



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 9, 2005

Issue No. 21

Thirtieth and thirty-first meetings on:

Mental health and mental illness

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 9 juin 2005

Fascicule n° 21

Trentième et trente et unième 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 Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| * Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) | Gill Johnson LeBreton |
| Callbeck Cochrane | * Kinsella (or Stratton) |
| Cook Cordy | Pépin Trenholme Counsell |
| Fairbairn, P.C. | |

*Ex officio members

(Quorum 4)

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

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| * Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.) | Gill Johnson LeBreton |
| Callbeck Cochrane | * Kinsella (ou Stratton) |
| Cook Cordy | Pépin Trenholme Counsell |
| Fairbairn, C.P. | |

* Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

EDMONTON, Thursday, June 9, 2005
(38)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:05 a.m., this day, in the Wedgwood Room at the Fairmont Hotel MacDonald in Edmonton, the Honourable Joan Cook, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy and Trenholme Counsell (4).

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

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Alberta Mental Health Self Help Network and the National Network for Mental Health:

Carmela Hutchison, President.

Alberta Mental Health Board:

Sharon Steinhauer, Board Member.

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission:

Dave Rodney, MLA, Chair;

Murray Finnerty, Chief Executive Officer;

Bill Bell, Director of Residential Services.

Carmela Hutchinson made a statement and answered questions.

At 10:25 a.m., the committee suspended its sitting.

At 10:30 a.m., the committee resumed its sitting.

Dave Rodney and Sharon Steinhauer each made a statement. Together with the other witnesses they answered questions.

At 12:06 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

EDMONTON, le jeudi 9 juin 2005
(38)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans la salle Wedgwood de l'hôtel Fairmont MacDonald, à Edmonton, sous la présidence de l'honorable Joan Cook (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Trenholme Counsell (4).

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

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Tim Riordan, analystes, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat la jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Alberta Mental Health Self Help Network et le Réseau national pour la santé mentale :

Carmela Hutchison, présidente.

Alberta Mental Health Board :

Sharon Steinhauer, membre du conseil d'administration.

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission :

Dave Rodney, M.A.L., président;

Murray Finnerty, président-directeur général;

Bill Bell, directeur, Services en établissement.

Carmela Hutchinson fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 h 25, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 30, le comité reprend ses travaux.

Dave Rodney et Sharon Steinhauer font une déclaration et, de concert avec les autres témoins, répondent aux questions.

À 12 h 6, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EDMONTON, Thursday, June 9, 2005
(39)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:16 p.m., this day, in the Wedgwood Room at the Fairmont Hotel MacDonald in Edmonton, the Honourable Joan Cook, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy and Trenholme Counsell (4).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee:

Sykes Powerface, Co-Chair;

Gloria Laird, Co-Chair.

As an individual:

Geraldine Cardinal.

Alberta Mental Health Board:

Elsie Bastien, Aboriginal Liaison Coordinator.

Regional Mental Health Program:

Dr. Alan Gordon.

Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health:

George Lucki, Chair.

Canadian Mental Health Association, Alberta Division:

Peter Portlock, Executive Director.

Elsie Bastien, Sykes Powderface and Gloria Laird each made a statement and together the witnesses answered questions.

At 2:45 p.m., the committee suspended its sitting.

At 3:00 p.m., the committee resumed its sitting.

Alan Gordon, Peter Portlock and George Lucki each made a statement. Together the witnesses answered questions.

EDMONTON, le jeudi 9 juin 2005
(39)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 16, dans la salle Wedgwood de l'hôtel Fairmont MacDonald, à Edmonton, sous la présidence de l'honorable Joan Cook (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy et Trenholme Counsell (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Tim Riordan, analystes, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat la jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee :

Sykes Powderface, coprésident;

Gloria Laird, coprésidente.

À titre personnel :

Geraldine Cardinal.

Alberta Mental Health Board :

Elsie Bastien, coordonnatrice des liaisons avec les Autochtones.

Regional Mental Health Program :

Le docteur Alan Gordon.

Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health :

George Lucki, président.

Association canadienne pour la santé mentale, Section de l'Alberta :

Peter Portlock, directeur administratif.

Elsie Bastien, Sykes Powderface et Gloria Laird font une déclaration et répondent aux questions.

À 14 h 45, le comité suspend ses travaux.

À 15 heures, le comité reprend ses travaux.

Alan Gordon, Peter Portlock et George Lucki font une déclaration et répondent aux questions.

At 4:10 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

À 16 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

EDMONTON, Thursday, June 9, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9:05 a.m. examine issues concerning mental health and mental illness.

[English]

Senator Cook: Good morning, everyone. The Standing Senate Committee on Social Affairs and Technology is pleased to be here in Edmonton today. My name is Joan Cook, and I am a member of the committee.

Our chairman, Senator Michael Kirby, is unavoidably absent, so we will begin the process to elect a chair for this morning.

Senator Callbeck: I move that Senator Cook be acting chair today.

Hon. Senators: Agreed.

Senator Joan Cook (*Acting Chairman*) in the chair.

The Acting Chairman: Our first witness this morning is Carmela Hutchison.

Ms. Carmela Hutchison, President, Alberta Mental Health Self Help Network and the National Network for Mental Health: Good morning, everyone. It is a great honour to be here.

I am President of the National Network for Mental Health. I am also President of the Alberta Mental Health Self Help Network. I will be talking a bit about both organizations, and then about what Senator Kirby had requested that I speak on, which is funding mechanisms for peer support or consumer-driven organizations. I will gloss very quickly through what National Network and the Alberta Network do because it is in my presentation, and I welcome dialogue. I am really hoping we get lots of it. Thus I will just whistle through my presentation.

The National Network for Mental Health exists to advocate, educate, and provide expertise and resources for the increased health and well-being of the Canadian mental health consumer/survivor community. What National Network does is create and pilot test models for economic development and support for mental health consumer/survivors entering and re-entering the workforce.

I am very pleased to announce that we have a Calgary BUILT Network site which is a supported employment site that just opened on May 1 of this year, making it our fifth site across Canada. It offers a six-week training program and has a call centre component, a customer service component and a computer training component. Such sites have a very high success rate. At the North Bay site, in just one year, they received a million dollars

TÉMOIGNAGES

EDMONTON, le jeudi 9 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 5 pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

[Traduction]

Le sénateur Cook : Bonjour à tous. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie est heureuse de se trouver aujourd'hui à Edmonton. Je m'appelle Joan Cook et je suis membre du comité.

Notre président, le sénateur Michael Kirby, est absent pour des raisons indépendantes de sa volonté, alors nous allons commencer par élire un président pour ce matin.

Le sénateur Callbeck : Je propose que le sénateur Cook soit nommée président suppléant pour aujourd'hui.

Des voix : D'accord.

Le sénateur Joan Cook (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

Le président suppléant : Notre premier témoin ce matin est Carmela Hutchison.

Mme Carmela Hutchison, présidente, Alberta Mental Health Self Help Network et le Réseau national pour la santé mentale : Bonjour, tout le monde. C'est un honneur pour moi d'être ici.

Je suis présidente du Réseau national pour la santé mentale. Je suis également présidente de l'Alberta Mental Health Self Help Network. Je vais vous dire quelques mots au sujet des deux organisations, après quoi je vous entretiendrai de ce dont le sénateur Kirby m'a demandé de traiter, soit les mécanismes de financement pour les organisations de soutien par des pairs ou organisations de consommateurs. Je vais parcourir très rapidement ce que font le Réseau national et l'Alberta Network car cela figure dans ma déclaration et j'aimerais favoriser le dialogue. J'espère que nous aurons l'occasion de beaucoup dialoguer entre nous. Je vais donc passer très rapidement à travers mon exposé.

