or other. The tendency to label in pejorative ways has become ever more powerful with the evolution of diagnostic schemes. I do not think it is a good thing. We tend to look for deficits rather than for strengths.

Le sénateur Léger: Nous traversons la planète par nos discussions. Mme Soush a émis un commentaire que j'ai bien aimé. Elle a soulevé le fait que les croyances anciennes des Autochtones laissaient entendre qu'un trouble mental était un don qui rapprochait la personne de Dieu. Nous savons tous en fait qu'au sein d'une famille de dix ou de douze, il devait y en avoir un ou deux qui souffraient de troubles mentaux. À l'âge adulte, ces personnes se retrouvaient sous l'aile de la famille et de la société. C'est donc pour cette raison que le commentaire de Mme Scheffer au sujet du «Workman Theatre Project». Ce projet constitue un moyen de sensibiliser la population.

Nous savons que les artistes sont des êtres avant-gardistes. Nous savons également que les écoliers sont parfois «très actifs». Toutefois, est-il possible de déterminer si une personne possède le don de surpasser ceux qui l'entourent, ce qui la situe au-delà des normes de notre société? Catégoriserions-nous une telle personne comme ayant une dépendance aux narcotiques? Est-il possible de détecter un tel cas? Vous avez fait mention d'une telle dame qui est finalement devenue musicienne. De plus, nous connaissons tous des personnes qui ont évité la prison en revenant sur le «droit chemin». En avez-vous détecté?

Le sénateur Morin: Afin de permettre à nos témoins de comprendre le contexte, Mesdames et Messieurs, le sénateur Léger est une actrice connue au sein du Canada français.

Mme Hall: Ce que dicte mon expérience, c'est que le langage associé aux dons plutôt qu'aux carences constituait une approche prônée par les activistes du mouvement communautaire. Nous cherchons une manière d'organiser notre fonctionnement et nos appuis bien au-delà de nos services. Ainsi, nous établirions un réseau plus utile, plus simple et plus créatif pour obtenir un système de santé stable et efficace.

Nous avons bien souvent tendance à ne porter attention aux carences des personnes atteintes de maladies mentales. De mon expérience personnelle, il résulte que cette vision n'est pas la bonne. Tout est en fait une question de perspective; l'important c'est ce que nous recherchons et comment nous réagissons aux gens: percevons-nous le verre comme étant à moitié vide ou à moitié plein? Sur le plan clinique, la tendance est toujours de trouver ce qui ne va pas, au lieu de déceler ce qui peut aider le patient à l'emporter sur ses déficiences.

Le mouvement communautaire m'en apprend énormément, et je lui suis tout à fait reconnaissant, car il favorise la recherche des aspects positifs plutôt que de se concentrer uniquement sur les déficiences.

M. Arnett: Les procédures de diagnostic tendent en effet vers la recherche des faiblesses, et non vers celles des forces. De plus, ces procédures ont tellement évolué, que mis à part ceux ici présents, la plupart d'entre nous pourraient se voir diagnostiquer quelque type de troubles mentaux. C'est cette même évolution de modes de diagnostic qui a entraîné une accentuation de la tendance à étiqueter de manière péjorative. Je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une approche saine. Nous sommes portés à délaissier les forces au profit des faiblesses.

Ms. Scheffer: I would like to comment in two ways. First, I want to speak to the condition that does not become a gift without support. The difference between my husband with his middle-class bipolar disorder and the fellow sleeping on the heating grate is often simply the support that each received when they were acutely ill.

I will speak to my personal experience in this field, which has become richer since I met my husband. He has bipolar disorder and has been healthy for many years. However, he calls his disorder a “gift” because it has made him more human, more generous and a sensitive father.

Under the circumstances, it has sensitized our children to become the next generation of champions leading us to an understanding of mental illness. I would say that in our case, it was definitely a gift.

Ms. Shoush: Communities can have everyone identify what gift they will put in to support the community. The Gitksan in British Columbia, for example, assign every person a volunteer job. They will do something to nurture and enrich their community and protect their culture and traditions. They have an annual feast every year and report on what they did.

I am a lawyer. I might be expected to do something that would address some of their legal needs. Other people might do dancing or drumming. People will do something that will make them valuable and contributing members of the society. I think that your suggestion is excellent.

Senator Léger: We should have the courage to put that in a report.

I definitely want to go to New Zealand and Australia. We could start with the Aboriginals, since they have not yet lost what we have lost.

The Chairman: I know all of you came from out of town, and I thank you. We really appreciate it. I realize we prevailed upon your time. Thank you for being so candid in responding to all our questions. You have been very helpful. We may get back to you, particularly concerning Ms. Hall’s comment about the Web site.

If you have any additional thoughts we ought to hear, send us an e-mail or give us a call. We would be delighted to hear from you.

The committee adjourned.

Mme Scheffer: J’aimerais formuler deux commentaires. Je voudrais d’abord soulever le fait que sans appui, le problème mental ne se transforme pas tout bonnement en force. La différence entre mon mari, qui souffre d’un trouble bipolaire de la classe moyenne et le bonhomme qui dort sur le calorifère réside souvent dans l’aide que chacun a reçu lorsqu’il était atteint de troubles aigus.

Je ferai appel à mon expérience personnelle dans le domaine, que j’ai grandement approfondie depuis que j’ai rencontré mon mari. Il souffre de trouble bipolaire, mais est en santé depuis plusieurs années déjà. Toutefois, il considère sa maladie comme une force, puisqu’elle l’a rendu plus «humain», et a fait de lui un père plus sensible et plus généreux.

Dans cette situation, sa maladie a incité nos enfants à faire partie d’une nouvelle génération de champions qui nous aident à venir à bout de nos troubles mentaux. Je dirais donc que dans notre cas, il s’est réellement agi d’une force.

Mme Shoush: Les communautés peuvent décider avec leurs membres respectifs quel sera l’apport personnel de chacun pour fournir cet appui global. Les Gitksan de la Colombie-Britannique, par exemple, attribuent à chaque personne un rôle bénévole. Ils participeront donc tous à l’enrichissement de leur communauté, ainsi qu’à la sauvegarde de leur culture et de leurs traditions. Ils se rassemblent annuellement pour une célébration, histoire de faire le point sur leurs actions respectives.

Je suis avocate de formation. On s’attend donc de moi à ce que je mette en œuvre mes connaissances et qualifications en matière légale afin de venir en aide à un membre de ma communauté dans le besoin. D’autres pourraient plutôt danser, ou encore jouer les tambours. Chacun fera donc, à sa manière, quelque chose d’utile et de valorisant en tant que citoyen actif dans la société. Je trouve que votre proposition est excellente.

Le sénateur Léger: Nous devrions avoir le courage d’insérer ces commentaires dans le rapport.

Je voudrais certainement voir de plus près la situation en Nouvelle Zélande et en Australie, surtout celle des Autochtones, car ils possèdent encore ce que nous avons perdu.

Le président: Nous savons que vous venez tous de l’extérieur de la ville, et nous vous en remercions. Sachez que nous apprécions grandement votre présence ici. Nous nous rendons compte du fait que nous avons empiété sur votre temps. Nous tenons à vous remercier également pour la franchise dont ont fait preuve vos réponses à toutes nos questions. Vous nous avez aidés grandement. Nous vous contacterons probablement à nouveau, surtout en ce qui concerne le commentaire de Mme Hall au sujet du site Internet.

Si vous avez d’autres préoccupations que vous voudriez partager avec nous, n’hésitez pas à nous faire parvenir un courriel, ou à nous appeler. Nous recevrons de vos nouvelles avec plaisir.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, May 29, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: Welcome. Today we will continue our study of mental health and mental illness. Our witnesses this morning are Dr. David Marsh, Dr. Donald Addington, Mr. Robert McIlwraith and Ms. Margaret Synyshyn.

Dr. Marsh, please proceed.

Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto: Thank you for inviting me; it is a pleasure to meet with you. I would also like to thank my collaborators and colleagues at the Centre for Addiction and Mental Health, CAMH, whose data I will refer to at various times throughout my presentation. I would like to mention a publication from Health Canada that came out in the last year that is a best practices guide for concurrent disorders. Mr. Brian Rush is one of the principle authors of that report. It is available on the Health Canada Web site and is an in-depth look at concurrent disorders.

I will try to touch on key points that I think are important to give you a framework to think about in respect of concurrent disorders — the combination of substance use disorders and other mental health concerns.

It is important to distinguish between substance use, abuse and dependence. Psychoactive substance use is very common. Abuse is less common and dependence affects only a minority of people who use psychoactive substances. The level of severity of consequences is higher for those with abuse and even higher for those with dependence.

The third slide shows some data from the Ontario Monitor, 2001. Being from Newfoundland, I know that data from Ontario does not reflect everyone across the country. Unfortunately, we do not have a good national monitoring system, so I must rely on Ontario data to give you a sense of the prevalence for substance use affecting Canadians. The last good Canadian epidemiological survey was done in 1994. I look forward to some renewed effort at national monitoring coming out of the new national drug strategy that was announced this week — or perhaps as a recommendation from this committee.

You will notice amongst Ontarians that lifetime use of alcohol affects practically everyone — 93 per cent. A small number of adults in Ontario have never consumed alcohol. About one-half of Ontarians have consumed 100 or more cigarettes at some point

OTTAWA, le jeudi 29 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, pour étudier les questions qu'ont suscité le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

Le président: Bienvenue. Aujourd'hui, nous poursuivrons notre étude de la santé mentale et de la maladie mentale. Nos témoins ce matin sont le Dr David Marsh, le Dr Donald Addington, M. Robert McIlwraith et Mme Margaret Synyshyn.

Docteur Marsh, veuillez commencer.

Le Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto: Je vous remercie de m'avoir invité; je suis ravi de vous rencontrer. Je remercie aussi mes collaborateurs et mes collègues du Centre de toxicomanie et de santé mentale, dont je citerai à différents moments au cours de mon exposé les données qu'ils ont établies. Je voudrais signaler une publication produite l'an dernier par Santé Canada qui constitue un guide sur les troubles concomitants. M. Brian Rush est l'un des principaux auteurs de cet ouvrage. La publication figure sur le site Web de Santé Canada. Elle présente un examen approfondi des troubles concomitants.

Je vais tenter d'aborder les éléments clés que j'estime importants afin de vous donner un cadre d'étude des troubles concomitants — c'est-à-dire les troubles liés à la consommation de drogues combinés à des problèmes de santé mentale.

Il est important de faire la distinction entre la consommation et l'abus de drogues ainsi que la dépendance à celles-ci. La consommation de substances psychoactives est très courante. L'abus l'est moins et la dépendance ne touche seulement qu'une minorité de gens qui consomment de telles substances. L'ampleur des conséquences est plus grande dans le cas de l'abus et encore plus importante dans le cas de la dépendance.

La troisième diapositive montre des données recueillies par Ontario Monitor en 2001. Comme je suis originaire de Terre-Neuve, je sais que les données de l'Ontario ne sont pas le reflet de la situation dans l'ensemble du pays. Malheureusement, nous ne disposons pas d'un bon système national de surveillance, alors je dois utiliser les données de l'Ontario pour vous donner une idée de la prévalence de la consommation de drogues chez les Canadiens. La dernière bonne étude épidémiologique menée au Canada remonte à 1994. J'ose espérer que la nouvelle stratégie nationale antidrogue annoncée cette semaine — ou peut-être une recommandation provenant du comité — donnera lieu à de nouveaux efforts sur le plan d'un système national de surveillance.

Vous remarquerez que la consommation d'alcool concerne presque tous les Ontariens — 93 p. 100 d'entre eux. Un petit nombre d'adultes en Ontario n'ont jamais consommé d'alcool. Environ la moitié des Ontariens ont fumé une centaine ou plus de

in their lives, which would constitute lifetime consumption of tobacco. More than one-third have used cannabis at some time in their lives. Cannabis consumption is occurring in a large minority of adults in Ontario.

The proportion of people who have used those substances in the past year or in the last month is much smaller. That will reinforce the point that those who are affected with frequent regular use leading to adverse social consequences is a small minority of all those who use substances.

The Ontario Monitor does not capture a large enough number of people to have statistically significant data on drugs such as cocaine or heroin, which are used by a smaller minority. That would be another important element, if a national monitoring system were put in place, that it capture enough members of Canadian society to give us good data on drugs that are used by smaller minorities of people.

Substance abuse as opposed to use has a clear diagnostic definition in the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, DSM-IV4. It reflects a maladaptive pattern of use, which means that someone takes a psychoactive substance in a way that adversely affects his or her behaviour. If someone takes morphine for pain and they function better with it, then that would not constitute part of the criteria for abuse or dependence. If someone has a maladaptive pattern of use that causes adverse psychological or social consequences such as failure to fulfil major obligations at work or at home, or continued use despite harm, but they do not meet criteria for dependence, they may meet criteria for abuse.

This is important because people who do not meet criteria for dependence often do not see themselves as candidates for treatment. Yet, brief interventions or education can have significant positive impact on these kinds of people. For instance, someone who drinks five or more drinks on a regular basis is at a higher risk for having unsafe sex and acquiring diseases; at a higher risk for committing domestic violence or for having motor vehicle accidents. A 15-minute intervention by a family physician taking a good alcohol-use history and expressing concern about the consequences could dramatically decrease their alcohol consumption and decrease the consequences. These people who meet the criteria for abuse constitute a larger portion of society than those who have dependence.

The proportion of people who have used a substance and meet criteria for dependence is small and it varies by substance. For example, only about 5 per cent of current cannabis users — or less than 1 per cent of the general population — meet the criteria for dependence on cannabis. I have given you the criteria for dependence in the handout. They basically constitute: more than six months of repeated attempts to cut down, compulsive use

cigarettes dans leur vie, ce qui représente une consommation à vie de tabac. Plus du tiers ont déjà consommé du cannabis à un moment donné de leur vie. Une minorité importante d'adultes en Ontario consomment du cannabis.

La proportion des gens qui ont consommé ces substances au cours de la dernière année ou du dernier mois est beaucoup moins élevée. Cela renforce la théorie selon laquelle ce n'est qu'une petite minorité des personnes qui consomment des drogues qui se retrouvent avec de graves problèmes sociaux.

L'étude menée en Ontario ne porte pas sur un nombre de personnes assez élevé pour recueillir des données significatives sur le plan statistique sur les drogues comme la cocaïne ou l'héroïne, qui sont consommées par un nombre encore moins grand de gens. Si un système national de surveillance était mis en place, il devrait viser un nombre de Canadiens assez important pour pouvoir fournir de bonnes données sur les drogues consommées par des minorités de gens.

L'abus de drogues contrairement à la consommation est défini clairement dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association, DSM-IV4. Il est décrit comme étant une consommation mésadaptée, ce qui signifie que la personne consomme une substance psychoactive d'une façon qui a une incidence négative sur son comportement. Si une personne prend de la morphine pour soulager la douleur et qu'elle fonctionne mieux grâce à cela, on ne considère pas qu'elle en abuse ni qu'elle en dépend. Si quelqu'un consomme de façon mésadaptée et que cela a des conséquences négatives d'ordre psychologique ou social, notamment l'incapacité de respecter des obligations importantes au travail ou à la maison, ou s'il continue de consommer malgré le préjudice causé et qu'il ne remplit pas les critères définissant la dépendance, il pourrait répondre à ceux définissant l'abus.

Il s'agit là d'un point important, car les personnes qui ne répondent pas aux critères définissant la dépendance ne considèrent souvent pas qu'elles nécessitent un traitement. Pourtant, de courtes interventions et de brefs renseignements peuvent avoir un effet positif considérable sur ces personnes. Par exemple, quelqu'un qui prend 5 verres ou plus de façon régulière est plus susceptible d'avoir des relations sexuelles non protégées et de contracter des maladies, de commettre des actes de violence familiale ou de subir des accidents de voiture. Une intervention d'une quinzaine de minutes par un médecin de famille qui a bien examiné les antécédents de consommation d'alcool et qui exprime une inquiétude à propos des conséquences pourrait contribuer à diminuer de façon marquée la consommation d'alcool et ses répercussions. Les personnes qui correspondent aux critères décrivant l'abus constituent une plus grande portion de la société que celles qui éprouvent une dépendance.

La proportion des gens qui ont déjà consommé des drogues et qui répondent aux critères de la dépendance est peu élevée et varie selon la substance. Par exemple, environ 5 p. 100 seulement des consommateurs actuels de cannabis — ce qui représente moins de 1 p. 100 de la population — remplissent les critères définissant la dépendance à cette drogue. Le document que je vous ai remis contient les critères de la dépendance. Ce sont essentiellement les

despite harm, and significant adverse psychological and social consequences. They can, but necessarily include physical dependence with symptoms such as withdrawal or tolerance.

The consequences of dependence vary also with the substance and the social situation. In general, the consequences of being dependent on a substance are greater if the use of that substance is less socially acceptable. For instance, amongst people who are regular daily users of an illegal substance such as heroin, there are very severe adverse consequences — both for those individuals and for society. Dr. Benedict Fischer, a scientist at our centre in 1999, published a study in addiction research. The exact reference is in the material that I provided.

He recruited 114 regular heroin users in Toronto and administered a questionnaire to them to determine the consequences of their heroin use. He found that the overwhelming majority — over 80 per cent — were male; that more than one-half of them were in temporary housing; that just over one-half of them had been employed at some time in past year, although only one-third had income from a job in past month. You can see high levels of unemployment and unstable housing.

The majority were on some kind of social benefits, but they had more income from illegal activities in the last month than they did from government sources or employment. He also asked them about their known prevalence of diseases that are transmitted by injecting drugs such as hepatitis B, hepatitis C and HIV. He did not do testing then, but we are now in the middle of a larger study that does involve testing to confirm the prevalence. The figures in the handout would reflect a lower estimate of the prevalence of these diseases. Given the acquisition of diseases and the high levels of homelessness and unemployment, you can see the impact on society as well as on the individuals when someone is dependent on a drug such as heroin.

I want to emphasize a point about heterogeneity — about the range of problems when you talk about concurrent disorders and substance abuse. With respect to the range of drugs and combinations of drugs that people use, in the 2001-02 fiscal year, we saw about 20,000 clients at the Centre for Addiction and Mental Health. Just over 7,500 — or 37 per cent — of these people were treated in the addiction programs. Of those people treated in the addiction programs, about 50 per cent identified alcohol as the primary substance that brought them to treatment; 20 per cent identified cocaine; 10 per cent identified cannabis — that may surprise you because many people mistakenly think that cannabis is harmless but there is definitely a minority of cannabis

suiuants: des tentatives répétées, pendant plus de six mois, de diminuer la consommation, la consommation compulsive malgré les torts causés et des conséquences négatives considérables d'ordre psychologique et social. Ces critères englobent nécessairement la dépendance physique accompagnée de symptômes comme le sevrage ou la tolérance.

Les répercussions de la dépendance varient également selon la substance et la situation sociale. En général, les conséquences d'une dépendance à une substance sont plus grandes si sa consommation est moins bien acceptée socialement. Par exemple, chez les gens qui consomment quotidiennement des drogues illégales comme l'héroïne, il y a de très graves conséquences négatives — à la fois pour ces personnes et pour la société. Le Dr Benedict Fischer, un scientifique qui a travaillé à notre centre en 1999, a publié une étude sur la recherche en toxicomanie. Le titre exact de son étude figure dans le document que je vous ai fourni.

Il a recruté 114 consommateurs réguliers d'héroïne à Toronto, qu'il a interrogés afin de déterminer les conséquences de la consommation d'héroïne. Il a découvert que la grande majorité des consommateurs — plus de 80 p. 100 — étaient des hommes; que plus de la moitié d'entre eux vivaient dans des habitations provisoires; qu'un peu plus de la moitié avait déjà occupé un emploi à un moment donné au cours de l'année précédente, quoique seulement le tiers avait tiré un revenu d'un emploi dans le mois précédent. Les niveaux de chômage et de logement instable se sont avérés élevés.

La majorité des consommateurs recevaient des prestations de programmes sociaux, mais avaient tiré davantage de revenus d'activités illégales au cours du dernier mois que des programmes du gouvernement ou d'un emploi. Le Dr Fischer les a aussi interrogés à propos de la prévalence connue de maladies transmises par l'injection de drogues comme l'hépatite B et C et le VIH. Il ne leur a pas fait subir de tests, mais nous sommes en train de mener une étude de plus grande envergure qui prévoit des tests en vue de confirmer la prévalence. Les données qui figurent dans le document que je vous ai remis constituent une estimation moins élevée qu'en réalité de la prévalence de ces maladies. Étant donné la contraction de maladies et les hauts niveaux d'itinérance et de chômage, vous pouvez constater l'incidence sur la société ainsi que sur les personnes dans les cas de dépendance à une drogue comme l'héroïne.