Le Réseau national pour la santé mentale a pour objet de défendre, d'éduquer et de fournir compétences et ressources en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être de la communauté canadienne de survivants/consommateurs de services de santé mentale. Le Réseau national crée et met à l'épreuve des modèles de développement et de soutien économique aux survivants/consommateurs de services de santé mentale qui intègrent ou réintègrent le marché du travail.

Je suis très heureuse d'annoncer que nous avons un site Calgary BUILT Network qui est un site d'emploi assisté qui a tout juste ouvert le 1^{er} mai de cette année, devenant notre cinquième site à l'échelle du pays. Il offre un programme de formation de six semaines et comporte un volet centre d'appels, un volet service à la clientèle et un volet formation en informatique. Ces sites affichent un très fort taux de réussite.

in social service benefits and also the addition to the tax base on the wages that the clients were earning.

It is a wonderful program. The program manager, David Gallson, is a double amputee. To get the funds for the first BUILT Network site, he actually took the North Bay people to wash cars, in order to get enough money to buy their first computers. It is a tremendous story, and now we have six sites across Canada and funding from Social Development Canada. It is a great success story, and I am very pleased to announce that here.

We develop and provide opportunities for capacity-building training, skill development, education of mental health capacity-building tools. These tools teach people how to become advocates for themselves and others, and also to prepare them for sitting on various task forces and committees, such as appearing here today and participating in events such as this where we provide input into our government process.

We work with government to make changes to existing legislation in order to better the volunteer sector. We also try to serve the needs of mental health consumer/survivors by acting as an information broker, nationally, and create opportunities to engage the general public service providers, government and mental health consumer/survivors nationally. We also work with other non-governmental organizations to build capacity in the mental health and mental illness cross disability and volunteer sector.

We currently started the Canadian Coalition for Alternatives in Mental Health, and 30 organizations participated in that process and are continuing to meet in order to have National Network be their voice for their policy.

We do work with other organizations as well. We are a founding member of the Canadian Alliance on Mental Health and Mental Illness. We are also a council member of the Council of Canadians with Disabilities.

As I said, we founded the Canadian Coalition of Alternative Mental Health Resources. I have already spoken to you about the BUILT Network. We partner with various faculties for research related to policies and processes, but not products. One such that I am very excited to announce is that we have been asked by the University of Calgary to participate with them in a research project on supported employment. Of course, now that we have a site there, this will be wonderful because we will be able to take a very active role in that project.

Au site de North Bay, en l'espace d'une année seulement, ils ont reçu un million de dollars en avantages sociaux auxquels est venue s'ajouter l'assiette fiscale correspondant aux salaires gagnés par les clients.

Il s'agit d'un merveilleux programme. Le gestionnaire du programme, David Gallson, est un amputé des deux membres. Pour obtenir des fonds pour le premier site BUILT Network, il a en fait emmené les gens de North Bay laver des voitures, ce pour ramasser suffisamment d'argent pour acheter les premiers ordinateurs. C'est une histoire formidable et nous comptons maintenant six sites à travers le pays et bénéficions d'un financement de Développement social Canada. C'est une formidable histoire de réussite et je suis très heureuse de vous en faire l'annonce ici.

Nous créons et fournissons des possibilités de formation en renforcement des capacités, de développement de capacités, et d'éducation en matière d'outils de création de capacités dans le domaine de la santé mentale. Ces outils aident les gens à défendre leurs intérêts et ceux d'autres et les préparent à participer à différents groupes de travail et comités, par exemple en comparaisant devant vous, comme je le fais aujourd'hui, et à participer à des événements semblables qui nous permettent de nous engager dans le processus gouvernemental.

Nous œuvrons aux côtés des pouvoirs publics pour apporter des changements aux lois existantes en vue de l'amélioration du secteur bénévole. Nous nous efforçons par ailleurs de servir les besoins des survivants/consommateurs des services de santé mentale en jouant le rôle de distributeurs d'information au niveau national et en créant des occasions d'engager à l'échelle nationale les fournisseurs de services publics généraux, les gouvernements et les survivants/consommateurs de services de santé mentale. Nous travaillons également aux côtés d'autres organisations non gouvernementales en vue du développement des capacités du secteur bénévole et de la communauté de la santé mentale, des maladies mentales et des déficiences.

Nous avons tout récemment lancé la Coalition for Alternatives in Mental Health. Trente organisations ont participé à ce processus et continuent de se rencontrer afin que le Réseau national soit leur voix en ce qui concerne leurs politiques.

Nous travaillons également avec d'autres organisations. Nous sommes un des membres fondateurs de la Canadian Alliance on Mental Health and Mental Illness et membre du conseil d'administration du Conseil des Canadiens avec déficiences.

Comme je viens de le dire, nous avons fondé la Canadian Coalition of Alternative Mental Health Resources. Je vous ai également parlé du BUILT Network. Nous avons des partenariats avec divers établissements en vue de recherche sur des politiques et des processus, mais non pas sur des produits. Un de ces partenariats que je suis très heureuse d'annoncer est que l'Université de Calgary nous a demandé de participer avec elle à un projet de recherche sur l'emploi assisté. Bien sûr, maintenant que nous avons un site là-bas, ce sera formidable car nous pourrons jouer un rôle très actif dans le cadre de ce projet.

I will now move into the Alberta Mental Health Self-Help Network. Our mission statement is that we have a provincial organization that strives to improve the quality of life of mental health consumers in Alberta through the encouragement of self-help, mutual aid and the promotion of self-respect through achievement. Because one of the biggest ways to alleviate stigma is to be able to alleviate it from within ourselves, and that is very important.

We have 2,200 members, making us one of the largest mental health consumer-driven organizations in the country, next to New Brunswick. We have been certified nationally to deliver the consumers-in-action capacity-building leadership training. We have a newsletter that has a circulation of 3,000.

We have achieved international recognition through the Canada-Russia Project on Disability and Mental Health Reform. I sit on this committee as an advisor, and as an outgrowth of the process I have been asked to make a presentation to the tri-national conference on rehabilitation. In June of 2005, we will begin working with the University of Calgary, Faculty of Community Rehabilitation and Disability Studies.

We have practicum student placement opportunities from several accredited facilities. Mount Royal post-basic nursing students, University of Alberta nursing students and University of Alberta occupational therapists actually come and spend time with us. One of the things that they find most amazing is the difference between what they see in the hospital and what they see with mental health consumers in the community because, of course, we look very different in that arena.

We also serve on the Alberta Alliance of Mental Illness and Mental Health. We are also a member organization of Alberta Disabilities Forum. Many of our members have held board and executive positions in the National Network for Mental Health.

In 1998 we did a needs assessment called Listening to the Folks and went to each region in the province. We have seven elected directors, and we went through each region. The main areas were identified as having a need for service — and they have not changed. Even though 1998 seems a long time ago, these needs have not changed.

That is why we are all here, of course, because we need to do very serious things in terms of revamping our mental health system. However, what we definitely need is funding, and I will be talking later on about mechanisms for delivery of such funding.

With respect to leadership and capacity-building, we need the skills of an executive director function and a fund development program, which are paramount. Ongoing support is required for mental health consumers who are attempting to build involvement in our regions because they need support. We have

Je vais maintenant passer à l'Alberta Mental Health Self-Help Network. Notre énoncé de mission dit que nous sommes une organisation provinciale qui se consacre à améliorer la qualité de vie des consommateurs de services en santé mentale en Alberta en favorisant l'auto-assistance et l'entraide et en faisant la promotion du respect de soi grâce à des réalisations concrètes. En effet, l'une des meilleures façons d'atténuer le stigmate est de le combattre à l'intérieur de nous-mêmes, et cela est très important.

Nous comptons 2 200 membres, ce qui fait de nous l'une des plus grosses organisations de consommateurs de services en santé mentale au pays, après le Nouveau-Brunswick. Nous avons été accrédités au niveau national pour livrer de la formation en leadership et en développement de capacités pour les consommateurs. Nous avons un bulletin de nouvelles qui a un tirage de 3 000.