Je veux mettre l'accent sur un point concernant l'hétérogénéité — sur la gamme des problèmes qu'entraînent les troubles concomitants et l'abus de drogues. Quant au type de drogues et à la combinaison de drogues que les gens consomment, je peux dire qu'au cours de l'année financière 2001-2002, environ 20 000 clients se sont présentés au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Un peu plus de 7 500 d'entre eux — ou 37 p. 100 — ont été traités dans le cadre de programmes de toxicomanie. Parmi ces personnes, environ 50 p. 100 ont indiqué l'alcool comme substance principale les ayant amenés à se faire traiter; 20 p. 100 ont indiqué la cocaïne; 10 p. 100, le cannabis — ce qui peut vous étonner, car de nombreuses personnes pensent à

users who develop significant complications; 7 per cent came primarily for smoking cessation; and about 5 per cent with problems with opiates.

The vast majority of in-patients and out-patients identified problems with multiple substances. I have provided the data on the range of substances that people identified. Amongst those who received in-patient treatment, although only 50 per cent came primarily for treatment of alcohol dependence, 80 per cent identified alcohol as a problem; 24 per cent identified cannabis as a problem — higher than those who identified tobacco; 50 per cent of the in-patients and 29 per cent of the out-patients identified cocaine as one of the problems that led them to seek treatment.

This heterogeneity — this mixed bag of substances — that leads to a mixed range of consequences and the need for a range of treatment interventions that match the individual's social skills, social situation and consequences of substance use.

I also want to highlight for you some evidence that we have around the prevalence of disorders. The Centre for Addiction and Mental Health, CAMH, was formed five years ago. One of the rationales for merging our organizations was to deal more effectively with concurrent disorders. In 2001-02, we piloted a new instrument called the “resident assessment instrument for mental health,” RAI-MH. This is being proposed as something that the Canadian Institute for Health Information, CIHI, will collect for all in-patients in psychiatric facilities in the country. I do not think that decision has been made yet. It would be useful to have some kind of standard assessment that is applied to all in-patient psychiatric facilities in the country so that we could collect data on things such as the prevalence of different kinds of complications of mental health and different diagnoses from different facilities across the country.

One of the pieces of data that actually surprised many of the staff at the centre was the high prevalence of addictive problems amongst people who are admitted to the mental health programs for treatment of their mental health disorders. Many of the staff had expected that figure to be around 30 per cent to 40 per cent, which would be in keeping with much of the published literature. In fact, this instrument indicated that for 70 per cent of the people admitted to most of the mental health programs at our centre, addictive problems were one of the top three that they were experiencing at the time of their admission.

I want to talk a bit about our response to concurrent disorders. Many physicians and health care providers are pessimistic about the effectiveness of treatment for substance use. In surveys of family physicians, one of the main reasons they identify for not

tort que le cannabis est sans danger, mais il existe une minorité de consommateurs de cette drogue qui subissent des complications considérables; 7 p. 100 ont indiqué qu'ils étaient venus au centre principalement pour cesser de fumer; et environ 5 p. 100 ont invoqué comme raison des problèmes liés à la consommation d'opiacés.

La grande majorité des malades hospitalisés et des malades externes ont fait état de la consommation de substances multiples. J'ai fourni des données sur la gamme des substances que les gens ont indiquées. Parmi les personnes qui ont reçu un traitement à l'hôpital, même si seulement 50 p. 100 d'entre elles recherchaient principalement un traitement pour leur dépendance à l'alcool, 80 p. 100 ont indiqué l'alcool comme un problème; 24 p. 100 ont indiqué le cannabis comme un problème — pourcentage plus élevé que pour le tabac; 50 p. 100 des malades hospitalisés et 29 p. 100 des malades externes ont indiqué la cocaïne comme l'une des causes qui les a amenés à rechercher un traitement.

Cette hétérogénéité — ce mélange de substances — mène à des conséquences variées et à la nécessité de disposer d'une gamme variée d'interventions au niveau du traitement qui sont adaptées aux aptitudes sociales de la personne, à sa situation sociale et aux conséquences liées à la consommation des substances en question.

Je veux également vous donner les points saillants de certaines données que nous avons concernant la prévalence de ces troubles. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, CTSM, a été créé il y a cinq ans. Une des raisons qui a justifié la fusion de nos organismes était de nous permettre de traiter plus efficacement les troubles concomitants. En 2001-2002, nous avons piloté un nouvel instrument appelé «resident assessment instrument for mental health», RAI-MH. C'est un instrument qui a été proposé à l'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS, pour tous les malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques du pays. Je ne pense pas que la décision à cet égard a encore été prise. Il serait utile de disposer d'une forme quelconque d'évaluation normalisée qui s'applique à tous les malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques du pays de manière que nous puissions recueillir des données sur des questions comme la prévalence de différents types de complications de la maladie mentale et sur les diagnostics différents posés dans différents établissements au pays.

Une donnée qui a en a surpris beaucoup parmi les membres du personnel du centre, c'est la prévalence élevée des problèmes de toxicomanie chez les personnes admises dans les programmes de santé mentale pour le traitement de leurs troubles de santé mentale. Beaucoup s'attendaient à un chiffre d'environ 30 à 40 p. 100, ce qui concorde avec les données publiées dans la documentation scientifique. En fait, cet instrument a révélé que dans le cas de 70 p. 100 des personnes admises dans la plupart des programmes de santé mentale de notre centre, la toxicomanie comptait parmi les trois problèmes qu'elles éprouvaient au moment de leur admission.

J'aimerais dire un mot sur notre réponse aux troubles concomitants. De nombreux médecins et fournisseurs de soins de santé sont plutôt pessimistes quant à l'efficacité du traitement de la consommation de drogues. Des sondages auprès des

asking about substance use in their patients is that they feel there is nothing effective they can offer. That is not true. Treatment for substance use disorders is very effective. In 2000, Dr. Tom McLelland, Dr. David Lewis and colleagues published a paper in the *Journal of the American Medical Association* in which they compared the effectiveness of treating substance use disorders with treating other chronic relapsing conditions such as diabetes, asthma and hypertension. The figures are comparable, with about 60 per cent of people having treatment success at one year for substance use disorders. I have also included some data from our evaluation of our methadone maintenance program.

Senator Morin: What is “MMT treatment” in slide 3?

Dr. Marsh: MMT is methadone maintenance treatment. It is the most effective treatment we have for heroin or opiate dependence.

The next slide shows you some data from our own methadone maintenance treatment evaluation where we conducted a six-year retrospective evaluation of our program during a period when availability of methadone maintenance was rapidly expanding in Toronto and Ontario. Dr. Bruna Brands and I are also co-authors of another best practices manual that was released in November by Health Canada with a literature review dealing specifically with the topic of methadone maintenance.

The data from our program shows that within the first six months of admission to a methadone maintenance program, about 40 per cent of the patients were able to achieve sustained abstinence from opiates. There was no significant change in their use of cocaine or benzodiazepines early in treatment. However, for those patients who were retained for four and one-half years or longer, about 85 per cent of them were drug free from cocaine and benzodiazepines.

If those people who are dependant and regularly using heroin having high levels of homelessness and unemployment and acquiring HIV and hepatitis, that Dr. Fischer studied in his profile of Toronto heroin users, can be engaged in treatment and kept in treatment for a period of time, they make very dramatic gains in decreasing drug use. I am not showing the data in getting back into the workforce and decreasing the risk of acquiring diseases and acquiring stable housing.

Unfortunately, we are not able to engage all drug users in treatment. For some, treatment is either unacceptable or ineffective. We need to have a range of responses, including

médecins de famille ont révélé qu'une des principales raisons pour lesquelles ils n'interrogent pas leurs malades au sujet de la consommation d'alcool et de drogues, c'est parce qu'ils estiment ne pas avoir un traitement efficace à leur offrir. Or, c'est faux: le traitement pour les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues est très efficace. En 2000, le Dr Tom McLelland, le Dr David Lewis et leurs collègues ont publié un article dans le *Journal of the American Medical Association* dans lequel ils ont comparé l'efficacité du traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues à celle du traitement d'autres maladies chroniques récurrentes, comme le diabète, l'asthme et l'hypertension. Les chiffres sont comparables, à savoir qu'on peut dire que le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues a été un succès chez 70 p. 100 des personnes après un an. J'ai également présenté des données sur l'évaluation que nous avons faite de notre traitement à la méthadone.

M. Morin: Que signifie l'expression «MMT treatment» dans la diapositive 3.

Le Dr Marsh: Il s'agit du traitement à la méthadone. C'est le traitement le plus efficace pour traiter la dépendance à l'égard de l'héroïne et des opiacés.

La diapositive suivante montre certaines données de notre propre évaluation du traitement à la méthadone, qui est en fait une évaluation rétrospective sur une période de six ans de notre programme au cours d'une période pendant laquelle la disponibilité du traitement à la méthadone était en progression rapide à Toronto et en Ontario. Le Dr Bruna Brands et moi sommes également coauteurs d'un autre ouvrage de bonnes pratiques qui a été publié en novembre par Santé Canada et comportant une analyse documentaire portant spécifiquement sur la question du traitement à la méthadone.

Les données de notre programme révèlent que dans les six premiers mois suivant leur admission dans le programme de traitement à la méthadone, environ 40 p. 100 des malades ont été capables de maintenir leur abstinence face aux opiacés. Tôt au cours du traitement, il n'y avait pas de changement significatif dans leur consommation de cocaïne ou de benzodiazépines. Cependant, dans le cas des patients qui ont été gardés pendant quatre ans et demi ou plus, environ 85 p. 100 ont cessé leur consommation de cocaïne et de benzodiazépines.

Si les personnes dépendantes qui prennent régulièrement de l'héroïne, chez qui le taux de sans-abri et de sans-emploi est très élevé et qui courent un risque plus élevé de contracter le VIH et l'hépatite, d'après le profil des héroïnomanes de Toronto établi par le Dr Fischer, peuvent être amenées à s'inscrire à un programme de traitement et qu'elles sont gardées en traitement pendant une certaine période de temps, elles font des progrès spectaculaires en ce qui concerne la réduction de leur consommation de drogues. Et je ne parle pas des données portant sur le retour sur le marché du travail, sur la réduction des risques de contracter des maladies et sur l'accès à un logement stable.

Malheureusement, nous ne pouvons inciter tous les toxicomanes à suivre un traitement. Pour certains, les traitements sont soit inacceptables soit inefficaces. Nous devons

what are often called “harm reduction initiatives.” I have included one slide showing you data from the Swiss heroin trial. This data comes from a paper in the *Lancet* published last year by Dr. Juergen Rehm and colleagues. Dr. Rehm has recently come to Toronto as the chair of addiction policy.

You can see that in a group of people who were dependent on injection heroin and failed other treatments, prescribing heroin to them that they inject in an environment under supervision of medical professionals led to a fall in unstable housing from 43 per cent to 21 per cent. Homelessness practically disappeared: It went from 18 per cent to 1 per cent. Unemployment fell as did daily use of cocaine, and use of street heroin fell dramatically.

Even though they continued to inject heroin every day, they were doing it with medicinal heroin that was free of impurities in a known dose. They were doing it under the supervision of health care providers and engaged in counselling. The consequences of that heroin use dramatically decreased.

The Chairman: Would such a study be legal in Canada? That is to say, is there a legal reason that would prevent a similar study being done in Canada? Would the law say that you cannot give people heroin?

Dr. Marsh: Within the context of a clinical trial, were it to be approved by Health Canada following the clinical trials application process, it would be legal in Canada. I am involved in a group that is pursuing exactly that project for Canada.

The Chairman: You are pursuing it in the sense that it is not underway. You are pursuing the application? Is the study actually underway?

Dr. Marsh: We are in the process of gaining various regulatory approvals.

In summary, substance use is very common — especially if we look at alcohol, tobacco and cannabis. There is an important distinction to be made between use, abuse and dependence. The distinction hangs mostly on the consequences of use with those who are dependent having the most severe consequences. There is also heterogeneity around which drugs are used as well as the consequences in which concurrent disorders can occur.

Treatment can be effective. We need multiple approaches to treatment. We need a range of treatment options as well as other options such as syringe exchange, safe injection facilities, and heroin trials that do not necessarily lead to decreased drug use but can address the consequences of drug use.

avoir une variété de réponses, y compris ce qu'on appelle souvent des «initiatives de réduction des préjudices». J'ai ajouté une diapositive pour vous montrer les données provenant d'une expérience suisse sur l'héroïne. Ces données sont tirées d'un article paru dans la revue *Lancet* l'an dernier et rédigé par le Dr Juergen Rehm et ses collègues. Le Dr Rehm a été nommé récemment titulaire de la chaire de politique sur les toxicomanies à Toronto.

Vous pouvez constater que dans un groupe de personnes qui étaient dépendantes de l'héroïne en injection et pour qui les autres traitements avaient échoué, le fait de pouvoir s'injecter de l'héroïne dans un environnement supervisé par des spécialistes de la santé a eu pour effet que la situation de logement instable a diminué de 43 à 21 p. 100. La clochardise a pratiquement disparu: elle est passé de 18 à 1 p. 100. Le nombre de sans-emploi dans cette population a diminué comme l'usage quotidien de la cocaïne et l'utilisation de l'héroïne illicite a connu une chute spectaculaire.

Même si ces gens continuaient de s'injecter de l'héroïne tous les jours, ils utilisaient une héroïne médicale exempte d'impuretés et de concentration connue. Ils le faisaient sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé et participaient à des séances de counselling. Les conséquences de cette utilisation de l'héroïne ont diminué de manière spectaculaire.

Le président: Est-ce qu'une telle expérience serait légale au Canada? C'est-à-dire, y a-t-il des raisons légales qui empêchent la réalisation d'une étude semblable au Canada? La loi interdit-elle de donner de l'héroïne à des gens?

Le Dr Marsh: Dans un contexte d'essais cliniques, si la chose était approuvée par Santé Canada dans le cadre du processus d'autorisation des essais cliniques, ce serait légal au Canada. Je participe aux activités d'un groupe qui entreprend exactement ce genre de projet au Canada.

Le président: Qui entreprend... dans le sens que le projet est déjà en marche? Vous entreprenez les démarches pour l'autorisation? Est-ce que l'étude est actuellement en marche?

Le Dr Marsh: Nous sommes en train d'obtenir les diverses approbations réglementaires.

En résumé, la consommation d'alcool et de drogues est très courante — surtout si vous pensez à l'alcool, au tabac et au cannabis. Il y a une distinction importante à faire entre consommation, abus et dépendance. La distinction repose principalement sur les conséquences de l'utilisation, et ce sont les personnes ayant une dépendance qui subissent les conséquences les plus graves. Il y a également hétérogénéité quant aux drogues consommées et quant aux conséquences qui peuvent donner lieu à des troubles concomitants.

Le traitement peut être efficace. Nous avons besoin d'approches diversifiées au traitement. Nous avons besoin d'une variété de choix de traitement ainsi que d'autres solutions, comme l'échange de seringues, des lieux d'injections sûrs, et des expériences sur l'héroïne qui n'aboutissent pas nécessairement à une diminution de l'usage des drogues, mais qui peuvent en réduire les conséquences.

Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry, University of Calgary: I would like to commend the committee for addressing this very important issue. Of all the areas in health, if you have major impacts on mental health services, you will end up with the greatest return on investment for the general health of the populations. I have been asked to focus on the major adult disorders: depression, schizophrenia and anxiety disorders. My recommendations are around some patient issues, systems issues, clinical service delivery recommendations and some research recommendations. They are fairly generic but apply particularly to the adult disorders. I am speaking as a health care professional and clinical researcher with administrative, academic and health service delivery responsibilities. I am sure that patients and consumers can speak for themselves as well.

However, from a patient perspective, addressing a couple of major issues would make a big difference — and they are related to access to timely and appropriate care. These kinds of things can be achieved through a patient charter with access to mental health care and primary care. On the whole, this is not available; you can get care from physicians, but not from other professionals in primary care.

There are significant issues for access to specialists, specialized services and acute care. The recommendations can be in the form of a charter or, more bureaucratically, in terms of defined wait lists and things like that.

There is an issue around access to comprehensive evidence-based care. You have just heard much detail on effective treatments for addictions. This applies across treatments for all mental disorders. Very often, there is not access to evidence-based care. That is a major problem. That can be addressed by defining the services available under the Canada Health Act that should be available to different groups and categories.

I have some specific recommendations. A good start is that there are hearings at a national level on mental health. That is an important achievement. It would be very possible to set national mental health goals. Those obviously have to be negotiated between provincial and federal governments. That is embedded in all of these issues. It is not my business to get into the details of that. For a practical example, goals might be set around reducing suicide both at the societal level and for those who are actually in contact with mental health services.

Le Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie, Université de Calgary: J'aimerais féliciter le comité de s'attaquer à cette question très importante. De tous les domaines de la santé, si vous réussissez à produire des changements majeurs dans les services de santé mentale, c'est là que vous allez obtenir le meilleur rendement sur l'investissement du point de vue de la santé générale des populations. On m'a demandé de concentrer mes efforts sur les principales maladies observées chez les adultes: la dépression, la schizophrénie et les troubles anxieux. J'ai des recommandations portant sur les questions liées aux malades, sur les questions liées aux systèmes, sur la prestation des services cliniques et sur la recherche. Elles sont de nature assez générale, mais elles s'appliquent particulièrement aux maladies chez les adultes. Je parle à titre de spécialiste des soins de santé et de chercheur clinique ayant des responsabilités en matière d'administration, d'enseignement et de prestation des services de santé. Je suis certain que les malades et les consommateurs peuvent très bien parler pour eux-mêmes.

Cependant, du point de vue des malades, le fait de régler quelques grandes questions pourrait faire une énorme différence — et ces questions sont liées à l'accès à des soins en temps opportun et approprié. Ce genre de choses peut être réalisé par l'intermédiaire d'une charte des droits des malades prévoyant un accès à des soins de santé mentale et à des soins primaires. Dans l'ensemble, ces services ne sont pas accessibles; vous pouvez obtenir des soins des médecins, mais non des autres spécialistes de soins primaires.

Il y a des problèmes importants en ce qui concerne l'accès aux spécialistes, aux services spécialisés et aux soins aigus. Les recommandations peuvent se présenter sous forme d'une charte ou, d'une manière plus bureaucratique, en termes de listes d'attente définies ou quelque chose du genre.

Il y a un problème quant à l'accès à des soins complets fondés sur les données. Vous venez juste d'entendre une foule de détails sur les traitements efficaces contre les toxicomanies. Cela s'applique au traitement de toutes les maladies mentales. Très souvent, il n'y a pas d'accès à des soins fondés sur les données. Il s'agit d'un problème majeur. On peut résoudre ce problème en définissant les services accessibles en vertu de la Loi canadienne sur la santé en fonction des différents groupes et des différentes catégories de malades.

J'ai quelques recommandations spécifiques. Un bon point de départ, c'est qu'il y a des audiences à l'échelle nationale sur la santé mentale. Il s'agit d'une réalisation importante. Il serait très possible de fixer des objectifs nationaux en matière de santé mentale, qui devront, de toute évidence, faire l'objet de négociations entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Cette question est présente dans toutes les autres. Il ne m'appartient pas d'entrer dans les détails. Mais pour vous donner un exemple pratique, des objectifs pourraient être fixés en ce qui a trait à la réduction du nombre de suicides, tant au niveau de la société en général qu'au niveau des gens qui sont actuellement en contact avec les services de santé mentale.

We really need a policy framework to guide the implementation of mental health services. That does not exist. It may need to exist at an individual provincial level, but that needs to be done.

Then there are issues related to funding. With respect to funding for mental health, a concern is that it really has not kept up generally with funding for health services. A particular way of addressing that is to focus on population-based funding approaches, so that you define the funding that would be available to a set population and then deliver the services in the most appropriate place for that population.

The final systems issue is really an accountability framework that addresses two things: one is performance measurement and as well as some sort of oversight agency to ensure that those performance targets are met. Again, that is primarily at the provincial level, but there have been discussions and recommendations about a national one as well.

The important thing from a systems perspective is those mechanisms should occur and, specifically, they should be addressing mental health. The Canadian Institutes of Health Information, CIHI, have a working group looking at performance measurement in mental health. However, more work is needed in that area.