Nous avons obtenu une reconnaissance internationale par le biais du projet canado-russe sur la réforme en matière de déficiences et de santé mentale. Je siège au comité en tant que conseillère, et dans le cadre de l'élargissement de ce processus on m'a invitée à prononcer un discours à la conférence tri-nationale sur la réadaptation. En juillet 2005, nous allons commencer à travailler avec la Faculty of Community Rehabilitation and Disability Studies de l'Université de Calgary.

Nous offrons des stages pratiques à des étudiants de divers établissements accrédités. C'est ainsi que des étudiants en soins infirmiers de niveau post-élémentaire de Mount Royal, des étudiants en soins infirmiers de l'Université de l'Alberta et des étudiants en ergothérapie de l'Université de l'Alberta viennent passer du temps avec nous. L'une des choses qu'ils trouvent les plus fascinantes est la différence entre ce qu'ils voient à l'hôpital et ce qu'ils constatent chez les consommateurs de services en santé mentale vivant dans la communauté car, bien sûr, nous nous présentons différemment dans ce contexte.

Nous siégeons également à l'Alberta Alliance of Mental Illness and Mental Health. Nous sommes également membres de l'Alberta Disabilities Forum. Nombre de nos membres ont occupé des postes d'administrateur et de cadre au Réseau national pour la santé mentale.

En 1998, nous avons effectué une évaluation des besoins appelée Listening to the Folks et nous nous sommes rendus dans chaque région de la province. Nous avons sept administrateurs élus et nous sommes allés dans chacune des régions. Les principales régions ayant besoin de services ont été identifiées — et cela n'a pas changé. Même si l'année 1998 semble loin derrière nous, ces besoins n'ont pas changé.

C'est pourquoi nous sommes tous ici, bien sûr, car il nous faut faire du très sérieux travail en vue de remanier notre système de santé mentale. Cependant, ce qu'il nous faut définitivement c'est du financement, et je vous entretiendrai plus tard de mécanismes de livraison de ce financement.

Pour ce qui est de leadership et de développement de capacités, il nous faut les compétences d'un directeur administratif ainsi qu'un programme de fonds de développement, ce qui est essentiel. Il faut un appui constant pour les consommateurs de services de santé mentale qui tentent d'établir une participation dans nos

such people in Grande Prairie; Fort McMurray, which is vacant; Calgary; Edmonton; Medicine Hat, and Lethbridge. The teams are composed of just one person and an alternate, and they have no resources. Whatever they do in their regions is done on their own effort. It would be nice for them to have resources that they could use and the tools so that they could work with the people in their own communities.

We do some education through research practicum placements, presentations, workshops, and newsletters, and there is a constant demand for service.

With respect to assistance throughout the continuum of care, hospital outreach and the provision of support packages to newly-diagnosed and discharged patients would be something that we would love to do. We do not do it yet but it would be something that we would love to be able to take into a hospital, in the same way that when you go for cardiac rehabilitation, you get the stitched pillow of your heart and a list of where the support groups are. We would like to be able to have something like that to give to people who are on the psychiatric units. We would also like to offer assistance in filling out forms for income replacement, residence, and other related needs. We would also like to be in attendance at AISH appeals — that is, the Assistance Income for the Severely Handicapped program.

If you think of snowboarding, I am probably sort of the extreme advocate. Probably the most extreme thing I have done in the way of advocacy is with respect to a case that we have in our community. It involves a pharmacist who is disabled, and whose lawyer fired him in the midst of a lawsuit with his insurance carrier. Their expert found him to be disabled with bipolar illness, not to have an underlying personality disorder. However, this was after eight and a half years of a lawsuit. After that, without being a lawyer, I had to pull him from two medical exams.

We have been arguing his case in the Court of Queen's Bench. It has been one of the most frightening experiences of my entire life. I kept hoping that the judge was yelling at me, "You get this man a lawyer," but I did not get a lawyer for Christmas. The lawyer that we sought said that, basically, at the point we were at in the lawsuit, we were better off without counsel.

That is probably the most extreme instance of my advocacy. I hope I never have to do it again. However, for this man, it is the difference between having an income of several thousand dollars a month or being on the street. It is very important that someone stands with him on this matter. In my opinion, one of the biggest hearts of advocacy is if that one person is willing to stand beside another and say, "I support this person in their process," it seems to lend some credibility to their need.

régions, car ils ont besoin d'aide. C'est ainsi que nous avons des gens en place à Grande Prairie, à Fort McMurray, bien que le poste soit pour le moment vacant, à Calgary, à Edmonton, à Medicine Hat et à Lethbridge. Les équipes sont composées d'une seule personne avec un remplaçant, et elles ne disposent d'aucune ressource. Tout ce qu'elles font dans leur région est le fruit de leurs propres efforts. Il serait bien qu'elles aient des ressources qu'elles puissent utiliser et des outils tels qu'elles puissent travailler avec les gens dans leurs propres communautés.

Nous faisons de l'éducation par le biais de stages de recherche, de présentations, d'ateliers et de bulletins de nouvelles, et il y a une demande constante de services.

En ce qui concerne l'aide dans le cadre du continuum de soins, l'extension hospitalière et l'offre de trousse d'aide aux patients nouvellement diagnostiqués ou aux malades sortants seraient des choses que nous aimerions énormément faire. Nous ne faisons pas encore cela, mais nous aimerions beaucoup pouvoir offrir cela en milieu hospitalier, tout comme lorsque vous faites de la rééducation cardiaque on vous remet un petit coussin cousu en forme de cœur et une liste de groupes de soutien. Nous aimerions pouvoir offrir quelque chose comme cela aux patients des unités psychiatriques. Nous aimerions également leur offrir de l'aide lorsqu'ils doivent remplir des formulaires pour un remplacement du revenu, une résidence ou un quelconque autre besoin. Nous aimerions également pouvoir être présents lors des appels en matière d'AISH — c'est-à-dire le programme Assistance Income for the Severely Handicapped.

Si vous pensez planche à neige, je serais sans doute du côté extrême du sport. La chose la plus extrême que j'aie sans doute jamais faite dans mon travail d'intervention concerne une affaire qui nous occupe au sein de notre communauté. Il s'agit d'un pharmacien qui est handicapé et dont l'avocat l'a renvoyé au beau milieu d'une action avec sa société d'assurance. Leur expert a déterminé qu'il était handicapé avec trouble bipolaire mais qu'il n'avait pas un trouble de la personnalité sous-jacent. Cependant, cela est venu après huit années et demie de poursuites. Après cela, sans être avocate, j'ai dû le retirer de deux examens médicaux.

Nous défendons son cas devant la Cour du Banc de la Reine. Cela a été l'une des expériences les plus terrifiantes de toute ma vie. J'espérais tout le temps que le juge me crie, « Trouvez un avocat pour cet homme », mais je n'ai pas réussi à en trouver un pour Noël. L'avocat dont nous voulions retenir les services nous a dit en gros qu'au point où nous en étions dans l'affaire, il serait préférable que l'on se débrouille sans avocat.

C'est sans doute là le cas le plus extrême de mon travail d'intervention. J'espère ne jamais avoir à refaire cela. Cependant, pour cet homme, c'est la différence entre avoir un revenu de plusieurs milliers de dollars par mois et vivre dans la rue. Il est très important que quelqu'un le défende dans cette affaire. À mon avis, le travail d'intervention montre vraiment qu'il a du cœur lorsqu'une personne est prête à se tenir à côté d'une autre et de dire « J'appuie cette personne dans ce processus », et cela accorde une certaine crédibilité à sa démarche.

We need to have ongoing input and collaboration to build a strong province. I am very excited about the fact that our federal government and the Senate is coming on board so that we can do this correctly throughout our country. Community inclusion is important so that all our citizens can contribute to the best of their ability.