In the area of service issues, it is important to remember that adult mental health issues occur in late adolescence and early adult life; and then, very often, the major ones tend to persist over time. Whereas we tend to think about health as more of an issue for the older population, mental health is still a major issue for the generally healthy population. That affects the kind of services and funding that needs to be provided because funding formulas are often weighted toward the older population.

The specific recommendations around services are that the services should be based on the disorders treated and population served — adult services, children services and seniors' services. We know a great deal about the prevalence and the impact of disorders; we are just hearing details about addictions; other areas are very well known. We can calculate the number of cases and the kinds of services that need to be provided for that population. Through such a "needs-based" approach, we can provide services appropriately.

We need another recommendation as national support for clinical practice guideline development dissemination and implementation. Those are the practical guidelines for clinicians on how to deal with particular cases. We also need treatment

Nous avons vraiment besoin d'une politique-cadre pour orienter la mise en place des services de santé mentale. C'est quelque chose qui n'existe pas. On en aurait peut-être besoin dans le cas de certaines provinces particulières, mais c'est quelque chose qui doit être fait.

Il y a ensuite les questions liées au financement. Il est préoccupant de constater que le financement de la santé mentale n'a pas été maintenu, de façon générale, au même niveau que celui des services de santé en général. Une manière particulière de régler ce problème, c'est de se concentrer sur des approches de financement fondées sur la population, c'est-à-dire que vous déterminez le financement qui serait disponible pour une population donnée et, ensuite, vous offrez les services à l'endroit le plus approprié pour cette population.

Le dernier problème en est un qui est lié aux systèmes; en fait, il s'agit d'un cadre de reddition des comptes qui répond à deux besoins: premièrement, mesurer le rendement et, deuxièmement, créer une certaine forme d'organisme de supervision qui voit à la réalisation des objectifs fixés en matière de rendement. Encore une fois, il s'agit principalement d'une question qui intéresse les provinces, mais il y a eu des discussions et des recommandations qui portent également sur un système national.

Ce qui est important dans cette question liée aux systèmes, c'est que ces mécanismes devraient exister et qu'ils devraient s'appliquer, de manière spécifique, à la santé mentale. L'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS, compte un groupe de travail sur la mesure du rendement en santé mentale. Cependant, il faut faire plus de travail dans ce domaine.

Dans le cas des problèmes liés aux services, il est important de se rappeler que les problèmes de santé mentale chez les adultes surviennent à la fin de l'adolescence et au début de la vie adulte et qu'ensuite, les problèmes sérieux ont très souvent tendance à persister dans le temps. Alors que nous avons tendance à croire que la santé est davantage une question qui concerne la population plus âgée, la santé mentale constitue toujours un problème majeur pour la population généralement en bonne santé. Cela influe sur le genre de services et sur le financement qu'il faut assurer, parce que les formules de financement favorisent souvent les populations plus âgées.

Les recommandations spécifiques en ce qui concerne les services, c'est que ces derniers devraient être fondés sur les maladies à traiter et sur la population à desservir: des services pour les adultes, des services pour les enfants et des services pour les personnes âgées. Nous en savons beaucoup sur la prévalence et sur les répercussions des maladies; nous venons juste d'entendre toutes sortes de détails au sujet des toxicomanies; et il y a d'autres domaines qui sont très bien connus. Nous pouvons calculer le nombre de cas et les types de services qui doivent être assurés à la population concernée. Grâce à une telle approche «fondée sur les besoins», nous pouvons fournir des services de manière appropriée.

Autre recommandation, nous avons besoin d'un appui national pour l'élaboration, la dissémination et la mise en oeuvre de lignes directrices en matière de pratiques cliniques. Il s'agit de lignes directrices pratiques s'adressant aux cliniciens sur

teams with defined service goals and objectives for different groups of individuals — certainly the severe and persistently mentally ill — as well as support teams for primary care. The specialized mental health services cannot deal with the large burden of mental disorders that are dealt with in primary care, but they can enhance the care to that population through shared care programs and services.

We need improved information systems that provide support across the continuum of care so you can support the ongoing care in lower, less intensive and expensive levels of care. We need improved collaboration between social and health care providers. When patients with severe mental illnesses are discharged from hospital and they have no place to stay, that is a big problem. In the current environment, it is difficult to get the regulatory agencies, authorities and accountabilities for those services working together.

Finally, around research issues, I have a couple of specific recommendations. Federal health research budgets should be allocated on the basis of burden of disease for society. This is not currently the case in Canada; it is, in fact, the case in the United States. The National Institute of Mental Health and the addictions research institutes receive funding based on the burden of disease in the community. Mental health research is significantly underfunded and can have a big impact.

We need an increased number and quality of university-based research centres associated with care delivery organizations. For example, we have seen great advances in the collaboration in heart health services, where there is an intensive relationship between research and health services delivery. That close relationship does not tend to exist in the mental health services in the same way.

The Chairman: Thank you. You have raised many questions, but we will hear the other presenters first.

Mr. Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme, University of Manitoba: Thank you for the invitation to speak about mental health. The primary focus of my remarks today will be on the issue of access to mental health services.

I want to address three points. First, access to cognitive behavioural therapies, which, for many mental disorders, are as effective as medications, less costly and preferred by patients in many cases. Second, I want to talk about access to psychological services in the public health care system; and third, I want to talk

la façon de traiter des cas particuliers. Nous avons également besoin d'équipes de traitement ayant des objectifs de services définis pour différents groupes de personnes — certainement, pour le groupe des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes — ainsi que d'équipes d'appui pour les soins primaires. Les services de santé mentale spécialisés ne peuvent s'occuper du lourd fardeau que constituent les maladies mentales traitées au niveau des soins primaires, mais ils peuvent améliorer les soins prodigués à cette population par l'intermédiaire de programmes et de services de soins partagés.

Nous avons besoin de systèmes d'information améliorés qui assurent un appui dans tout le continuum des soins, de manière que vous puissiez appuyer les soins qui se donnent à des niveaux inférieurs, moins intenses et moins coûteux. Nous avons besoin d'une collaboration accrue entre les travailleurs sociaux et les fournisseurs de soins de santé. Lorsque les malades frappés de maladies mentales graves reçoivent leur congé de l'hôpital et qu'ils n'ont nulle part où aller, c'est un problème grave. Dans l'environnement actuel, il est difficile de faire en sorte que les organismes de réglementation, les autorités et les responsables de ces services travaillent en collaboration.

Enfin, au chapitre de la recherche, j'ai quelques recommandations précises. Les budgets de recherche en santé du gouvernement fédéral devraient être attribués en fonction du fardeau que représente la maladie en question pour la société. Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle au Canada; mais, c'est le cas aux États-Unis. Le National Institute of Mental Health et les instituts de recherche sur les toxicomanies reçoivent un financement qui est fonction du fardeau que représentent ces maladies pour la collectivité. La recherche en santé mentale est gravement sous-financée et pourtant, elle peut avoir des répercussions très importantes.

Il nous faut augmenter, quantitativement et qualitativement, les centres de recherche universitaires liés à des organismes qui dispensent les soins. Par exemple, nous avons vu d'énormes progrès dans le domaine de la santé cardiaque, là où il y a une collaboration très active entre les organismes de recherche et les organismes qui dispensent des services de santé. On n'a pas tendance à observer ce genre de collaboration étroite dans le domaine des services de santé mentale.

Le président: Merci. Vous avez soulevé de nombreuses questions, mais nous allons d'abord entendre les autres témoins.

M. Robert McIlwraith, professeur et directeur, directeur du programme de psychologie en milieu rural et nordique, Université du Manitoba: Merci de l'invitation qui m'a été adressée pour vous parler de santé mentale. L'élément principal de mes observations aujourd'hui sera la question de l'accès aux services de santé mentale.

J'ai l'intention de parler de trois points. Premièrement, l'accès aux thérapies cognitivo-comportementales qui, pour de nombreuses maladies mentales, sont aussi efficaces que les médicaments, moins coûteuses et qui, dans nombre de cas, reçoivent la préférence des malades. Deuxièmement, je veux vous

about access to mental health care services by recruitment of mental health professionals to rural and northern areas of Canada.

With respect to access to service is that people want therapy, not just drugs, when they have mental health problems. I agree that medications have an important role to play in the treatment of mental disorders, particularly in acute or emergency care of severe mental disorders. However, it is also true that many — if not the majority of patients — when asked what kinds of help they would like with their mental health problems, say they would like to talk about their problems with some qualified person who could help them solve their own problems themselves.

There are people who do not want this type of help. They prefer, for their own good reasons, to just have a prescription. That is fine; they should have that choice. However, many people who are also taking medication still have things they would like to talk out and solve with professional help. Many individuals, when given a choice, say that they would prefer to have psychotherapy rather than be treated with medications. This is particularly the case in studies where the details of the different treatments and their efficacy and side effects have been explained to people beforehand.

This is particularly the case with depression and anxiety disorders, which are very common and where ample research shows that cognitive behavioural therapy, CBT, and other science-based psychotherapies have approximately equal efficacy to drugs, often without nasty side effects and, in many cases, with less of a relapse problem later.

The first point is that patients should have the choice of a non-pharmacological treatment if they want it, or combined treatment if they want it. With the increasing cost of prescription medications, cognitive behavioural therapy may even be more cost-effective than pharmacotherapy in the long run.

In the past decade, a combination of aggressive marketing by pharmaceutical companies and some cutbacks in funding for health care services is in danger of creating a system where treatment for mental disorders is equated only with medication; where everything other than medication is seen as social support and no longer the responsibility of the public health care system but rather a job for the volunteer sector. Families and support groups fulfil important roles, but they do not claim to be providing psychotherapy. The mental health system — squeezed

parler de l'accès aux services de psychologie dans le système de soins de santé publique; et troisièmement, je veux vous parler de l'accès à des services de soins de santé mentale par le recrutement de spécialistes de la santé mentale dans les régions rurales et nordiques du Canada.

Pour ce qui est de l'accès à des services, on peut dire que lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, les gens veulent une thérapie, pas seulement des médicaments. Je suis d'accord pour dire que les médicaments ont un rôle important à jouer dans le traitement des maladies mentales, surtout dans le traitement aigu et d'urgence des maladies mentales graves. Cependant, il est également vrai que de nombreux malades — sinon la majorité des malades — nous disent, lorsqu'on leur demande quel genre d'aide ils voudraient recevoir, qu'ils aimeraient pouvoir parler de leurs problèmes avec une personne compétente qui pourrait les aider à résoudre elles-mêmes leurs propres problèmes.

Par contre, des personnes rejettent ce genre de traitement. Pour des raisons qui leur appartiennent, elles préfèrent tout simplement avoir une ordonnance. Et c'est bien; elles devraient avoir ce choix. Cependant, de nombreuses personnes qui prennent des médicaments ont également d'autres problèmes dont elles aimeraient pouvoir parler et qu'elles aimeraient pouvoir résoudre avec l'aide de spécialistes. Lorsqu'on leur en donne le choix, de nombreuses personnes préfèrent la psychothérapie aux médicaments. Cette donnée ressort particulièrement dans le cas des études dans lesquelles on a expliqué en détail à la personne les différents traitements offerts, leur efficacité respective et leurs effets secondaires respectifs.

Et c'est particulièrement vrai dans le cas de la dépression et des troubles anxieux, qui sont très courants, et où la recherche démontre amplement que la thérapie cognitivo-comportementale, et d'autres psychothérapies fondées sur la science, ont à peu près la même efficacité que les médicaments, souvent sans les effets secondaires très désagréables et, dans bien des cas, avec de meilleurs résultats quant au taux de rechute.

Le premier point, c'est que les malades devraient pouvoir choisir un traitement non médicamenteux s'ils le veulent ou un traitement combinant les deux, s'ils le veulent. Avec l'augmentation des coûts des médicaments prescrits, la thérapie cognitivo-comportementale pourrait même s'avérer plus rentable à long terme que la pharmacothérapie.

Au cours de la dernière décennie, une commercialisation très énergique de la part des entreprises pharmaceutiques combinée aux réductions des budgets consacrés aux services de soins de santé menacent de créer un système dans lequel le traitement des maladies mentales devient synonyme de médicament, dans lequel tout ce qui n'est pas médicament est vu comme une mesure d'appui social et non plus comme une responsabilité du système de soins de santé publique, mais plutôt comme un travail qui relève du secteur bénévole. Les familles et les groupes de soutien

as it is — seems to be abandoning the idea that treatment includes therapy. Persons with mental health problems, however, have not abandoned that idea.

My first recommendation is that the mental health care system should re-emphasize psychotherapy as treatment, not just drugs. There are extensive data to show that cognitive behavioural therapy is as effective as medications in many cases and can be more so in the long run for many mental disorders. Furthermore, it is often the patient's preference. It is also the case that people living in rural and remote areas have much more problem accessing psychotherapies, hence they are more likely to be treated with medications than people in urban centres.

Since I am a psychologist, I am aware that professionals from a number of backgrounds are trained to provide CBT, but because my background is psychology in the training of psychologists, I will talk briefly about access to psychological services in the public health care system.

There has been much spirited discussion about the dangers of Canada falling into a two-tier health care system. Such a system already exists, unfortunately, in quite an extreme form in the case of access to psychological services. Psychologists' services are not covered under medicare, as insured services, in any province. If people have the money or private insurance coverage, they have access to high quality psychological services, often within days or weeks. If they are dependent upon the public health care system, however, they will encounter long waits for the available psychological services in hospital out-patient departments or services based in schools, if they can even find them embedded in those institutions.

Psychologists are certainly out there in the community in professional office buildings or in practices located at the local mall, just like family physicians. However, the family doctor's services are insured while the private psychologist charges a fee. Despite this difference, however, psychologists in private practice are in high demand. The gap between fee-for-service incomes and salaries for psychologists in the public sector is leading more and more psychologists to forsake the public system, which will further limit access based on the ability to pay.

Excessive reliance on a pharmacological model of treatment within public health care institutions also leads to some psychologists leaving the public system. As a result, it is important to re-emphasize that the choice of psychologists to increasingly practise in the private sector rather than in the public sector is not a choice that is made in isolation. Psychologists in public practice have historically been inadequately paid, especially given the number of years of postgraduate training required to become licensed. In view of the fact psychology services are not insured under any provincial health plan, the

jouent un rôle important, mais ils n'ont pas la prétention d'assurer des services de psychothérapie. Le système de santé mentale — pressé comme il l'est — semble vouloir abandonner l'idée que le traitement comprend la thérapie. Par contre, les personnes atteintes d'une maladie mentale, elles, n'ont pas abandonné cette idée.

Je recommanderais en premier lieu que le système de soins de santé mentale mette de nouveau l'accent sur la psychothérapie comme mode de traitement, et non sur les médicaments seulement. Les données abondantes dont nous disposons prouvent que la thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les médicaments dans de nombreux cas et qu'elle l'est encore plus à long terme pour beaucoup de troubles mentaux. En outre, c'est souvent ce que préfère le patient. Les gens qui vivent dans les régions rurales et éloignées ont également beaucoup plus de difficulté à avoir accès à des psychothérapies et ont donc plus de chance d'être traités par des médicaments que les gens dans les centres urbains.

Étant moi-même psychologue, je sais que des professionnels de plusieurs secteurs sont formés pour faire de la TCC, mais comme je suis spécialisé dans la formation des psychologues, je vais vous parler brièvement de l'accès aux services psychologiques dans le système public de soins de santé.

Il y a eu bien des discussions animées au sujet des dangers que représenterait un système de soins de santé à deux vitesses au Canada. Malheureusement, un tel système existe déjà, sous une forme extrême dans le cas de l'accès aux services psychologiques. Les services de psychologue ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie des provinces. Si les gens ont l'argent ou une assurance privée, ils ont accès à des services psychologiques de qualité, souvent en l'espace de quelques jours ou semaines. Si par contre, ils dépendent du système public de soins de santé, ils se retrouvent sur de longues listes d'attente avant de bénéficier des services psychologiques offerts en clinique externe à l'hôpital ou dans des écoles, si tant est qu'ils existent dans ces établissements.

On trouve bien entendu des psychologues au sein de la collectivité dans des édifices professionnels ou des cabinets au centre commercial local, tout comme des médecins de famille. Toutefois, les services du médecin de famille sont assurés, alors que les psychologues privés exigent des honoraires. Malgré cette différence toutefois, les psychologues privés sont fort recherchés. L'écart entre les honoraires à l'acte et les salaires des psychologues du secteur public est tel que de plus en plus de psychologues abandonnent le système public, ce qui limite encore plus l'accès aux services en fonction de la capacité de paiement.

Un recours excessif à un modèle pharmacologique de traitement au sein des établissements publics de santé incite également certains psychologues à quitter le système public. Par conséquent, il est important de souligner à nouveau que le choix des psychologues d'exercer de plus en plus dans le secteur privé plutôt que dans le secteur public n'est pas un choix isolé. Les psychologues du système public ont toujours été mal payés, compte tenu en particulier du nombre d'années d'études supérieures exigées pour être agréé. Comme les services de psychologie ne sont pas assurés par le régime de santé

availability of psychologists in the public system is constrained by the availability of salaried positions within the public institutions, which are frequently strapped for funding.

My second recommendation is that a variety of alternative mechanisms for funding psychological services should be explored in this country so that all Canadians — not only those who are better off — have access to the services of psychologists, if they need them. Certainly, the experience of private insurers in the United States has shown that inclusion of psychological services in health insurance schemes there has typically more than paid for itself due to the offsetting decrease in other health care costs for mental health and physical health problems, including hospitalizations and disability.

The third point I want to mention is in regard to mental health services in rural and remote areas. Delivery of health care services is always a matter of economies of scale. Canada, because of its geography, poses some significant challenges. We have a relatively small population spread across a very large territory. By Statistics Canada's definition, almost three quarters of Canadians live in urban areas, or within commuting distance of urban areas. While we frequently hear urban Canadians complain about their access to health care services, the real problem is for that one-quarter of Canadians who live in the other 90 per cent of the country, which are considered rural or remote communities by Statistics Canada's definition. Furthermore, 65 per cent of Canada's Aboriginal persons live in rural or remote areas, by Statistics Canada's definition. All of the economies of scale work against efficient delivery of mental health services in rural and northern communities.

Access to mental health services — as with all health care services in rural and remote communities — is a matter of recruitment and retention of health care professionals in these locations. Rural areas are significantly under-served by mental health professionals compared with urban areas. In Canada's urban areas, there is one psychologist for roughly every 2,000 people; in rural and remote areas, there is one psychologist for approximately every 10,000 people. I am sure the same sort of rural urban disparity applies for all other mental health professions as well.

I want to describe a program we have established in the Faculty of Medicine at the University of Manitoba to address the shortage of psychologist practicing outside of Winnipeg. Prior to this program, there were virtually no doctoral level clinical psychologists practising full time outside of Metropolitan Winnipeg. The rest of the province, up to the border with Nunavut and Hudson's Bay, had either under-qualified persons or occasional fly-in services from psychologists.

In 1996, with funding from the Manitoba health department, we established a rural and northern community-based training program for psychologists. There are now full time doctoral level registered psychologists in Thompson, The Pas, Flin Flon,

provincial, l'accessibilité aux psychologues dans le système public est limitée en raison de la disponibilité de postes salariés au sein des établissements publics, lesquels sont souvent à court de fonds.

Je recommanderais ensuite d'explorer toute une variété d'autres mécanismes de financement des services psychologiques dans notre pays de manière que tous les Canadiens — et pas seulement ceux qui en ont les moyens — aient accès aux services de psychologues, s'ils en ont besoin. L'expérience de l'assurance privée aux États-Unis a certainement prouvé que l'inclusion des services psychologiques dans les plans d'assurance santé est en général plus que rentable en raison de la diminution d'autres coûts de soins de santé liés à des problèmes de santé mentale et physique, y compris les hospitalisations et l'invalidité.

J'aimerais m'attarder sur un troisième point, soit les services de santé mentale dans les régions rurales et éloignées. La prestation des services de soins de santé est toujours une question d'économies d'échelle. À cause de sa réalité géographique, le Canada présente des défis d'importance. Nous avons une population relativement peu nombreuse dispersée sur un très vaste territoire. D'après Statistique Canada, près des trois quarts des Canadiens vivent dans des zones urbaines ou dans des banlieues. Alors que nous entendons souvent les citoyens canadiens se plaindre de l'accès qu'ils ont aux services de soins de santé, le vrai problème se pose au quart de Canadiens qui vivent dans les 90 p. 100 restant du territoire, définis par Statistique Canada comme collectivités rurales et éloignées. En outre, 65 p. 100 des Autochtones du Canada vivent dans des régions rurales ou éloignées, toujours d'après Statistique Canada. Toutes les économies d'échelle vont à l'encontre d'une prestation efficace de services de santé mentale dans les collectivités rurales et du Nord.