Mental health is a large issue. People want to know how big it is. They want to know: How many people does it affect? It is pandemic. It is a pandemic in our world, and it is rising very rapidly. Canada is not immune.

The World Health Organization identifies mental illness as the second cause of disability and premature death in industrialized countries. By 2020, depression will take over as the leading cause of disability, even over ischemic heart disease.

In Canada, 6,501,575 people, or 20 per cent of all citizens will experience a mental illness. Another 20 per cent will suffer a substance use disorder. Half of all people with severe and persistent mental illness will develop a problem with substance abuse at some point in their lives.

Approximately half of all Canadian office visits resulting in a mental health diagnosis involve physicians who are not psychiatrists. If you have any other kind of health condition, you are usually seen or assessed at least once by a specialist qualified in that area.

When we contemplate psychiatric medications, we realise that people sometimes do not know exactly how they work. We are breaching people's brains, but we do not necessarily know with what. For me, it is very important that people who are on medication have some review by a psychiatrist at some point in their care.

In Alberta, 581,176 people, or again 20 per cent of the population, live with mental illness. In the 2003-04 fiscal year, 500,000 Albertans, or 17 per cent of the population, were treated by a physician for a mental health problem. Thirty-nine per cent of all physician billings were mental health related. About \$472 million in public funding is spent on service provision in our province.

We have a common crisis and some common challenges. In 2002, there were 27,000 people receiving AISH, and about 6,600 or 27 per cent received AISH due to mental illness. In 2003, there were 30,000 people receiving AISH, with 9,030 or 31 per cent receiving AISH due to mental illness.

In 2004 there were 32,000 people receiving AISH, with 10,240 receiving AISH due to mental illness. Each year, 450 people die in Alberta from suicide, and that rate has been stable for some years. That rate is second only in severity to that of the province of Quebec.

Il nous faut une participation et une collaboration continues en vue de bâtir une province solide. Je suis très excitée par le fait que le gouvernement fédéral et le Sénat montent dans le train afin que nous puissions faire ce qu'il faut à l'échelle du pays. L'inclusion communautaire est importante afin que tous nos citoyens contribuent leur maximum.

La santé mentale est un gros dossier. Les gens veulent savoir à quel point il est gros. Ils veulent savoir combien de personnes sont touchées. C'est une pandémie. C'est une pandémie dans notre monde, et elle se répand très rapidement. Le Canada n'est pas immunisé.

L'Organisation mondiale de la Santé dit de la maladie mentale qu'elle est la deuxième cause d'incapacité et de mort prématurée dans les pays industrialisés. D'ici l'an 2020, la dépression sera devenue la première cause d'incapacité, dépassant même la cardiopathie ischémique.

Au Canada, 6 501 575 personnes, soit 20 p. 100 de tous les citoyens, souffriront d'une maladie mentale. Encore 20 p. 100 souffriront d'un problème d'abus de substances. La moitié des personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante auront à un moment donné dans leur vie un problème d'abus de substances.

Environ la moitié de toutes les visites médicales débouchant sur un diagnostic de problème de santé mentale intéressent des médecins qui ne sont pas psychiatres. Si vous avez un quelconque autre problème de santé, vous êtes en règle générale vu ou évalué au moins une fois par un spécialiste dans le domaine concerné.

En ce qui concerne les médicaments utilisés en psychiatrie, nous nous rendons compte que les gens ne savent pas toujours comment ils fonctionnent. Nous intervenons dans le cerveau des gens, mais nous ne savons pas forcément avec quoi. Pour moi, il est très important que les personnes qui prennent des médicaments aient à un moment donné un entretien avec un psychiatre qui passe en revue avec eux leur programme de soins.

En Alberta, 581 176 personnes, soit, encore une fois, 20 p. 100 de la population, vivent avec une maladie mentale. Pendant l'exercice financier 2003-2004, 500 000 Albertains, soit 17 p. 100 de la population, ont été traités par un médecin pour un problème de santé mentale. Trente-neuf pour cent de toutes les facturations par des médecins concernaient des problèmes de santé mentale. Dans notre province, environ 472 millions de fonds publics sont consacrés à la prestation de services.