L'accès aux services de santé mentale — comme à tous les services de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées — est une question de recrutement et de maintien des professionnels de la santé dans ces endroits. Les régions rurales sont très mal desservies par les professionnels de la santé mentale par rapport aux régions urbaines. Dans les régions urbaines du Canada, on compte un psychologue pour environ 2 000 personnes; dans les régions rurales et éloignées, on en compte un pour environ 10 000 personnes. Je suis sûr que le même genre de disparité s'applique à toutes les autres professions de la santé mentale.

J'aimerais vous décrire un programme que nous avons créé à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba pour justement régler la question de la pénurie de psychologues en dehors de Winnipeg. Avant ce programme, il n'y avait pratiquement pas de psychologues du niveau de doctorat exerçant à plein temps à l'extérieur de la région métropolitaine de Winnipeg. Le reste de la province, jusqu'à la frontière du Nunavut et la baie d'Hudson, avait accès à des personnes mal qualifiées ou à des services occasionnels dispensés par des psychologues qui se déplaçaient en avion.

En 1996, grâce au financement du ministère manitobain de la Santé, nous avons mis sur pied un programme de formation de psychologues dans les collectivités rurales et du Nord. On retrouve actuellement des psychologues du niveau de doctorat à

Dauphin and the Interlake. They provide services to outpatients in the community, and also to small mental health in-patient units that have been opened in general hospitals in these communities. They also consult with community groups on prevention programs and public education.

We provide them with backup to help them do their jobs because they have to be generalists. In the North, you will see one or two of every kind of possible case that you would see larger volumes of, in the south. In addition, we send interns to spend six months or 12 months in rural areas under their supervision. This is so these trainees can have a taste of a rural practice for six months or a year with a clinical supervisor right there, and see what life and practice in a rural community is like. We expose them to the challenges and rewards of rural practice.

Some people find it is not for them and they head straight back to the city. Others find that they quite enjoy it and like to practise there. In the past seven years, we have trained ten interns and four post-doctoral fellows and have hired five of them for positions in Thompson, The Pas and Dauphin.

We recognize there will always be turnover in rural and northern communities. People typically last two to three years before moving on, although we have had one staff psychologist with us for seven years. People will move on. We decided we would evaluate our success based on how long the position remains vacant after someone leaves — not how long someone stays. In most cases, when someone has left the North, we have been able to replace them the next day or the next month with another trainee from our programs. We are able to keep bringing in trainees and replacing their supervisors later on.

My last recommendation has to do with the use of telehealth in remote areas. Telehealth is interactive television video through the Internet. We use this to support our psychologists up north and to provide extra training and supervision and collegial contact to our trainees when they are up north. We use it to provide them with access to specialist consultation when they run into complex cases. I believe strongly that while telehealth is a wonderful support to the professionals working in remote communities, it should not and cannot substitute for them. In all areas of health, perhaps especially in mental health care, the personal contact between the professional and the patient is essential. Talking via TV to a psychologist in Toronto or Atlanta is not the same as face-to-face psychotherapy. Some might counter that telehealth service is better than no service at all. I do not accept the premise that the alternative has to be no service at all. Our experience in the past seven years has shown that it is quite possible to deliver high-quality health care service by fully qualified psychologists to people in rural and northern communities.

plein temps à Thompson, The Pas, Flin Flon, Dauphin et la région des Lacs. Ils fournissent des services à des patients externes dans la collectivité, ainsi que dans de petites unités de santé mentale qui ont été créées dans les hôpitaux généraux de ces collectivités. Ils conseillent également des groupes communautaires à propos des programmes de prévention et de l'éducation du public.

Nous leur fournissons un soutien pour les aider à faire leur travail, car ils doivent être généralistes. Dans le Nord, on ne trouve qu'un ou deux de chacun des cas possibles qui se manifestent en plus grand nombre dans le sud. En outre, nous envoyons des internes passer six à 12 mois dans les régions rurales sous leur supervision. Ces stagiaires peuvent donc expérimenter leur profession en milieu rural pendant six mois ou un an avec un chargé de formation clinique sur place et se rendre compte de ce que représente la vie et l'exercice de la profession dans une collectivité rurale. Nous les exposons aux défis et à l'expérience enrichissante d'un cabinet en milieu rural.

Certains en concluent qu'ils ne sont pas à leur place et reviennent directement en ville. D'autres trouvent l'expérience intéressante et souhaitent exercer dans ces collectivités. Ces sept dernières années, nous avons formé dix internes et quatre boursiers de recherches postdoctorales et nous en avons embauché cinq pour des postes à Thompson, The Pas et Dauphin.

Nous savons bien qu'il y aura toujours un roulement de personnel dans les collectivités rurales et du Nord. En général, les gens restent de deux à trois ans avant de repartir, bien que nous ayons un psychologue depuis sept ans. Les gens ne restent pas. Nous avons décidé d'évaluer notre succès en fonction de la durée de vacance d'un poste — et non en fonction de la durée d'occupation du poste. En général, en cas de départ du Nord, nous avons pu trouver un remplaçant le jour ou le mois suivant, soit un autre stagiaire de nos programmes. Nous sommes également en mesure d'envoyer des stagiaires et de remplacer leur superviseur par la suite.

Ma dernière recommandation vise le recours à Télésanté dans les régions éloignées. Télésanté est une vidéo de télévision interactive diffusée par Internet. Nous y avons recours pour aider nos psychologues dans le Nord et pour assurer une formation et une supervision supplémentaires, ainsi que des contacts collégiaux pour nos stagiaires qui se trouvent dans le Nord. Nous nous en servons pour leur donner accès à une consultation de spécialistes lorsqu'ils tombent sur des cas complexes. Je suis d'avis que même si Télésanté est un appui merveilleux pour les professionnels qui travaillent dans les collectivités éloignées, il ne faudrait pas que ce service les remplace, vu que ce ne serait pas la bonne solution. Dans tous les domaines de la santé, dans celui des soins de santé mentale notamment, le contact personnel entre le professionnel et le patient est essentiel. Parler via la télévision à un psychologue à Toronto ou à Atlanta n'a rien à voir avec la psychothérapie personnelle. Certains pourraient dire que le service Télésanté est mieux que rien. Je n'accepte pas que le choix se fasse entre Télésanté ou aucun service du tout. D'après notre expérience des sept dernières années, il est tout à fait possible que des psychologues qualifiés offrent des services de soins de santé de qualité aux gens des collectivités rurales et du Nord.

The danger is that if you provide service only by telehealth, it reinforces the impression that the mental health problem dwells in that individual client or patient if the professional at other end of the TV link sees nothing of the context in which that person lives or the context they will be returning to following treatment.

Psychologists who live in rural and northern communities also have the opportunity to become involved in prevention, community development and education. I remind them that they are role models and I send them to every high school career day in every town in the North so that some student in a northern town might start thinking that they want to be a psychologist some day.

My final recommendation, therefore, is to use this telehealth technology as a support to our colleagues in rural and remote communities — not as a substitute for them. I fear that provincial governments might embrace telehealth excessively and see it as the solution to this difficult recruitment problem of finding professionals for the North, but I think that would be going too far.

Ms. Margaret Synyshyn, President, Registered Psychiatric Nurses of Canada: On behalf of the Registered Psychiatric Nurses of Canada, RPNC, I would like to thank the Senate committee for the opportunity to speak to issues that we feel are of the greatest importance to all Canadians. The RPNC has forwarded a written submission to the committee regarding mental illness and mental health. I will not read that submission, but I will try to emphasize some things that the RPNC feels are necessary for a comprehensive approach to mental health and mental illness in Canada.

Registered psychiatric nurses have been providing professional mental health services to Canadians for more than 75 years. We are a regulated profession and we have regulatory bodies and accredited educational programs in the four western provinces of Canada. Registered Psychiatric Nurses, RPNs, are not an entity in Eastern Canada. I have provided you with supporting documents regarding our code of ethics, our standards of practice, components and competencies, as well as provincial legislation.

The RPNC strongly supports the recent call by the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, for a national plan for mental health. The federal government needs to set a strong tone and standards for mental health service delivery in Canada or mental health services will continue to be the “orphan child” of the health care system — a system that continues to focus on high-end technologies, out-dated medical models and systems of remuneration. This system frequently has little appreciation for the connection between mind and body and how this relates to overall health.

The focus in the past has always been on the treatment of illness after the fact. Although commendable and, of course, of the utmost importance, both the literature and recent research have begun to look at different models of how we conceptualize

Le danger, c'est que si vous assurez des services uniquement par Télésanté, vous donnez encore plus l'impression que le problème de santé mentale est propre au client ou au patient, dans la mesure où le professionnel à l'autre bout ne voit rien du contexte dans lequel vit le patient ou dans lequel il va se retrouver après le traitement.

Les psychologues qui vivent dans les collectivités rurales et du Nord ont également la possibilité de s'occuper de prévention, de développement et d'éducation de la collectivité. Je leur rappelle qu'ils sont des modèles de comportement et je les envoie participer à toutes les journées «carrières en perspective» organisées dans les écoles secondaires de chaque ville du Nord pour que des élèves des villes du Nord puissent envisager de devenir psychologues.

Je recommanderais donc pour terminer de n'avoir recours à la technologie Télésanté que pour appuyer nos collègues dans les collectivités rurales et éloignées — et non pour les remplacer. Je crains que les gouvernements provinciaux n'embrassent excessivement Télésanté et ne considèrent cet outil comme la solution au problème difficile de recrutement de professionnels dans le Nord; ce serait, à mon avis, aller trop loin.

Mme Margaret Synyshyn, présidente, Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada: Au nom de l'Association, j'aimerais remercier le comité sénatorial de nous donner l'occasion de parler de points qui, selon nous, sont de la plus haute importance pour tous les Canadiens. Notre Association a envoyé un mémoire écrit au comité à propos de la maladie mentale et de la santé mentale. Je ne vais pas le lire, mais je vais tenter de souligner certains éléments qui, de l'avis de l'Association, sont nécessaires pour une approche globale de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.

Les infirmières et infirmiers psychiatriques offrent des services professionnels de santé mentale aux Canadiens depuis plus de 75 ans. Nous faisons partie d'une profession réglementée et nous avons des organes de réglementation ainsi que des programmes d'études agréées dans les quatre provinces de l'ouest du Canada. Les infirmières et infirmiers psychiatriques n'existent pas en tant que tels dans l'est du Canada. Je vous ai apporté des documents relatifs à notre code de déontologie, nos normes de pratique, nos composantes et nos compétences, ainsi qu'à la législation provinciale.

Notre Association appuie vivement l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale — ACMSM — qui réclame un plan national pour la santé mentale. Le gouvernement fédéral doit s'engager à ce propos et fixer des normes solides en matière de prestation de services de soins de santé mentale au Canada, faute de quoi, les services de santé mentale continueront d'être le «parent pauvre» du système de soins de santé — système qui continue de mettre l'accent sur les hautes technologies, des modèles médicaux et des régimes de rémunérations désuets. Ce système ne saisit pas vraiment le rapport qui existe entre l'esprit et le corps dans le contexte de la santé globale.

Dans le passé, l'accent a toujours été mis sur le traitement de la maladie une fois celle-ci déclarée. Bien que ce soit louable et évidemment, de la plus haute importance, les sources documentaires tout comme les recherches récentes se penchent

health, which focus on the before-the-fact concept. We know that many physical illnesses are preventable or more easily treated if identified early. This is also true in the area of mental health and mental illness.

Early intervention is a principle that applies to all areas of mental illness and across all ages. Early intervention applies in the case of at-risk populations, such as those individuals who may be at risk for developing psychotic disorders or those who have suffered trauma due to life events or individuals who do not have strong coping skills due to a number of circumstances in their early lives.

Research and early intervention is undisputable and points to better outcomes for individuals who are able to access a range of services from a range of service providers in settings close to where people live and work. It is most effective — from both a human perspective and a financial perspective — for individuals and families to access services before their symptoms interfere with the quality of their family life, their social life, educational preparation or employment.

In our submission, we have spoken to the need for embedding mental health services as a component in a primary health care model for service delivery. Principles of this model include: Essentiality — ensuring that mental health services are included as a universal standard of delivery; community participation — helping persons with mental illness build personal capacity so that they can participate meaningfully in decisions that affect them; intersectoral collaboration — having all services necessary for a reasonable quality of life available, not supporting the traditional stovepipe models that serve to fragment and compartmentalize services; access — providing home care to those with mental illness so that they can remain in their homes and ensuring that those who have employment can afford the medication that is prescribed to them without having to make a choice about quitting their jobs or going on social assistance so that their medication costs can be covered; and, finally empowerment — ensuring that everyone has a voice and that the respect that is a right is demonstrated throughout society.

The RPNC believes in the concept of naturally occurring supports for persons with mental illness. Families, colleagues and friends continue to be the ongoing support when all the professionals have gone home for the day. We believe that a commitment by government at all levels for financial support to groups that advocate self-help and empowerment to individuals with mental illness will go a long way in combating stigmatization and creating awareness about mental illness.

We believe that there is urgency in putting words into actions. We know that one out of every five people are likely to experience some type of mental disorder in their lifetime. According to CIHI,

maintenant sur d'autres modèles de conceptualisation de la santé, qui mettent l'accent sur le traitement avant que la maladie ne se déclare. Nous savons que beaucoup de maladies physiques sont évitables ou plus facilement traitées si elles sont détectées précocement. Cela s'applique également au domaine de la santé mentale et de la maladie mentale.

L'intervention précoce est un principe qui s'applique à tous les domaines de la maladie mentale, peu importe l'âge des patients. L'intervention précoce s'applique aux populations à risque, comme les personnes qui risquent d'être atteintes de psychoses ou qui ont souffert de traumatismes au cours de leur vie, ou celles qui n'ont pas de bonnes habiletés d'adaptation en raison de plusieurs événements au début de leur vie.

D'après les recherches, l'intervention précoce est un processus assuré qui donne de meilleurs résultats dans le cas des patients qui peuvent avoir accès à toute une gamme de services offerts par tout un éventail de professionnels dans des endroits à proximité de leurs lieux de résidence et de travail. Elle est des plus efficace — tant d'un point de vue humain que financier — pour les personnes et les familles qui peuvent avoir accès aux services avant que les symptômes ne perturbent la qualité de leur vie familiale, de leur vie sociale, de leurs études ou de leur emploi.

Dans notre mémoire, nous disons qu'il faut inclure les services de santé mentale dans le modèle de soins de santé primaires pour la prestation des services. Parmi les principes de ce modèle, citons: le caractère essentiel — faire en sorte que les services de santé mentale soient considérés comme norme universelle de prestation; la participation communautaire — aider les personnes atteintes de maladie mentale à développer leur capacité personnelle de manière à prendre part aux décisions qui les touchent; la collaboration intersectorielle — rendre disponibles tous les services nécessaires pour une qualité de vie raisonnable, ne pas appuyer les modèles cloisonnés traditionnels qui servent à fragmenter et compartimenter les services; l'accès — fournir des soins à domicile à ceux qui sont atteints de maladie mentale pour qu'ils puissent rester chez eux et faire en sorte que ceux qui ont un emploi puissent se permettre les médicaments prescrits et ainsi ne pas décider de quitter leur emploi ou de s'inscrire à l'assistance sociale pour que leurs médicaments soient remboursés; enfin, la prise en charge de soi — s'assurer que chacun a voix au chapitre et que le respect qui est un droit se manifeste dans toute la société.

L'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada est convaincue que les personnes atteintes de maladie mentale bénéficient de soutien naturel. Les familles, les collègues et les amis continuent de fournir un appui constant lorsque tous les professionnels ont terminé leur journée de travail. Selon nous, un engagement de la part du gouvernement visant à appuyer financièrement les groupes qui défendent l'initiative personnelle et la prise en charge de soi de la part des personnes atteintes de maladie mentale sera très utile pour combattre la stigmatisation et sensibiliser le public à la maladie mentale.

Nous croyons qu'il est urgent de joindre le geste à la parole. Nous savons qu'une personne sur cinq risque de souffrir d'un genre de trouble mental dans sa vie. D'après l'ICIS, en 1995-1996,

in 1995-96 hospitals devoted 5.5 million bed-days to people affected by mental disorders — twice the number of hospital days devoted to people with all forms of cancer.

The current literature speaks to the high incidence of co-occurring disorders — addiction and mental illness. Mental health issues and mental illness can no longer be treated as someone else's issues. These are everyone's issue and the time for a national response is now.

The Registered Psychiatric Nurses of Canada thank you for this opportunity and thank you for your time and attention.

The Chairman: Why are you registered in only four provinces? What is wrong with the East?

Ms. Synyshyn: It has to do with the development of nursing in Canada. In the West, they tended to follow the British model, which had not only generally prepared nurses but also psychiatric nurses and nurses prepared in midwifery.

The Chairman: Do you mean at nursing schools?

Ms. Synyshyn: Yes. We are a separate body of knowledge and we have separate educational systems.

Senator Morin: We Easterners must realize that this is not a specialization; they train as psychiatric nurses.

The Chairman: As opposed to being registered nurses plus?

Ms. Synyshyn: That is correct. We are registered psychiatric nurses.

Senator Morin: You might stress this point. We are not familiar with it.

Ms. Synyshyn: You would not be, although at one point in Nova Scotia there were registered psychiatric nurses and a registration body. I have not been around that long, so I am not sure what happened there. However, there are registered psychiatric nurses in Britain. We do a lot of exchanges of registered psychiatric nurses among Commonwealth countries. There are RPNs in New Zealand, Australia and Bermuda, and we have reciprocity to some degree.

The Chairman: There are nurses in the East who are fulfilling the same function as your members in the West, but they are not trained in the same way?

Ms. Synyshyn: I do not know about that. I know that within Western Canada, registered psychiatric nurses provide a wide range of mental health services — much of it in the communities. I do not know how well they are incorporated into mental health service delivery in Eastern Canada. I know that within hospital settings RNs work in acute treatment units. However, but in

les hôpitaux ont consacré 5,5 millions de jours-lit aux personnes atteintes de troubles mentaux — deux fois plus que le nombre de jours-patient consacrés aux personnes atteintes de toutes les formes de cancer.

Les sources documentaires actuelles parlent de l'incidence élevée des troubles concomitants — la toxicomanie et la maladie mentale. Les questions de santé mentale et de maladie mentale ne peuvent plus être considérées comme le problème d'autrui. C'est le problème de tout un chacun et il est temps d'y apporter une réponse à l'échelle nationale.

L'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada vous remercie de votre temps et de votre attention.

Le président: Pourquoi n'y a-t-il des infirmières et infirmiers psychiatriques que dans quatre provinces? Qu'est-ce qui ne va pas dans l'Est?

Mme Synyshyn: Cela s'explique par l'évolution des sciences infirmières au Canada. Dans l'Ouest, on a eu tendance à suivre le modèle britannique, qui prépare non seulement des infirmiers et infirmières généralistes, mais aussi des infirmiers et infirmières psychiatriques, ainsi que des sages-femmes.

Le président: Voulez-vous parler de la formation dans les écoles de sciences infirmières?

Mme Synyshyn: Oui. Nous représentons un ensemble de connaissances à part ainsi que des programmes d'études distincts.

Le sénateur Morin: Nous qui sommes de l'Est devons comprendre que ce n'est pas une spécialisation; c'est une formation d'infirmières et infirmiers psychiatriques.

Le président: Par opposition à la profession d'infirmières et infirmiers spécialisés?

Mme Synyshyn: C'est exact. Nous sommes des infirmières et infirmiers psychiatriques.

Le sénateur Morin: C'est un point à souligner, puisque nous ne sommes pas vraiment au courant.

Mme Synyshyn: Ce n'est pas étonnant, même si à un moment donné, il y avait en Nouvelle-Écosse des infirmières et infirmiers psychiatriques ainsi qu'un organe d'agrément. Je ne suis pas dans la profession depuis longtemps si bien que je ne sais pas vraiment ce qui s'est passé dans cette province. Toutefois, il y a en Grande-Bretagne des infirmières et infirmiers psychiatriques. Nous faisons beaucoup d'échanges avec les pays du Commonwealth puisque l'on retrouve des infirmières et infirmiers psychiatriques en Nouvelle-Zélande, en Australie, aux Bermudes et qu'il y a réciprocity, dans une certaine mesure.

Le président: Il y a des infirmières et infirmiers dans l'Est qui jouent le même rôle que vos membres dans l'Ouest, mais qui ne sont pas formés de la même façon?

Mme Synyshyn: Je n'en sais trop rien. Tout ce que je sais, c'est que dans l'ouest du Canada, les infirmières et infirmiers psychiatriques offrent toute une gamme de services de santé mentale — essentiellement au sein des collectivités. Je ne sais pas dans quelle mesure ils participent à la prestation de services de santé mentale dans l'est du Canada. Je sais qu'en milieu

terms of community I think that many RNs who might be working in the area of mental health are masters prepared. Many of them get into the field after they have worked in the mental health field for quite a while. However, in Western Canada our people are prepared at entry level.

The Chairman: We will have to find out how the eastern program works.

A number of witnesses over the last couple of months have talked about the need for a national mental health plan. I liked the words Dr. Addington used. He called it a national action plan. I want to emphasize the word “action.” You then talked about getting the federal government and the provinces to do something — which is a plan for “inaction.”

None of you may have an answer right now to my questions. However, I would like to have your views on these two questions. First, what are the major components of such a plan? Forget about the intergovernmental process, we will handle that. My second question also deals with something two or three of you raised: You suggested that there ought to be a number of things covered under medicare that are not now covered under medicare. You did not put it that way, but that is what you implied.

To have any practical hope in the world of selling that, one needs to be able to carefully ring-fence what is inside the tent and what is outside the tent. Let me give you a concrete example of what I mean. In our previous health report — contrary to what some of the media said — we did not support universal home care. The home care we talked about was post-acute home care. The only way you could get into the program was by being discharged from a hospital. It is service-based funding, so the guidelines were clear. It was not a sinkhole that was going to go off somewhere. More important, it saved money because you would move people out of an expensive bed into a less expensive bed.

We could really use your help on this issue. You and your colleagues in the business may wish to comment generally on this question. How do you tightly ring-fence what is to be included inside the “medicare covered” tent if you were to expand it beyond hospital and doctor services? Unless you can persuade ministers of finance — federally and provincially — that the ring-fence is really there, you have not a hope, because they will see it as a sinkhole.

That is a simple question to open it up. I would love to hear your comments.

Dr. Addington: One way of doing that is to define clearly your target populations in terms of their disorders and their disabilities. At the moment, that is how people get into different components of the health care system. If you are acutely ill, totally disorganized, at risk to other people or yourself, then those are criteria for acute-care hospitalization. You could treat that for one or two weeks and then follow through with home care.

hospitalier, les infirmiers et infirmières travaillent dans des unités de soins actifs. Toutefois, pour ce qui est des services au sein des collectivités, je crois que beaucoup d’infirmiers et infirmières qui travaillent dans le domaine de la santé mentale sont au niveau de la maîtrise. Beaucoup restent dans le domaine de la santé mentale après y avoir travaillé pas mal de temps. Dans l’ouest du Canada par contre, nos infirmières et infirmiers suivent une formation en santé mentale dès le début de leurs études.

Le président: Il faut voir comment fonctionne le programme dans l’Est.

Au cours des derniers mois, plusieurs témoins ont parlé de la nécessité de mettre sur pied un régime national de santé mentale. M. Addington a plutôt parlé d’un plan d’action national. J’aime bien cette expression. J’insiste toutefois sur le mot «action». Vous avez dit qu’il fallait encourager le gouvernement fédéral et les provinces à faire quelque chose — il faut plutôt s’attendre à de l’«inaction» de leur part.

Vous ne serez peut-être pas en mesure de répondre immédiatement à mes questions, mais je vais quand même vous en poser deux. D’abord, quelles sont les principales composantes du plan d’action? Oubliez le processus intergouvernemental, nous allons nous en occuper. Ensuite, et deux ou trois d’entre vous l’ont mentionné, vous avez dit que plusieurs services devraient être couverts par le régime d’assurance-maladie. Vous ne l’avez pas dit en ces termes, mais c’est ce que vous avez laissé entendre.

Or, pour y arriver, il faudrait soigneusement définir les services qui sont couverts par le régime, et ceux qui ne le sont pas. Je vais vous donner un exemple. Dans notre dernier rapport sur la santé — contrairement à ce que certains médias ont affirmé — nous nous sommes prononcés contre le principe des soins à domicile universels. Toutefois, nous nous sommes dits en faveur d’un programme de soins actifs à domicile. Pour y être admissible, il faudrait qu’une personne obtienne son renvoi de l’hôpital. Ensuite, le remboursement serait basé sur les services. Les lignes directrices à ce sujet sont très claires. Il n’est pas question de créer un gouffre. Par ailleurs, ce programme nous permettrait de réaliser des économies et de libérer des lits qui coûtent cher.

Nous aimerions vraiment avoir votre avis là-dessus, même de manière très générale. Sur quels critères doit-on se fonder pour définir les services, autres que ceux offerts par les hôpitaux et les médecins, qui doivent être couverts par le régime d’assurance-maladie? Pour y arriver, il faudra convaincre les ministres des Finances — à l’échelle fédérale et provinciale —, parce qu’ils vont considérer cela comme un véritable gouffre.

La question est simple. J’aimerais savoir ce que vous en pensez.

Le Dr Addington: On pourrait, par exemple, définir les groupes cibles en fonction des affections et des incapacités dont ils sont atteints. C’est ce qu’on fait en ce moment avec le régime de soins de santé. Si vous êtes gravement malade, totalement désorganisé, et que vous constituez un risque pour vous-même ou pour les autres, vous allez être admis dans un hôpital de soins actifs. Vous allez être soigné pendant une ou deux semaines avant d’être renvoyé à la maison, où vous bénéficierez de soins à domicile.

There are some people who are suitable for acute-care treatment who can be treated before hospitalization. That group can be clearly defined. The numbers can be described and the services delivered.

Early intervention is another area that was mentioned. As an example, we used to count schizophrenia in terms of its prevalence — that is, the number of new cases per year, by hospitalizations. We can now deliver services whereby less than half end up coming into hospital at presentation. They can be seen and identified in the community.

We know fairly clearly how many new cases per 100,000 population to expect. We can set up early psychosis-identification services that reduce the length of time between when people get sick and when they are seen. At the moment, it is an average of one to two years in the major mental disorders.

Senator Morin: Are these early detection services not already covered by medicare? The chair's question dealt with areas that are not covered by medicare but should be.

Dr. Addington: The issue is you can conceive at the moment that those services can be covered. However, mostly the services do not exist. The ones that are very clearly not covered were mentioned. They include individual psychological treatments. However, they are sometimes available within the health system, but the quantity is incredibly limited.

Dr. Marsh: In response to your question about a national action plan and the issue of how we distinguish between what should be funded and what should not be funded from public monies, the first key component is good data on which to make decisions. We have some types of data, such as prevalence, incidence for new cases of major mental illnesses. We do not have reliable data even on prevalence of substance use disorders in Canada. We certainly do not have good data on outcomes from different treatments using well-accepted outcome measures such as disability-adjusted life years or some other measures.

If someone were to make a case that, for example, the services of an individual psychologist or a registered psychiatric nurse should be funded from public funds, then there should be data to demonstrate that those services would be more cost-effective than what is currently offered by public funds. For that matter, what is currently paid for out of public funds should be analyzed under that lens.

The Chairman: I totally agree with you. However, here is the problem: The collection of that data is a multi-year process. Meanwhile — and I will exaggerate to make a point — nothing happens. The question we need to think through is: What are we doing in parallel? We cannot do it in the optimal research way,

Il y a des personnes qui sont admissibles aux soins actifs et qui peuvent être soignées avant d'être hospitalisées. Ce groupe peut être clairement défini. Il suffit ensuite de lui fournir les services dont il a besoin.

Quelqu'un a parlé de l'intervention précoce. Nous avons l'habitude, par exemple, de compter les cas de schizophrénie en fonction du taux de prévalence — c'est-à-dire, le taux d'apparition de nouveaux cas au cours d'une année. Grâce aux services que nous sommes maintenant en mesure d'offrir, moins de la moitié des personnes atteintes de schizophrénie sont admises dans des hôpitaux. Ce segment de population peut être cerné au sein de la collectivité.

Nous avons une assez bonne idée du nombre de nouveaux cas qui peuvent apparaître par 100 000 habitants. Nous offrons des services de dépistage précoce des troubles psychotiques qui permettent de réduire le délai entre le moment où la personne est atteinte de la maladie et le moment où elle est examinée. Pour l'instant, les personnes atteintes d'une maladie mentale importante doivent attendre entre 12 et 24 mois avant de se faire examiner.

Le sénateur Morin: Le service de dépistage précoce n'est-il pas déjà couvert par le régime d'assurance-maladie? La question de la présidence portait sur les services qui ne sont pas couverts par le régime, mais qui devraient l'être.

Le Dr Addington: On pourrait penser que ces services sont couverts. Toutefois, ils ne le sont pas, pour la plupart. Ceux qui ne sont pas couverts ont été mentionnés. Parmi ceux-ci figure la psychothérapie individuelle. Toutefois, ces services sont parfois offerts par le régime de soins de santé, mais de façon très restreinte.

Le Dr Marsh: Pour revenir au plan d'action national et à la question de savoir quels services doivent ou non être financés à même les deniers publics, il faut d'abord disposer de données fiables pour prendre des décisions. Nous avons certaines données, comme le taux de prévalence, l'incidence de nouveaux cas de maladies mentales. Nous n'avons pas de données fiables sur le taux de prévalence de troubles liés à des toxicomanies au Canada. Nous n'avons pas de données fiables sur les résultats que donnent différents traitements. Ces données sont compilées au moyen d'indicateurs reconnus comme, entre autres, l'espérance de vie sans incapacité.

Si on laisse entendre, par exemple, que les services d'un psychologue ou d'une infirmière psychiatrique autorisée devraient être financés à même les deniers publics, il faudrait alors s'appuyer sur des données qui montrent que ces services coûtent moins cher que ceux qui sont actuellement offerts par le régime public. Il faudrait, par ailleurs, analyser les services qui sont actuellement financés à même les deniers publics.

Le président: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Toutefois, il y a un problème: la collecte de données est un processus qui s'étend sur plusieurs années. Entre-temps — et j'exagère ici — on ne fait rien. La question que nous devons nous poser est la suivante: que pouvons-nous faire entre-temps? Nous ne pouvons

whereby we first get the data then make the decisions and put them in place. We must start doing something now. The question is: How do we move in parallel?

Dr. Marsh: My comment is that throwing money at a problem without good accountability mechanisms is not likely to be effective.

Mr. McIlwraith: I agree with that. I think we are all supporters of data and comfortable with basing service decisions on data, particularly if you have data that indicate that certain interventions reduce the number of hospital admissions or reduce the chronicity lifelong.

There is not a complete absence of data. There have been a number of studies done in other jurisdictions, which this committee has likely reviewed. Many of us could present you with articles showing things like medical cost offset of various treatments and benefits of early intervention in terms of cost savings. Of course, it is hard to put a price on the degree of disability from mental health disorders.

In the case of the sinkhole question, I am not necessarily advocating, in the case of psychologists, that they be put on a fee-for-service basis similar to physicians. There are a number of funding models. The Canadian Psychological Association has looked at this a number of times. They have looked at psychologists in primary care practices and capitation kinds of systems. There are lots of different ways.

My point is that it is hard to go to Thompson and hang up a shingle because you do not have a billing number. People coming to see you either must have cash or there has to be an existing salaried position in Thompson before you go there. There are a lot of different models to define the populations and activities in a fairly accountable way.

Ms. Synyshyn: I work in the area of child and adolescent mental health. I work in a facility that has a hospital-based service, bed-based. We have a large community component that we actually initiated in 1994. We used to have 25 beds.

The Chairman: In what community?

Ms. Synyshyn: Manitoba.

In 1994, we had a 25-bed hospital setting for adolescents. Those beds were full. That year, we got the opportunity to provide some community-based service that was not physician-based. It was a multidisciplinary team that worked in the community. Since 1994, we have closed eight of those beds and we anticipate more closures. The fact of the matter is those beds are not being used. Once you do put services in the community, a multidisciplinary service where people can seek service prior to getting so bad that they end up in emergency room, your need for costly bed-based services decreases. That is a fact. I have lived it. I know what happens.

pas entreprendre des recherches optimales, c'est-à-dire recueillir d'abord des données et ensuite prendre des décisions. Nous devons agir dès maintenant. Or, que pouvons-nous faire? Voilà la question.

Le Dr Marsh: On ne peut pas investir de l'argent pour régler un problème sans disposer de mécanisme de reddition fiable.

M. McIlwraith: Je suis d'accord. Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il nous faut des données, que les décisions doivent s'appuyer sur des données, surtout si elles montrent que certaines interventions réduisent le nombre d'admissions dans les hôpitaux ou la chronicité permanente.

Toutefois, des données, il en existe. Plusieurs études ont été réalisées ailleurs, et le comité les a probablement déjà vues. Nous pourrions vous soumettre des articles où il est question des baisses de coûts qu'entraînent divers traitements, ou encore des économies que permettent de réaliser les programmes d'intervention précoce. Évidemment, il est difficile de mesurer le degré d'invalidité qui est associé aux troubles mentaux.

Pour ce qui est de la question du gouffre, je ne propose pas nécessairement que les psychologues, par exemple, soient rémunérés à l'acte, comme le sont les médecins. Il existe plusieurs méthodes de paiement. La Société canadienne de psychologie s'est penchée là-dessus à maintes reprises. Elle a analysé la situation des psychologues qui travaillent dans des établissements de soins primaires, et a aussi examiné divers modes de paiement. Il existe différentes approches.

Ce que j'essaie de dire, c'est qu'il est difficile d'arriver chez Thompson et d'afficher une petite enseigne sans numéro de facturation. Les personnes qui viennent vous consulter doivent payer comptant. Sinon, il doit y avoir un médecin salarié chez Thompson avant qu'elles puissent y aller. Il existe différents modèles qui permettent de définir les groupes cibles et les services de façon responsable.

Mme Synyshyn: Je m'occupe de la santé mentale des enfants et des adolescents. Je travaille dans un établissement qui offre des services hospitaliers. Nous desservons une collectivité assez importante, et ce, depuis 1994. Nous avions, dans le passé, 25 lits.

Le président: De quelle collectivité s'agit-il?

Mme Synyshyn: Du Manitoba.

Nous avions, en 1994, un hôpital qui était en mesure d'accueillir 25 adolescents. Tous les lits étaient occupés. Nous avions eu, cette année-là, l'occasion de fournir des services communautaires non assurés par les médecins. Il y avait une équipe multidisciplinaire qui travaillait au sein de la collectivité. Depuis 1994, nous avons fermé huit lits. Nous nous attendons à qu'il y ait d'autres fermetures. Le fait est que ces lits ne sont pas utilisés. Une fois que vous êtes en mesure d'offrir des services au sein d'une collectivité, des services multidisciplinaires où les gens peuvent consulter des spécialistes avant que leur état ne se détériore et qu'ils ne se retrouvent à l'urgence, les besoins diminuent. C'est un fait. Je l'ai vécu. Je sais ce qui arrive.

The fact of the matter is that you have to push those services a lot of times kicking and screaming into the community. That is where they need to be delivered. It needs to be a multidisciplinary perspective. Not everyone needs the same kind of service.

Dr. Addington: Many services are currently provided in the community and those services are for defined patient populations with identifiable needs that can be measured and assessed. There is much good data indicating that these are effective programs and we do not need to wait for more research to be able to deliver on a practical and coherent mental health plan. In fact, it is already being done in the United Kingdom and in Australia. There are good recommendations out of the Surgeon General's office but they do not really have an organized health system.

Senator Morin: Dr. Marsh, I fully agree with your need for an accountability performance measurements information system. There is a gap there that is probably more important than for other diseases and other specialties.

I would like to have your opinion on the bill regarding the decriminalization of marijuana that is before the House right now. With regard to the national drug strategy, I read the press release from the CMA that it was underfunded by 50 per cent but that generally it was satisfactory. What is your opinion on the decriminalization of marijuana bill and the national drug strategy presented by the Minister of Health?

Dr. Marsh: It is fortuitous that I am here this week.

The Chairman: You may think it is unfortunate.

Dr. Marsh: The Centre for Addiction and Mental Health does have an official centre position on the issue of cannabis regulation. The centre's position is in favour of decriminalization, with the clear statement that changes in cannabis control policy should be in the context of an overall health strategy and that changes should be made gradually and monitored carefully. From the organization's perspective, we support the bill. We are also glad to see the national drug strategy.

In terms of how the funding is allocated and the amount of funding within the national drug strategy, I have not seen in public releases the detailed distribution of the \$245 million. We are assuming that it is new dollars, as opposed to currently allocated dollars. We certainly welcome any significant increase.

The positive part of the new national drug strategy is that it puts in place a system of monitoring and biennial reports to Parliament so that there will be repeated opportunities to evaluate the effect of changes and for the Canadian public to speak in favour of ongoing support for these changes.

Senator Morin: If in the future you should, Dr. Marsh, have suggestions, changes or additions to the plan, we would appreciate hearing them. I know it is possibly too early for you

En fait, nous devons souvent déployer beaucoup d'efforts pour que la collectivité ait accès à de tels services. C'est là qu'ils doivent être offerts. Il faut adopter une approche multidisciplinaire. Les gens n'ont pas tous besoin des mêmes services.

Le Dr Addington: De nombreux services sont présentement offerts au sein des collectivités. Ils s'adressent à des groupes bien ciblés qui ont des besoins particuliers qui peuvent être mesurés et évalués. Il existe beaucoup de données fiables qui indiquent que ces programmes sont efficaces. Il n'est pas nécessaire d'entreprendre d'autres études pour mettre sur pied un régime de santé mentale pratique et cohérent. En fait, le Royaume-Uni et l'Australie ont déjà pris des démarches en ce sens. Le Bureau du Surgeon General, lui, a fait des recommandations intéressantes, mais ils n'ont pas de système de santé structuré.

Le sénateur Morin: Vous avez raison, docteur Marsh. Nous avons besoin d'un système de reddition de comptes et de mesure de rendement. Les lacunes à ce chapitre sont probablement plus importantes que celles que l'on observe dans d'autres types de maladies ou domaines de spécialisation.

J'aimerais savoir ce que vous pensez du projet de loi sur la décriminalisation de la marijuana dont la Chambre est actuellement saisie. Pour ce qui est de la stratégie canadienne antidrogue, j'ai lu le communiqué de l'AMC disant que la stratégie, bien qu'elle soit de manière générale satisfaisante, ne reçoit que la moitié des fonds dont elle a besoin. Que pensez-vous du projet de loi sur la décriminalisation de la marijuana et de la stratégie canadienne antidrogue, proposée par le ministre de la Santé?

Le Dr Marsh: Vous avez de la chance que je sois ici cette semaine.

Le président: Vous allez peut-être changer d'avis.

Le Dr Marsh: Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a adopté une position officielle sur la question de la réglementation du cannabis. Il est en faveur du projet de décriminalisation, et il juge que tout changement apporté à la réglementation du cannabis doit s'inscrire dans le contexte d'une stratégie de santé globale. Les changements doivent être apportés graduellement, et suivis de près. Nous appuyons le projet de loi. Nous sommes également satisfaits de la stratégie canadienne antidrogue.

Pour ce qui est de la répartition des fonds affectés à la stratégie, les communiqués qui ont été émis ne font pas état de la façon dont les 245 millions de dollars ont été répartis. Nous partons du principe qu'il s'agit d'argent neuf, non pas de fonds déjà alloués. À cet égard, toute augmentation importante du financement serait bien accueillie.

La nouvelle stratégie canadienne antidrogue a ceci d'avantageux qu'elle prône la mise en place d'un système de surveillance et la présentation de rapports bisannuels au Parlement. Nous aurons ainsi plusieurs occasions d'évaluer l'impact des changements qui sont apportés. Les Canadiens, eux, auront la possibilité de manifester leur appui à la stratégie.

Le sénateur Morin: Docteur Marsh, si vous avez des suggestions à faire, des changements ou des ajouts à proposer, n'hésitez pas à nous en faire part. Il est peut-être encore trop tôt

to have made a good study of it, but we would be very interested. For us, the plan is already there. We cannot reinvent the wheel every time, but we would welcome your views pertaining to any additions or corrections to the plan.

Senator Robertson: In our previous study, whenever we had a group before us we heard much about the lack of people in the health professions. I have not heard anything about that issue from the witnesses this morning. It sounds to me as if Manitoba is doing reasonably well in some areas.

We have heard about some of the gaping holes that exist in the delivery of mental health. Could you tell me about the availability of mental health workers — from psychiatrists to psychologists to nurses and everyone else who is involved? What is the ratio that you would like to have for your population? How much has to be done in bringing the number up?

That ties in with another question. We have been advised that there is such a lack of mental health services in Canada for residents in long-term care facilities that we are accused of warehousing, and that 80 per cent to 90 per cent have mental disorders of one form or another. We are very obviously not doing very much for those people.

Perhaps we can consider the medical ethics or the lack thereof. If you look at the warehousing of senior citizens without consideration to caring for them properly, what is our responsibility? We are failing. If this is true, is it because we do not have enough resources? Is it because the profession does not care and chooses not to work in these facilities? I would like your comments on these matters, please.

Dr. Addington: I specifically did not mention the issue of numbers and training because of the focus of the questions we were asked. However, you are correct. This is a major issue across all of the mental health professions. I am more familiar with psychiatry, because that is my profession and I am responsible for training and developing a local workforce plan.

With regard to the attendants for long-term care facilities for senior people, we have a few people locally who do that. They work most effectively with teams of individuals. Psychiatry is very much focused on working with teams. There is a role for the individual expertise of particular professional groups.

We provide a few people who provide consultations. We do need more training positions nationally. There is a position paper from the Canadian Psychiatric Association that specifically addresses that point.

Senator Robertson: How many more?

Dr. Addington: We are looking at a doubling of the number of psychiatrists.

pour procéder à une analyse détaillée du plan d'action, mais nous aimerions savoir ce que vous en pensez. Ce plan existe déjà. Nous ne pouvons pas constamment réinventer la roue. Toutefois, nous aimerions savoir quels ajouts ou modifications il y aurait lieu d'y apporter.

Le sénateur Robertson: Les témoins que nous avons rencontrés dans le cadre de l'étude qui a précédé celle-ci ont souvent parlé de la pénurie de main-d'oeuvre qui existait dans le domaine des soins de santé. Personne n'a abordé la question ce matin. J'ai l'impression que la Manitoba se débrouille assez bien dans certains domaines.

Nous avons entendu parler des lacunes qui existent au chapitre de la prestation des soins de santé mentale. Qu'en est-il de la disponibilité des travailleurs en santé mentale — les psychiatres, les psychologues, les infirmières, ainsi de suite? Quel est le ratio travailleur/patient que vous aimeriez voir? Que doit-on faire pour l'augmenter?

Par ailleurs, on nous a dit que les services de santé mentale offerts aux patients d'établissements de soins longue durée laissent beaucoup à désirer. On nous accuse de parquer ces personnes dans des établissements et de les oublier. Il semblerait qu'entre 80 et 90 p. 100 d'entre elles souffrent de troubles mentaux divers. Manifestement, nous ne faisons pas beaucoup pour ces personnes.

Il faudrait peut-être voir quels sont les principes de déontologie qu'applique le milieu médical, ou s'il existe des lacunes de côté-là. Quand nous parquons les personnes âgées dans des établissements et que nous les privons de soins adéquats, nous manquons à nos responsabilités. Est-ce parce que nous n'avons pas suffisamment de ressources? Parce que les professionnels de la santé font preuve d'indifférence et choisissent de ne pas travailler dans ces établissements? J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

Le Dr Addington: Je n'ai pas parlé des effectifs et de la formation, parce que les questions qu'on nous a posées ne portaient pas là-dessus. Toutefois, vous avez raison. Il s'agit là d'un problème majeur qui touche le milieu de la santé mentale dans son ensemble. Je connais davantage la psychiatrie, parce que c'est mon domaine de travail. Je suis responsable de la formation des travailleurs et de l'établissement d'un plan de main-d'oeuvre local.

Pour ce qui est des établissements de soins longue durée pour les personnes âgées, nous avons quelques personnes à l'échelle locale qui travaillent dans ce domaine. Elles font du travail d'équipe, ce qui est très important dans le domaine de la psychiatrie. On compte beaucoup sur l'expertise de groupes professionnels particuliers.

Nous avons quelques personnes qui s'occupent de la consultation. Nous devons former un plus grand nombre de travailleurs à l'échelle nationale. L'Association des psychiatres du Canada a préparé un exposé de principe qui aborde ce point précis.

Le sénateur Robertson: Combien de travailleurs voulez-vous former?

M. Addington: Nous voulons doubler le nombre de psychiatres.

Senator Robertson: Is this true in psychology as well?

Mr. McIlwraith: I think so. I would like to make a correction if I gave the mistaken impression that we are heavily staffed in Manitoba. Perhaps I could say we are doing good but we are not doing well.

The Winnipeg Regional Health Authority has about 30 EFT psychologists. That is it. Although we have had the opportunity to do some interesting things, we are probably at half the national average for urban areas in terms of the number of psychologists in practise in the City of Winnipeg. The national average is substantially better than that.

As far as seniors are concerned, there is a significant gap in training programs. There are not many people coming out of psychology graduate programs who are trained to work with seniors in mental health or physical health rehabilitation areas.

Senator Robertson: Why is that so? Is that because it is not glamorous?

The Chairman: There will be a lot of us in the next little while. We would like some of you to be around.

Mr. McIlwraith: You would think that smart people would be able to project that and we would be training more of them.

We are adding positions. We currently have advertisements out for psychologists to work both in communities and institutions with seniors. There must be more people working before you can bring people in and train them in those settings. I do not have a good answer for that.

Senator Robertson: Could you say that again?

Mr. McIlwraith: More people need to be working in the community and with seniors in order to provide the training for the next generation of trainees coming along. I do not have a good explanation for why that area has been ignored.

Ms. Synyshyn: There is a split between mind and body. I do not know that the mental health component of anything that goes on is considered. Often it seems to be split off from physical concerns and that kind of thing.

Perhaps we are getting to the point where we will be able to talk about those things from a more holistic approach. We can thank our Aboriginal community for starting to point out some of these things. Perhaps we can look to other cultures to start talking about the idea that there are all different aspects of things that go on with us — not only physical things.

Psychogeriatrics, by the way, is a growth industry. If anyone wants to go into it, think about it.

Le sénateur Robertson: Est-ce que cela vaut aussi pour les psychologues?

M. McIlwraith: Je le pense. Je vous ai peut-être donné l'impression que nous avons déjà beaucoup de personnel au Manitoba, mais ce n'est pas le cas. Nous nous tirons assez bien d'affaire, mais il faut faire encore plus à ce chapitre.

L'Office régional de la santé de Winnipeg compte environ 30 psychologues ETP. C'est tout. Nous avons eu l'occasion de faire des choses intéressantes. Toutefois, dans le cas de Winnipeg, ce chiffre correspond probablement à la moitié de la moyenne nationale qui s'applique aux centres urbains. La moyenne nationale est beaucoup plus élevée.

En ce qui a trait aux personnes âgées, il existe des lacunes importantes au niveau des programmes de formation. Il n'y a pas beaucoup de diplômés en psychologie qui sont en mesure de travailler avec des personnes âgées qui souffrent de problèmes de santé physique ou mentale.

Le sénateur Robertson: Pourquoi? Est-ce parce que le travail n'est pas tellement valorisant?

Le président: Nous allons être nombreux à nous trouver dans cette situation très bientôt. Nous aimerions bien pouvoir compter sur votre aide.

M. McIlwraith: On penserait que les gens intelligents seraient en mesure de faire des prévisions et qu'on formerait un plus grand nombre de personnes.

Nous créons des postes. Nous avons publié des annonces en vue de recruter des psychologues dans les collectivités et dans les établissements qui fournissent des soins aux personnes âgées. Nous devons avoir plus de travailleurs avant de pouvoir en former d'autres. Je n'ai pas de réponse satisfaisante à vous donner.

Le sénateur Robertson: Pouvez-vous répéter ce que vous venez de dire?

M. McIlwraith: Il nous faut plus de gens qui travaillent au sein des collectivités et auprès des personnes âgées pour pouvoir former la prochaine génération de stagiaires. Je ne sais pas pourquoi ce domaine a été négligé.

Mme Synyshyn: On fait une distinction entre l'esprit et le corps. Je ne pense pas qu'on attache beaucoup d'importance à l'aspect santé mentale. Souvent, on dissocie la santé mentale des problèmes physiques.

Or, nous sommes peut-être prêts à adopter une approche plus holistique à l'égard de ces questions. Nous pouvons, à cet égard, remercier les Autochtones. Nous pouvons peut-être aussi nous inspirer des autres cultures et commencer à prendre conscience du fait que l'aspect physique n'est qu'un facteur parmi d'autres.

En passant, la psychogériatrie est une industrie en pleine croissance. C'est un domaine qui pourrait intéresser certaines personnes.

From my perspective — and I am not a physician or a psychologist — but frequently, there seems to be a split between service delivery and academia. I am sure anyone with a professional background will understand that often universities or education institutions prepare people in a certain way. Yet, in the field, there is not a good fit between the academic world and service delivery issues. You are not always responding to the need. It is not a terrible thing, but I think some of that goes on. People are not necessarily prepared to go into certain areas, or it is not seen as particularly glamorous as in the case of geriatrics.

There is also a great need in neuro-developmental medicine, working with kids who have autism and different things. A lot of it is starting to appear on the radar, but there are large areas of under-served populations within mental health. Mental health itself is under-served, but many of these things have an impact on that.

Senator Morin: You referred to the number of psychologists being low in Manitoba, Mr. McIlwraith. What is the situation throughout Canada?

Mr. McIlwraith: The Canadian Psychological Association has done a report. I can certainly send you a report using Statistics Canada definitions of rural and urban communities. I quoted some figures on that. With respect to national distribution, I know that the largest proportion of psychologists per capita is in the Province of Quebec. That is the richest province in terms of psychological service availability.

As you move into the smaller provinces and into the North, the ratio is much smaller on a per capita basis. I do not have those figures from memory, but I could send the committee a copy of that report.

Senator Morin: Do we need more, generally? For example, we need to double the number of psychiatrists. We know that. Do we need to double the number of psychologists in the country?

Mr. McIlwraith: The question has to be this: If you need more, what do you need them for? We have to identify what the tasks are. I have certainly said that there are a number of areas. Certainly, we do need more science-based psychotherapies in mental health. We need more access.

The point is, again, that there are more psychologists in a province than people in the public system can access. There is a barrier to their getting that service. Therefore, even though we are producing more psychologists, we are losing them out the other door into private practice because of the problems I mentioned.

Senator Fairbairn: Your presentations here today justify the decision of this committee to pull the mental health issue away from our major report. In itself it is huge and, obviously, undervalued.

Selon mon point de vue — et je ne suis ni médecin, ni psychologue — souvent, il semble y avoir une scission entre la prestation de service et les universités. Je suis sûr que quiconque a une formation professionnelle comprendra que, souvent, les universités ou les établissements d'enseignement préparent les gens d'une certaine façon. Pourtant, dans le domaine, il n'y a pas vraiment d'harmonie entre le monde universitaire et les enjeux de la prestation de service. Vous ne répondez pas toujours aux besoins. Ce n'est pas très grave, mais je pense que c'est un peu ce qui se passe. Les gens ne sont pas nécessairement prêts à aller dans certains domaines, ou ceux-là ne sont pas perçus comme étant aussi prestigieux, comme la gériatrie.

Il y a aussi un grand besoin en neurologie du développement, pour travailler avec des enfants autistiques ou qui ont d'autres troubles. Il y a beaucoup de ces choses qu'on commence seulement à apercevoir sur l'écran du radar, mais il y a de vastes poches de population qui manquent de services dans le domaine de la santé mentale. La santé mentale, elle-même, manque de services, mais beaucoup de ces choses ont une incidence là-dessus.

Le sénateur Morin: Vous avez parlé du manque de psychologues au Manitoba, monsieur McIlwraith. Est-ce que c'est pareil partout au Canada?

M. McIlwraith: La Société canadienne de psychologie a rédigé un rapport. Je peux certainement vous envoyer un rapport qui est fondé sur les définitions de Statistique Canada des communautés rurales et urbaines. J'ai cité quelques chiffres de ce rapport. En ce qui concerne la répartition nationale, je sais que la plus grande proportion de psychologues par habitant est au Québec. C'est la province la plus riche au plan de l'accessibilité des services psychologiques.

Par contre, dans les plus petites provinces et au Nord, la proportion par habitant est beaucoup plus faible. Je n'ai pas ces chiffres en mémoire, mais je pourrais transmettre au comité une copie de ce rapport.

Le sénateur Morin: Est-ce qu'il nous en faudrait plus, de façon générale? Par exemple, il nous faut doubler le nombre de psychiatres. Nous le savons. Est-ce qu'il faudrait aussi doubler le nombre de psychologues dans le pays?

M. McIlwraith: La question qui se pose est la suivante: S'il en faut plus, pour quoi en avons-nous besoin? Il nous faut définir les tâches. J'ai sûrement déjà dit qu'il y a plusieurs domaines. Il est certain qu'il nous faut plus de psychothérapies fondées sur la science en santé mentale. Il nous faut plus d'accès.

Le fait est, je le répète, qu'il y a plus de psychologues dans une province que le nombre auquel le système public permet d'accéder. Il y a un obstacle à l'obtention de ce service. Par conséquent, même si nous formions plus de psychologues, nous les perdriions au profit des pratiques privées, à cause des problèmes dont j'ai parlé.

Le sénateur Fairbairn: Votre présentation, ici, aujourd'hui, justifie la décision qu'a pris le comité de soustraire la question de la santé mentale à notre rapport principal. C'est, en soi, un enjeu énorme et, de toute évidence, sous-estimé.

We had some great witnesses yesterday. We heard a significant amount about stigma. When I look at what you have said today and the general inability within the health care community to focus on this. In our technological day and age, it is not rocket science to know that everyone is under tremendous and increasing pressure and stress. That obviously has to come out somewhere. It would be in the mental and emotional stability of a great chunk of our population.

Yet, from everything we are hearing, this is the part of health care that just has to fight every inch of the way to be recognized, promoted and accepted.

Historically, how much of this is stigma within the medical profession itself or within the scope of, for instance, young people that you would hope would be wishing to come in in greater numbers?

Ms. Synyshyn: All you have to do is look at the history of mental illness. People who were mentally ill years ago were kept in institutions outside the cities, put away. You did not want to see it.

You have to look at the development. There is a parallel, in some ways, with the professionals who have worked in that setting. Not only do our clients and patients feel stigmatized, in fact, but also many people who work in the area of mental health are kind of feeling behind the eight ball to begin with.

Mental illness is not a sexy topic of conversation. It is much better to talk about cancer and other things. It is a very emotional subject. It is difficult for people to talk about and acknowledge, because it is frightening. That is part of it. Historically, it has been treated as being "out there."

There may be some hope to be had as well. CMHA, CAMIMH and many other advocacy groups are finally bringing it to the fore. If it were not for the advocacy groups, we still would not hear as much about it as we should.

Mr. McIlwraith: Stigma may be part of it. Another problem is competition within the health care system, since there are so many things competing for health care dollars. Mental health services have typically not fared well in that competition. Part of it is that maybe these are sort of low-tech services. They do not have much fancy equipment.

Senator Fairbairn: The mind is a piece of fancy equipment.

Mr. McIlwraith: We do not have big scanners or complicated equipment.

The Chairman: You do not have the kind of thing that Senator Keon has at the Ottawa hospital.

Nous avons entendu d'excellents témoignages hier. Nous avons beaucoup entendu parler de préjugés. Quand je reviens sur ce que vous avez dit aujourd'hui, je constate l'incapacité générale, dans le milieu des soins de santé, de se concentrer là-dessus. À notre époque de technologie de pointe, il n'est pas nécessaire d'être grand clerc pour savoir que tout le monde subit d'énormes pressions, toujours plus grandes, et vit le stress. Cela doit, de toute évidence, se manifester quelque part. Ce serait dans la stabilité mentale et émotive d'une grande partie de notre population.

Pourtant, d'après tout ce que nous entendons, c'est le secteur même de la santé qui doit lutter constamment pour être reconnu, mis de l'avant et accepté.

Jusqu'à présent, dans quelle mesure avez-vous pu constater ces préjugés dans la profession médicale elle-même ou, par exemple, chez les jeunes que vous souhaiteriez voir s'intéresser au domaine en plus grand nombre?

Mme Synyshyn: Il suffit de regarder l'histoire de la maladie mentale. Les gens qui souffraient de troubles mentaux, il y a des années, étaient gardés dans des établissements hors des villes, mis à l'écart. On ne voulait pas les voir.

Il faut voir les progrès. Il y a une espèce de parallèle avec les professionnels qui ont travaillé dans ce milieu. Non seulement nos clients et patients se sentent-ils la cible de préjugés mais, en fait, bon nombre des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale se sentent quelque peu à part des autres, pour commencer.

La maladie mentale n'est pas un sujet de conversation très séduisant. C'est bien mieux de parler du cancer ou d'autres choses. C'est un sujet très émotif. Il est difficile pour les gens d'en parler et de la reconnaître, parce que c'est effrayant. C'est un facteur. Jusqu'ici, elle a été traitée comme quelque chose qui existe «quelque part».

Peut-être y a-t-il quelque espoir, aussi. L'ACSM, le CAMIMH et bien d'autres groupes de défense arrivent enfin à mettre le sujet plus en évidence. S'il n'y avait pas ces groupes, nous n'en entendrions toujours pas assez parler.

M. McIlwraith: Les préjugés pourraient être en cause. Un autre problème, c'est la rivalité au sein du système de santé, puisque trop de secteurs rivalisent pour s'arroger les fonds réservés à la santé. Les services de santé mentale, généralement, ne se débrouillent pas très bien dans cette compétition. C'est peut-être, en partie, parce que ce sont en quelque sorte des services de faible technologie. Il n'y a pas beaucoup de machines sophistiquées.

Le sénateur Fairbairn: Le cerveau est une machine sophistiquée.

M. McIlwraith: Nous n'avons pas de gros scanners ou d'équipement complexe.

Le président: Vous n'avez pas le genre de chose qu'a le sénateur Keon à l'hôpital d'Ottawa.

Mr. McIlwraith: We have pencils and paper, and we talk to people. There are not things you can donate and put a plaque on. The health care system seems to put a lot more emphasis on high-tech equipment and invasive procedures.

We are talking about conditions that often begin in late adolescence or early adulthood. Many of the decisions about health care are made by more vocal, older adults who have conditions that require surgery and invasive, heroic measures.

In the rest of the health care system, we see that governments would often rather buy dialysis machines for every neighbourhood clinic than spend any money on public health care prevention to prevent diabetes that leads people down the road to needing dialysis and all these other complicated invasive things.

Mental health suffers in the competition for resources with the other health care areas because we do not have much flashy equipment or invasive, life-saving procedures that might be required in your 50s and 60s.

Dr. Marsh: Stigma is a real issue for people with mental health. It is even more of an issue for people with substance use disorders, especially if they are dependent on illegal drugs. It is difficult to shift the enormous inertia within the health care system. As a society, we are afraid of death and we spend an inordinate amount of our health care dollars on the last few days of people's lives with very expensive, technically involved interventions that do not contribute a significant amount to quality of life. Whereas effective treatments for mental illness applied in late adolescence or early adulthood could lead to a long life of quality and productive contribution to society.

In respect of attracting professionals, we also should not underestimate the degree to which professional schools are still essentially like apprenticeships. One of the strongest factors in determining which sub-specialty medical students choose is which faculty members they admire most during early training years. As long as there is not a body of well recognized and respected leading academics who work with older adults, or in psychiatry or in treating addiction, it is difficult to attract new graduates into those areas.

Senator Fairbairn: Anybody in this room would agree that all you have to do is go home at night and the phone calls start coming in asking to support this, that or another cause. I was astounded by the comment that there is virtually no non-governmental funding for research in mental disorders. This eliminates an important level of research support for developing researchers.

M. McIlwraith: Nous avons des crayons et du papier, et nous parlons aux gens. Ce n'est pas le genre de choses dont on peut faire un don ou sur quoi on peut apposer une plaque. Le système de santé semble porter beaucoup d'intérêt à l'équipement de pointe et aux procédures invasives.

Nous parlons de troubles qui se manifestent, souvent, à la fin de l'adolescence ou au début de la vie adulte. Bon nombre des décisions en matière de santé sont prises par des adultes plus prolifiques et plus âgés qui souffrent de problèmes qui exigent l'intervention chirurgicale et des mesures invasives et héroïques.

Dans le reste du système de santé, nous voyons que les gouvernements préfèrent souvent acheter de l'équipement de dialyse pour toutes les cliniques de quartier plutôt que de dépenser plus sur la prévention en santé, pour prévenir le diabète qui fait que les gens, au bout du compte, finissent par avoir besoin de dialyse et de toutes ces procédures invasives complexes.

La santé mentale est désavantagée dans la compétition pour les ressources avec les autres domaines de la santé, parce que nous n'avons pas tellement d'équipement tape à l'oeil ou de procédures invasives nécessaires à la survie dont on pourrait avoir besoin à 50 ou 60 ans.

Le Dr Marsh: Les préjugés sont un problème réel pour les gens qui ont des troubles mentaux. C'est encore plus un problème pour les toxicomanes, particulièrement s'ils sont accrochés à des drogues illicites. Il y a une force d'inertie phénoménale dans le système de santé. En tant que société, la mort nous fait peur et nous consacrons une part anormalement élevée de notre budget de santé aux derniers jours de la vie des gens, avec des interventions très coûteuses et technologiques qui ne font que peu pour améliorer la qualité de vie. Tandis que des traitements efficaces de la maladie mentale appliqués à la fin de l'adolescence ou au début de la vie d'adulte pourraient favoriser une longue vie de qualité et une contribution productive à la société.

En ce qui concerne l'attraction de professionnels, nous ne devrions pas, non plus, sous-estimer la mesure dans laquelle les écoles professionnelles ne sont encore qu'une sorte d'apprentissage. L'un des facteurs les plus déterminant dans le choix de sous-spécialité des étudiants est encore les professeurs qu'ils ont le plus admiré pendant leurs premières années de formation. Tant qu'il n'y aura pas un corps professoral dirigeant, reconnu et respecté, qui travaille avec des adultes plus âgés, ou encore en psychiatrie ou dans le traitement des toxicomanies, il sera difficile d'attirer de nouveaux diplômés dans ces domaines.

Le sénateur Fairbairn: N'importe qui, dans cette pièce, dirait qu'il suffit qu'on arrive chez soi, le soir, pour que le téléphone se mette à sonner et que des gens nous demandent d'appuyer ceci, cela ou toute autre cause. J'ai été sidérée d'apprendre qu'il n'y a quasiment pas de financement non gouvernemental pour la recherche sur les troubles mentaux. Ceci enlève un niveau important de soutien de la recherche, pour les chercheurs en formation.

Why is no one prepared to step forward and take on an issue that is probably starting to formulate by the time a child gets to grade one? I would think this is not only a heroic and noble, but also a tremendous investment to make in our population and its future.

Dr. Addington: I agree with you. The practical reality is that in regard to national level mental health funding, the Canadian Psychiatric Research Foundation recently did a tour across Canada trying to raise funds. However, that has been the only organization to do so. I work with them, have reviewed for them and have a lot of respect for them. They do not give much money out. Students know that, too. They support a few junior investigators each year.

It is completely different for the Kidney Foundation, the Heart and Stroke Foundation, or organizations for cystic fibrosis or children's health research. Those groups raise millions of dollars. That does not exist for us.

The competition for federal funds is intense and difficult. When you are starting up, you need some more local funds. It is sort of like a league system, really. Smaller grants are given to have research on more focused questions and simpler methodologies. This is a societal issue.

There is a general lack of knowledge of the benefit and need for research in these disorders. People are pessimistic about that, but the reality is that the research is being done, and it does show great benefits. The Canadian Institutes of Health Research are now broadening the kinds of research that they will support. It tended to be biomedical in the past; now it is basic, clinical and health services research, which looks at how effective they are. Then there is the social or population-based research that looks at whole populations, policy and so forth.

Senator Morin: What prevents the Canadian Mental Health Association from doing that?

As you said, it is not easy. You have to go door to door and organize events and find volunteers. However, there are so many volunteer organizations. This is a typical Canadian success story. In other countries, you do not have these health organizations raising money for research, as they do in Canada. You do not have that in the U.S.

What prevents the Canadian Mental Health Association from doing that? I realize it is not easy. If someone from the Canadian Mental Health Association rang at my door, I would give money. However, they do not come.

Dr. Addington: You need to ask the support organizations those questions.

The Chairman: We will certainly do that when they appear.

Pourquoi n'y a-t-il personne pour prendre en charge un problème qui commence probablement à se développer au moment où un enfant entre en première année? Il me semble que ce n'est pas seulement héroïque et noble, mais aussi un investissement phénoménal à faire dans notre population et son avenir.

Le Dr Addington: Je suis d'accord avec vous. La réalité, c'est qu'en fait de financement de la santé mentale au niveau national, la Canadian Psychiatric Research Foundation a fait, il n'y a pas longtemps, une tournée dans tout le Canada pour essayer de recueillir des fonds. Cependant, c'est la seule organisation à avoir fait quelque chose du genre. Je travaille avec elle, j'ai fait des examens pour elle et je lui voue beaucoup de respect. Ils ne donnent pas beaucoup d'argent. Les étudiants le savent, aussi. Ils fournissent un soutien à quelques enquêteurs débutants chaque année.

C'est tout à fait différent pour la Fondation du rein, la Fondation des maladies du coeur, ou des organisations pour la recherche sur la fibrose kystique ou la santé des enfants. Ces groupes-là reçoivent des millions de dollars. Pas nous.

La compétition, pour les fonds fédéraux, est intense et difficile. Lorsqu'on commence, on a besoin de plus de financement local. C'est un peu comme un système de ligue, en fait. Les plus petites subventions sont versées pour faire de la recherche sur des questions plus pointues et des méthodologies plus simples. C'est un enjeu social.

On en sait peu, de façon générale, sur les avantages et la nécessité d'effectuer des recherches sur ces troubles. Les gens sont pessimistes à ce sujet, mais la réalité, c'est que de la recherche se fait, et qu'elle est très profitable. Les Instituts canadiens pour la recherche en santé élargissent maintenant la gamme des sujets de recherche qu'ils vont appuyer. C'était plutôt dans le domaine biomédical auparavant; maintenant, c'est la recherche sur les services de base, cliniques et en santé, une recherche axée sur leur degré d'efficacité. Ensuite, il y a la recherche sociale ou dans la population, qui jette un regard sur des populations entières, des politiques, et cetera.

Le sénateur Morin: Qu'est-ce qui empêche l'Association canadienne pour la santé mentale de le faire?

Comme vous l'avez dit, ce n'est pas facile. Il faut faire du porte-à-porte, organiser des activités, et trouver des bénévoles. Mais il y a tellement d'organisations de bénévoles. C'est l'un des grands points forts du Canada. Dans d'autres pays, il n'y a pas ces organisations pour la santé qui recueillent de l'argent pour la recherche, comme au Canada. Il n'y en a pas aux États-Unis.

Qu'est-ce qui empêche l'Association canadienne pour la santé mentale de le faire? Je comprends que ce ne soit pas facile, mais si quelqu'un de l'Association canadienne pour la santé mentale sonnait à ma porte, je donnerais de l'argent. Pourtant, personne ne vient.

Le Dr Addington: Il faudrait poser ces questions aux organisations de soutien.

Le président: Nous n'y manquerons pas quand elles témoigneront.

Ms. Synyshyn: I wanted to say, "Write a cheque before you leave."

Senator Fairbairn: Clearly, at a time when so many things in health care are exciting, rocketing all over the media and around the world, this area needs one much more communication effort in a targeted way.

I do believe that if people in their homes and in their communities understood better, they would fork out the money. Mental health should not be explained in hushed tones. There is not a community in Canada that does not have people with mental health issues living within it. We always hear about Australia and New Zealand. Why do we not hear information about Canada? We are supposed to have a social conscience.

Senator Keon: Ms. Synyshyn, I congratulate you on the accomplishment of your program. There is something very interesting there. Do you have any idea of the cost effectiveness of the institutionalizing program, and more importantly, of the integrated multidisciplinary program that allowed you to do this? Did you experience cost containment or did your costs escalate as you moved into the community?

Ms. Synyshyn: Our costs decreased. We actually moved money from the hospital-based services into the community-based services. A community-based service is always cheaper to run than a 24-7 operation. We have been able to save enough money so that when we started out in 1994 with eight community-based clinicians we have, now in 2003, 18 of them. We have closed hospital-based, very costly services and doubled our ability to provide community-based services. That is using it as a human resource; we support our human resources that way.

We have received increased funding for our community-based services because of the efficacy of them in terms of where the service is provided. We have been able to prove that the kids who normally would have ended up in those beds have been able to stay in the community because we started at a younger age, identified them earlier. We have intervened in a more aggressive fashion. We have maintained kids out in the community as opposed to bringing them into a costly 24-7 operation.

Senator Keon: Could you supply us with some hard information on that?

Ms. Synyshyn: I certainly will do that. I must make the point that that is my day job. I will be sure to give that information to the committee.

Senator Robertson: As a supplementary comment, in my province of New Brunswick, a big problem in getting the mental health workers attached to our extramural hospital is the lack of trained people. We do that as much as possible.

The Chairman: That is why you asked the human resource question.

Mme Synyshyn: J'étais tentée de dire: «Faites-nous un chèque avant de partir.»

Le sénateur Fairbairn: Il est clair qu'à une époque où tant de choses, dans le domaine de la santé, vont bon train et font une ascension météorique dans tous les médias et le monde entier, ce domaine a besoin d'un effort de communication plus ciblé.

Je crois vraiment que si les gens, chez eux et dans leurs communautés, comprenaient mieux l'enjeu, ils donneraient l'argent. La santé mentale ne devrait pas être expliquée en chuchotant. Il n'y a pas une collectivité, au Canada, qui n'ait pas de membres vivant avec des troubles mentaux. Nous entendons toujours parler de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Pourquoi n'est-il pas question du Canada? Nous sommes censés avoir une conscience sociale.

Le sénateur Keon: Madame Synyshyn, je vous félicite pour les réalisations de votre programme. Il y a là quelque chose de très intéressant. Avez-vous une idée de l'efficacité, par rapport au coût, du programme d'institutionnalisation et, plus important encore, du programme multidisciplinaire intégré qui vous a permis de faire ceci? Est-ce que vous avez pu endiguer les coûts, ou sont-ils montés en flèche quand vous intégrez la collectivité?

Mme Synyshyn: Nos coûts ont baissé. En fait, nous avons déplacé une part du budget des services en institution au profit des services dans la collectivité. Un service dans la collectivité est toujours moins coûteux qu'une exploitation 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Nous avons pu épargner assez d'argent que, lorsque nous avons commencé en 1994, nous avions huit cliniciens dans la collectivité et ils sont maintenant, en 2003, dix-huit. Nous avons fermé des services très coûteux dans les hôpitaux et doublé notre capacité de fournir des services dans la collectivité. Nous en faisons une ressource humaine; c'est ainsi que nous soutenons nos ressources humaines.

Nous avons reçu de plus en plus de fonds pour nos services dans la collectivité, parce que qu'ils sont tellement efficaces où ils sont fournis. Nous avons pu prouver que les enfants qui, normalement, auraient fini par occuper ces lits ont pu rester dans la collectivité parce que nous nous en sommes occupés dès leur petite enfance, nous les avons repérés plus tôt. Nous sommes intervenus de façon plus agressive. Nous avons gardé les enfants dans la collectivité plutôt que de les intégrer à un établissement coûteux 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Le sénateur Keon: Est-ce que vous pourriez nous fournir des données concrètes là-dessus?

Mme Synyshyn: Je le ferai sans faute. Je dois préciser que c'est ce que je fais dans mon travail. Je veillerai à transmettre l'information au comité.

Le sénateur Robertson: J'ajouterai un commentaire. Dans ma province, au Nouveau-Brunswick, l'un des grands problèmes, pour avoir des travailleurs de la santé qui soient rattachés à notre hôpital extramural, c'est le manque de gens dûment formés. Nous le faisons autant que possible.

Le président: C'est pourquoi vous avez posé la question sur les ressources humaines.

Senator Robertson: That is right.

Senator Keon: Dr. McIlwraith, you made a very interesting comment about telehealth that I have never heard made before. I have quite a lot of experience with telehealth myself. The hypothesis of our programs was that you could exploit telehealth to use less skilled health professionals to deliver the service satisfactorily.

You seem to make the point that this should probably not be done in mental health and that you should have the expert living body beside the patient. This is different from our experience in this area.

Dr. McIlwraith: In part, mental health is different from physical health. Someone can have a look at an X-ray sent to a tertiary care centre by telehealth. That does not usually require the same relationship with the patient that a mental health assessment, let alone mental health therapy, requires.

We all love technology and we tend to see it as the solution to everything. However, technology is the solution to some things and not to others. Mental health is different from physical health. I made the additional point that having professionals living in the community has other helpful benefits in terms of their involvement in other areas of their profession in the community such as planning, health research and health promotion — more than simply treating a symptom in the symptomatic patient.

The other point that I would like to make about the telehealth is that the medium changes the nature of the interaction. In some areas, it does not matter much while in other areas it would matter quite a lot. It is true that you cannot have a full range of specialists in every northern community but having access to those specialists helps the generalists to not burn out. If you are a generalist, front-line psychologist, psychiatrist or physician, you have to know a little about many things. One of the most important things to know is when to consult with someone with greater specialized knowledge. Being able to spread the benefits of having those specialists in tertiary centres and making them available to support the person in a rural community is the tremendous value of telehealth. I would not want to be misunderstood as not being in favour of telehealth.

However, I am concerned when I hear suggestions that we should move radically to provide all services through telehealth and not bother with the messy expensive business of recruiting and retaining professionals in rural communities. We need to support them by consultation to specialists because otherwise they would not have that benefit at all. I do not see telehealth as a substitute for the personal contact. Mental health care is simply different. It is an extreme of that.

Le sénateur Robertson: Exactement.

Le sénateur Keon: Docteur McIlwraith, vous avez fait un commentaire très intéressant sur la télésanté, que je n'avais jamais encore entendu. J'ai, moi-même, beaucoup d'expérience en télésanté. Nos programmes sont fondés sur l'hypothèse qu'on peut exploiter la télésanté pour avoir besoin de moins de professionnels de la santé compétents pour fournir les services de façon satisfaisante.

Vous semblez dire que ce ne devrait probablement pas être fait en santé mentale, et qu'il faudrait y avoir un expert en chair et en os au chevet du patient. C'est différent de l'expérience que nous avons dans le domaine.

Le Dr McIlwraith: En un sens, la santé mentale est différente de la santé physique. Quelqu'un peut regarder une radiographie expédiée à un centre de soins tertiaires par télésanté. Cela ne nécessite pas généralement la même relation avec un patient qu'il faut pour une évaluation de la santé mentale, et encore moins pour un traitement en santé mentale.

Nous sommes tous férus de technologie, et nous avons tendance à y voir une panacée. Néanmoins, la technologie est la solution à certaines choses, mais pas à d'autres. La santé mentale est autre chose que la santé physique. J'ai dit aussi que le fait que des professionnels soient présents dans la collectivité a d'autres avantages utiles, au plan de leur participation dans d'autres domaines de leur profession dans la collectivité, comme la planification, la recherche en santé et la promotion de la santé — c'est plus que de seulement traiter un symptôme chez le patient symptomatique.

L'autre chose que je voudrais être sûr de faire comprendre, au sujet de la télésanté, c'est que la méthode influe sur la nature de l'interaction. Dans certains domaines, la méthode a peu d'importance, tandis que dans d'autres, elle en a beaucoup. Il est vrai qu'on ne peut avoir toute la gamme de spécialistes dans chaque collectivité du Nord, mais l'accessibilité de ces spécialistes contribue à prévenir l'épuisement des généralistes. Un généraliste, un psychologue de première ligne, un psychiatre ou un médecin, doit avoir un peu de connaissance sur beaucoup de choses. L'une des choses les plus importantes à savoir, c'est quand faire appel à quelqu'un de plus spécialisé. La possibilité de répandre les avantages de la présence de ces spécialistes dans des centres de soins tertiaires et de les rendre accessibles pour appuyer les personnes dans une collectivité rurale est un immense avantage de la télésanté. Je ne voudrais pas être mal compris et qu'on pense que je suis contre la télésanté.

Cependant, je m'inquiète, lorsque j'entends des suggestions voulant que nous agissions radicalement pour fournir tous les services par l'entremise de la télésanté, sans nous préoccuper de la tâche compliquée et coûteuse du recrutement et de la fidélisation des professionnels dans les collectivités rurales. Nous devons leur fournir l'appui de la consultation de spécialistes, parce qu'autrement, ils ne jouiraient pas du tout de cet avantage. Je ne vois pas la télésanté comme pouvant remplacer le contact personnel. La santé mentale, c'est tout simplement différent. C'est une autre extrême.

Dr. Marsh: If you are interested in the issue of telehealth, I would encourage you to try to get some input from the Psychiatric Outreach Program of University of Toronto, which is based at our centre. I am not personally involved with the program, but my understanding is that on some evaluations they have shown that treatment over the Internet can be as effective as person-to-person treatment.

However, I do not think it is a black and white issue — I agree that, where possible, having a professional live in the community would give them different kinds of input and influence. I do not think you should have the impression that remote treatment is impossible for mental health.

Senator Morin: Perhaps instead of a real person at the other end you could have a computer.

Dr. Marsh: I would like to ask a question to Dr. Addington about a different topic.

Senator Keon: To answer Senator Morin's question, in tele-home care, the technology is simply that the patient sits in front of the television set. They do not have anyone with them and it works very well. I suppose it is different in mental health applications than in physical applications such as teaching someone how to bathe their foot or something.

Dr. Marsh, you said something very encouraging during your presentation about the outcomes. This is truly encouraging information. I do not think most people are aware of this; I am not aware and yet I am a medical doctor.

I want to push you further. One thing that seems to compound the problem in looking at drug use and abuse, for example, is that young people are institutionalized in the criminal system rather than in the health system. Do you have any data comparing the outcomes of people who have been criminalized as opposed to those who have not?

You all know how difficult it is for someone with a criminal record to get into university — it is impossible. The doors of life are closed to these young people. I would like to hear from you or perhaps from Dr. Addington, or any other witness, if there is comparative data on this.

The Chairman: May I add a question to that? Does anyone have data that compares the relative cost of treatment with the cost of incarceration? It must be cheaper to deal with the problem at a younger, earlier age from a preventive standpoint than to pay the price to maintain an individual in a juvenile detention centre or ultimately in a jail. If you have data, I would like to have that.

Dr. Marsh: Thank you for your comment on our outcome data. I feel very confident in pushing us more toward databased decisions because of the effective outcomes and strong cost-benefit of treatment for addiction.

Le Dr Marsh: Si vous vous intéressez à la question de la télésanté, je vous encouragerais à essayer d'obtenir la participation du Psychiatric Outreach Program de l'Université de Toronto, qui a sa base à notre centre. Je ne suis pas personnellement le programme, mais à ce que je comprends, dans le cadre de certaines évaluations, ils ont démontré que le traitement par l'entremise d'Internet peut être tout aussi efficace qu'un traitement en personne.

Cependant, je ne pense pas que ce soit tout noir ou tout blanc — je suis d'accord que, autant que possible, le fait d'avoir les professionnels dans la collectivité même leur permettrait de participer autrement, d'avoir un autre genre d'influence. Je ne pense pas que vous devriez penser que le traitement à distance est impossible, en matière de santé mentale.

Le sénateur Morin: Peut-être qu'au lieu d'une personne en chair et en os à l'autre bout, on pourrait avoir un ordinateur.

Le Dr Marsch: J'aimerais poser une question au Dr Addington sur un autre sujet.

Le sénateur Keon: Pour répondre à la question du sénateur Morin, en télésanté à domicile, la technologie fait simplement que le patient est assis devant son téléviseur. Il n'a personne avec lui, et cela fonctionne très bien. Je suppose que c'est différent pour les applications en santé mentale que pour les applications physiques, comme pour enseigner à un patient à baigner un pied, ou quelque chose du genre.

Docteur Marsch, vous avez dit quelque chose de très encourageant, dans votre présentation, sur les résultats. C'est vraiment très encourageant. Je ne pense pas que la plupart des gens le sachent, je ne le savais pas moi-même, et pourtant, je suis médecin.

Je voudrais aller plus loin. Une chose qui semble aggraver le problème, lorsqu'on pense, par exemple, à la consommation de drogues et à la toxicomanie, par exemple, c'est que des jeunes gens sont institutionnalisés dans le réseau criminel plutôt que dans le réseau de la santé. Avez-vous des données qui comparent les résultats sur des gens qui ont été condamnés à des peines criminelles comparativement à ceux qui ne l'ont pas été?

Vous savez tous la difficulté que pose, pour quelqu'un qui a un dossier criminel, l'accès à l'université — c'est impossible. Les portes de la vie sont fermées à ces jeunes gens. J'aimerais que vous me disiez, ou peut-être le Dr Addington, ou tout autre témoin, s'il y a des données de comparaison sur le sujet.

Le président: Puis-je ajouter une question à cela? Est-ce que quelqu'un a des données qui comparent le coût relatif du traitement à celui de l'incarcération? Ce doit être moins coûteux de traiter le problème plus tôt, de façon précoce, d'un point de vue préventif, que de payer le prix de l'incarcération d'une personne dans un centre de détention juvénile, ou enfin de compte, en prison. Si vous avez ces données, j'aimerais bien les obtenir.

Le Dr Marsch: Je vous remercie de votre commentaire sur les données relatives aux résultats. J'ai grande confiance dans la prise de décisions fondées sur les données, en raison des résultats positifs et du grand avantage par rapport aux coûts qu'affiche le traitement des toxicomanies.

The impact of incarceration is a negative prognostic factor in individuals who have substance use disorders. It is difficult to do a comparative study of two people who are otherwise identical except for the incarceration. The issue of incarceration brings me back to the earlier question about the cannabis reform bill. One of the benefits of decriminalization of cannabis is that we would no longer be subjecting mainly young men in their late teens and early 20s with a lifelong criminal record for possession of a small amount of cannabis.

I talked about the centre's position on cannabis reform earlier. My personal opinion was changed by Senator Nolin's report. I would think that there are other benefits to moving more radically toward legalization of cannabis and removing the criminal involvement in production and distribution of cannabis. Decriminalizing possession would not change the fact that the people who grow large amounts and sell it would continue to be criminals. It would remove the government's ability to influence consumption through pricing and taxation, which has been effective for tobacco.

In comparing the costs of incarceration against treatment, for the cost of incarceration of someone for a heroin possession offence for one year, you could treat five people with methadone maintenance. We know that methadone maintenance is more likely to decrease the heroin consumption than incarceration will. Additionally, the Solicitor General announced that part of the national drug strategy was to move toward making methadone maintenance more available for people who are incarcerated in Canada. The *Canadian Medical Association Journal* published a paper last year that looked at mortality and morbidity among people in the federal corrections setting. The single biggest contributor to premature death of people in federal corrections is accidental overdose due to drug use.

Senator Léger: Dr. Marsh, I loved your made it easier to understand the issues of mental health and the related problems of housing, employment, social benefits and illegal activities. Do all of those departments ask you for information?

The diagram showing the reduction and percentages in Switzerland is unbelievable. I hope those who are studying housing do go into things, because it is powerful.

Dr. Marsh: We sometimes have opportunities to make presentations to different governmental and other bodies — some of which are looking at issues around homelessness.

Senator Léger: Dr. McIlwraith, you talked about rural and remote areas and how you have the supervisor there and you send the trainee. If I understood correctly, once the trainee has finished, you have another trainee the next day.

L'incidence de l'incarcération est un facteur de pronostic négatif pour les toxicomanes. Il est difficile de faire une étude comparative de deux personnes qui sont à tous les égards identiques, à part en ce qui concerne l'incarcération. Le sujet de l'incarcération m'amène à la question, posée plus tôt, sur le projet de réforme des politiques sur le cannabis. L'un des avantages de la décriminalisation du cannabis est que nous n'allons plus faire subir à des jeunes gens, principalement de la fin de l'adolescence ou du début de la vingtaine, le fardeau d'un dossier criminel à vie pour avoir été en possession de petites quantités de cannabis.

J'ai parlé de la position du centre sur la réforme des politiques relatives au cannabis, plus tôt. J'ai personnellement changé d'avis après le rapport du sénateur Nolin. Je suppose qu'il y aurait d'autres avantages à opter plus radicalement pour la légalisation du cannabis et à supprimer l'élément criminel de la participation à la production et à la distribution du cannabis. La décriminalisation de la possession ne changerait pas le fait que les gens qui cultivent et vendent de grandes quantités de cannabis resteraient des criminels. Elle empêcherait le gouvernement d'influencer la consommation par les prix et les taxes, ce qui a été efficace pour le tabac.

Si on compare les coûts de l'incarcération avec ceux du traitement, pour le coût de l'incarcération pendant un an de quelqu'un trouvé en possession d'héroïne, on pourrait offrir à cinq personnes un traitement d'entretien à la méthadone. Nous savons que l'entretien à la méthadone est plus susceptible de réduire la consommation d'héroïne que ne le pourrait l'incarcération. De plus, le solliciteur général a annoncé qu'une part de la stratégie nationale antidrogue visait à rendre plus accessible le traitement d'entretien à la méthadone pour les détenus au Canada. Le *Journal de l'Association médicale canadienne* a publié un article, l'année dernière, qui faisait un examen de la mortalité et de la morbidité chez les détenus d'établissements correctionnels fédéraux. Le plus gros et unique facteur de contribution au décès prématuré de détenus de prisons fédérales est la surdose accidentelle de drogue.

Le sénateur Léger: Docteur Marsch, j'ai apprécié que vous nous ayez aidés à comprendre les enjeux de la santé mentale et les problèmes connexes de l'hébergement, l'emploi, les avantages sociaux et les activités illicites. Est-ce que toutes ces administrations vous fournissent de l'information?

Le diagramme qui illustre la réduction et les pourcentages en Suisse est absolument incroyable. J'espère que ceux qui étudient la question de l'hébergement creusent ces questions, parce que c'est très convaincant.

Le Dr Marsch: Nous avons parfois des occasions de faire des présentations à différents organes publics et autres — dont certains s'intéressent aux enjeux entourant l'itinérance.

Le sénateur Léger: Docteur McIlwraith, vous avez parlé des régions rurales et éloignées, et du fait que vous y avez un superviseur à qui vous envoyez l'apprenti. Si j'ai bien compris, une fois que l'apprenti a terminé, un autre prend sa place le lendemain.

Is there a danger that in these areas they feel they are sort of “guinea pigs” all the time? That word is strong, but I have seen that in another field, not health, where they come and train the people and then off they go back to Montreal, once they are well educated.

Dr. McIlwraith: I hope that is not the case. These are clinical psychology interns who are at the last stage before receiving their Ph.D.s, so they are fairly skilled to begin with. Certainly, they are also providing service in the teaching hospitals in the city and so on. As we all know, teaching hospitals are run by interns and residents, so many of the people who provide you with care in teaching hospitals in the cities are interns or residents.

Previously, the situation in many of these communities was that if they had any psychology service at all, it was from people who had less training than a psychology intern. However, we clearly try to give the message that we are not seeing students as the solution to the human resource problem in rural areas.

The students are there to learn and to gain experience. The supervisor is still responsible for their cases and the students are there to sample rural practice. Some of them will like it and we hope to hire some of them as we have vacancies. Others will not like it and will go away, having had an interesting six-months' experience in a rural area and maybe learned something new.

I have not had any feedback from the regions indicating that they find it offensive to have trainees. In fact, they are very eager. If we ever have to skip a year without sending a trainee to a particular region, they will ask us, “Are we not getting an intern this year?” They see it as a doubling of service to have the staff person plus an intern.

Senator Léger: I think it can be dangerous in the sense that the people themselves may feel as if they are second-class.

What do you do if speech is not the method of help? Do you have a method to help those people who need mental help but do not express it through words? I thought telehealth was a guide, not an answer.

Ms. Synyshyn: One of the psychiatrists I work with has quite broad experience working with individuals who are more comfortable speaking through the computer than face-to-face. She does a fair amount of work with individuals who are fairly isolated, but are more than happy to engage in a discussion. They form their relationship through the computer. She does this with a number of people who are very reluctant either to come out of their homes or just do not want to engage in a face-to-face. There are different ways you can use the technology, but you have to be very careful about it as well.

Y a-t-il un risque que, dans ces régions, les gens ont un peu l'impression d'être tout le temps des «cobayes»? Le mot est fort, mais j'ai vu que c'est arrivé dans un autre domaine, pas celui de la santé, où on forme des gens, qui retournent à Montréal dès qu'ils sont bien formés.

Le Dr McIlwraith: J'espère que ce n'est pas le cas. Ce sont des internes en psychologie clinique qui sont à la dernière étape avant de recevoir leur doctorat, donc, dès le départ, ils sont déjà assez compétents. Ils fournissent aussi un service dans les hôpitaux universitaires de la ville, et cetera. Comme nous le savons tous, les hôpitaux universitaires sont dirigés par des internes et des résidents, alors bon nombre des gens qui vous fournissent des soins dans les hôpitaux universitaires des villes sont des internes ou des résidents.

Auparavant, la situation, dans bon nombre de ces collectivités, faisait que s'il y avait un service psychologique, il était fourni par des gens qui avaient moins de formation qu'un interne en psychologie. Cependant, nous essayons nettement de transmettre le message que nous ne voyons pas les étudiants comme étant la solution au problème de ressources humaines dans les régions rurales.

Les étudiants sont là pour apprendre et pour acquérir de l'expérience. Le superviseur est encore responsable de leur dossier et les étudiants sont là pour faire l'expérience de la pratique en région rurale. Certains d'entre eux l'apprécient et nous espérons pouvoir en recruter certains, puisqu'il y a des postes vacants. D'autres ne l'aiment pas et partent, ayant vécu une expérience intéressante pendant six mois dans une région rurale et munis, peut-être, de nouvelles connaissances.

Je n'ai pas eu de rétroaction des régions selon lesquelles il leur paraît vexant d'avoir des apprentis. De fait, elles sont très contentes. Si nous devons sauter une année sans envoyer d'apprentis dans une région particulière, elles nous demandent: «Est-ce que nous n'auront pas d'apprentis cette année?» Elles considèrent que c'est deux fois plus de services que d'avoir un spécialiste plus un interne.

Le sénateur Léger: Je pense que ce peut être dangereux dans le sens où les gens eux-mêmes peuvent avoir l'impression d'être des citoyens de seconde zone.

Que faites-vous lorsque l'expression verbale n'est pas la bonne méthode de soutien? Avez-vous une méthode pour aider les gens qui ont besoin d'aide mentale mais qui ne peuvent pas l'exprimer par les mots? J'avais pensé que la télésanté serait un guide, non pas une solution.

M. Synyshyn: L'une des psychiatres avec qui je travaille a une vaste expérience du travail avec des gens qui sont plus à l'aise pour parler par l'entremise de l'ordinateur que face à face. Elle travaille beaucoup avec des gens qui sont assez isolés, mais qui sont tout à fait heureux d'engager une discussion. Ils créent leur relation par le biais de l'ordinateur. Elle fait ainsi avec plusieurs patients qui sont très réticents, soit à sortir de leur domicile ou qui ne veulent tout simplement pas avoir de rapports face à face. Il y a différents moyens d'utiliser la technologie, mais il faut faire très attention, tout de même.

Senator Léger: Do they talk?

Ms. Synyshyn: They talk by type.

Senator Léger: Supposing they do not talk? That might be another line.

The last thing I would like to say that while there is the high specialty in the West, even if we do not have the organization for registered psychiatric nurses in the East, we could surely have someone come to talk about how we are in this area, including Quebec.

The Chairman: In that sense, it will be useful for us to understand the nature of the training nurses receive in the East who do the work you do in the West. I know you cannot give us that, but I know that the woman who represents the Canadian Association of Nurses is here. That was really said for her benefit.

Dr. Marsh, you had a question for Dr. Addington — and to show you how we never play by any rules, that is fine, go ahead.

Dr. Marsh: Dr. Addington mentioned population-based funding as a recommendation in his presentation. I was curious how he would deal with the problem of population-based funding for centres such as ours, which offer treatment of a specialized nature to people referred from across the province and, in fact, across the country and around the world. We would not be able to offer those services if we were funded based on the problems arising out of a defined catchment area, such as the number of people in the western half of Toronto.

The Chairman: Dr. Addington can answer for himself, and Senator Morin wants to make a comment. However, that is not what I heard Dr. Addington say.

I understood him to say that the allocation of funds from — for example, CIHR — to the various areas of health where it allocates funds ought to be based on the relative incidence in the population of a particular disease, not — to use Ms. Synyshyn's word — the “sexiness” of the particular disease.

I will let Senator Morin make his comment, and then I am curious to know what he really did say.

Senator Morin: I am interested in Dr. Marsh's comment because I tried obtaining data on the support for research in the fields of addiction in Canada from the Centre for Addiction and Mental Health. We can get it in the U.S. and U.K., but it is apparently impossible to get in Canada.

Perhaps the first thing, Dr. Marsh, is to have an actual figure for the research that is being done in your field, and then we can increase it — but it is absolutely impossible to obtain.

Le sénateur Léger: Est-ce qu'ils parlent?

M. Synyshyn: Ils parlent par le truchement du clavier.

Le sénateur Léger: Et supposons qu'ils ne parlent pas? Ce pourrait être une autre possibilité.

La dernière chose que je voudrais dire, c'est que bien qu'il y ait une grande spécialité dans l'Ouest, même si nous n'avons pas d'organisation des infirmiers et infirmières psychiatriques certifiés dans l'Est, nous pourrions certainement inviter quelqu'un à venir parler de la situation ici dans ce domaine, y compris au Québec.

Le président: En ce sens, il nous serait utile de pouvoir comprendre la nature de la formation que reçoivent les infirmiers et infirmières dans l'Est, qui font le travail que vous faites dans l'Ouest. Je sais que vous ne pouvez pas nous donner cela, mais je sais aussi que la dame qui représente l'Association canadienne des infirmiers et infirmières est ici. Je disais surtout cela à son intention.

Le Dr Marsh: Vous aviez une question à poser au Dr Addington — et pour vous montrer que nous ne prenons pas les règles au pied de la lettre, je vous laisse la parole.

Le Dr Marsh: Le Dr Addington a mentionné, dans sa présentation, une recommandation visant le financement proportionnel à la population. Je suis curieux de savoir comment il réglerait le problème du financement proportionnel à la population pour les centres comme les nôtres, qui offrent un traitement de nature spécialisée à des gens qui nous sont envoyés des quatre coins de la province et, en fait, des quatre coins du pays et du monde. Nous ne pourrions pas offrir ces services si nous étions financés en fonction des problèmes recensés dans une circonscription hospitalière particulière, comme, par exemple le nombre de résidents dans la moitié occidentale de Toronto.

Le président: Le Dr Addington peut répondre de lui-même, et le sénateur Morin veut faire un commentaire. Toutefois, ce n'est ce que j'ai entendu dire au Dr Addington.

Il m'a semblé comprendre que ce qu'il disait, c'est que l'allocation des fonds versés — par exemple, par l'ASIRSC — aux divers secteurs de santé qu'il finance devrait être fondée sur l'incidence relative dans la population d'une maladie particulière, et non pas — pour utiliser l'expression de M. Synyshyn — l'«attrait» d'une maladie particulière.

Je laisserai le sénateur Morin faire son commentaire, mais je suis curieux de savoir ce qu'il a dit exactement.

Le sénateur Morin: Le commentaire du Dr Marsh m'intéresse parce que j'ai essayé d'obtenir des données sur l'appui à la recherche dans les domaines de la toxicomanie au Canada, du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Nous pouvons les obtenir aux États-Unis et au Royaume-Uni, mais c'est apparemment impossible d'en avoir au Canada.

Peut-être la première chose à faire, docteur Marsh, serait-elle d'obtenir les chiffres réels pour la recherche qui est faite dans votre domaine, et ensuite, nous pourrions augmenter le financement, mais c'est absolument impossible à obtenir.

Dr. Marsh: I hope I have not confused the issue, I was speaking about population-based funding for treatment as opposed to the burden of illness-based funding for research, where I would agree with his recommendation.

Dr. Addington: I did make two separate recommendations; one was about research funding and one was about mental health services funding. Population-based funding can be applied at any level of system organization. You could say at a provincial level it will be X dollars per person per year. Obviously, some of that will go to community-based services; some might go to regional specialized services that support the whole province. The basic concept, though, is that the funding is available to mental health at a discrete and specific level, and you get away from some of the competition within the acute care services.

Within the current health system, it tends to favour the acute care sector. There is a piece of mental health in there, but it does not address the broad and optimal way of delivering health services. If you can provide a community service and prevent them coming in, that is preferable.

Senator Keon: I think this is an excellent idea because you can combine epidemiology with your health care programs. Furthermore, the adjustments are quite simple to make for national and international referrals into a population-based funded health institution. With the systems the way they are now, the numbers just fall out at the end of each month, and various governments can respond to them. Indeed, with the interprovincial schedules, you get reimbursed from the other provinces anyway. For out-of-country, there is usually another solution.

The Chairman: I thank all of you for coming. We greatly appreciate your taking the time to be with us.

Senators, I have one quick item. I need a motion to allow me to move \$300 from our transportation budget to goods done.

Senator Fairbairn: I so move.

The Chairman: The second item is that next week, after our Wednesday session, I need about 15 minutes in camera. Please keep that in mind.

The committee adjourned.

Le Dr Marsh: J'espère ne pas avoir mélangé les cartes, je parlais de financement proportionnel à la population pour le traitement, par opposition au fardeau du financement de la recherche en fonction des maladies, et alors je serais d'accord avec sa recommandation.

Le Dr Addington: J'ai effectivement fait deux recommandations distinctes; l'une concernait le financement de la recherche et l'autre le financement des services de santé mentale. Le financement proportionnel à la population peut s'appliquer à n'importe quel niveau de l'organisation d'un système. On pourrait dire au niveau provincial que ce sera tant de dollars par personne, par année. De toute évidence, une partie de ces fonds irait aux services dans la collectivité; une autre partie pourrait être allouée aux services régionaux spécialisés qui appuient toute la province. Le concept de base, cependant, est que le financement est disponible pour la santé mentale à un niveau discret et spécifique, et on s'éloigne un peu de la compétition dans les services de soins intensifs de courte durée.

Dans le système de santé actuel, c'est le secteur des soins intensifs de courte durée qui semble être favorisé. Il y a un élément de santé mentale là-dedans, mais cela ne tient aucun compte de la prestation générale et optimale de services de santé. Si on peut fournir un service dans la collectivité et les empêcher de s'y immiscer, c'est préférable.

Le sénateur Keon: Je pense que c'est une excellente idée, parce qu'on peut combiner l'épidémiologie avec vos programmes de soins de santé. De plus, les ajustements sont assez simples à faire pour l'aiguillage national et international des patients dans un établissement de santé financés en fonction de la population. Avec le système tel qu'il est maintenant, les chiffres sont calculés à la fin de chaque mois, et divers gouvernements peuvent y réagir. De fait, avec les programmes interprovinciaux, on se fait rembourser par les autres provinces, de toute façon. Pour les soins obtenus hors du pays, il y a généralement une autre solution.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Nous apprécions beaucoup que vous ayez pris le temps de venir nous voir.

Sénateurs, j'ai une dernière petite chose à régler. Il me faut une motion pour me permettre de déplacer 300 \$ de notre budget de transport à l'autre poste.

Le sénateur Fairbairn: Je le propose.

Le président: La deuxième chose, c'est que la semaine prochaine, après notre séance du mercredi, il me faudra environ un quart d'heures à huis clos. Veuillez le prendre en note.

La séance est levée.

From the University of Manitoba:

Mr. Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme.

From the Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Ms. Margaret Synyshyn, President.

De l'Université du Manitoba:

M. Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique.

De l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:

Mme Margaret Synyshyn, présidente.



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

Wednesday, May 28, 2003:

From the Canadian Institutes of Health Research:

Ms. Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health.

From the University of Manitoba:

Mr. John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Ms. Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services.

As an individual:

Ms. Nancy Hall, Mental Health Consultant.

Thursday, May 29, 2003

From the University of Toronto:

Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health.

From the University of Calgary:

Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 28 mai 2003

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

Mme Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones.

De l'Université du Manitoba:

M. John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Mme Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public.

À titre personnel:

Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale.

Le jeudi 29 mai 2003

De l'Université de Toronto:

Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

De l'Université de Calgary:

Dr David Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie.

(Suite à la page précédente)