Nous avons une crise commune et un certain nombre de défis communs. En 2002, 27 000 personnes ont bénéficié de l'AISH, et environ 6 600 personnes, soit 27 p. 100, ont reçu de l'AISH pour des raisons de maladie mentale. En 2003, quelque 30 000 personnes ont reçu de l'AISH, 9 030, soit 31 p. 100 d'entre elles, bénéficiant de cette aide pour des raisons de maladie mentale.

En 2004, 32 000 personnes ont reçu de l'AISH, 10 240 d'entre elles pour des raisons de maladie mentale. Chaque année, 450 personnes meurent de suicide en Alberta, et ce taux est stable depuis quelques années. La seule autre province qui affiche un taux de suicide supérieur est le Québec.

Senator Cordy: What is AISH?

Ms. Hutchison: AISH is Assured Income for the Severely Handicapped. It is similar to DBII in British Columbia and ODSP in Ontario.

Despite the distress often associated with the experience of mental illness, only 32 per cent of those who had feelings and symptoms consistent with the surveyed mental disorders or substance dependencies saw or talked to a health professional during the 12 months prior to the survey. These professionals included a psychiatrist, a family physician, a medical specialist, a psychologist or a nurse. That statistic comes from the *Statistics Canada Daily*.

Fifty per cent of all people with mental illness will develop a substance use disorder at some point in their lives. Five per cent of people in the *Statistics Canada* study approached a self-help group. Another 2 per cent used an Internet support group.

It shows that people are definitely looking to the consumer community for some viable alternatives — not to replace proper health care, but certainly to help them cope and help them to understand how to live with their illness. Their weekly appointment is one hour, and then there are another 167 other hours in the week in which they have to figure out how they will live between office visits.

If we compare the rates of death — and when I was doing this, before I looked at the statistics I was expecting that AIDS and mental illness would be somewhat similar. I went to the AIDS Calgary Web site, and I must tell you that I was shocked. From 1980 until now, some 25 years, 14,300 Canadians have died of AIDS-related causes. At the rate of 4,000 people a year in Canada dying from suicide over 25 years, we have lost 100,000 citizens to suicide.

In 1980 in Alberta, 445 Albertans died from AIDS-related causes from 1980 until now. Since 1980, 11,250 Albertans have died as a result of suicide. We do know that the 450 people a year rate in Alberta in relation to deaths from AIDS or AIDS-related diseases has stayed relatively stable over the course of time.

The key message that we can take from these statistics is that whenever our entire government and its citizenry is engaged in the alleviation of a population health problem, the number of deaths can be reduced. We know this. For examples of such, we can look as the elimination of smallpox and polio to further prove this point. When everybody works together and everybody bands together, we can make a difference.

Crisis, of course, is danger plus opportunity. In Chinese, the little character is there so that we can all be reminded that there is opportunity here to make a difference in the health of our citizenry. We have a lot of positive synergy.

Le sénateur Cordy : Qu'est-ce que l'AISH?

Mme Hutchison : Le sigle AISH correspond à Assured Income for the Severely Handicapped. C'est semblable au DBII, en Colombie-Britannique, et au POSPH, ou Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Malgré la détresse qu'amène souvent la maladie mentale, seules 32 p. 100 des personnes ayant des sentiments ou des symptômes correspondant aux troubles mentaux ou aux accoutumances répertoriés dans le sondage avaient consulté un professionnel des soins de santé pendant les 12 mois antérieurs au sondage. Comptaient parmi ces professionnels psychiatres, médecins de famille, médecins spécialistes, psychologues ou infirmières. Ce chiffre provient du *Quotidien de Statistique Canada*.

Cinquante pour cent de toutes les personnes atteintes de maladie mentale vivront à un moment ou à un autre dans leur vie un problème de toxicomanie. Cinq pour cent des personnes interrogées dans le cadre de l'étude de Statistique Canada avaient pris contact avec un groupe d'auto-assistance. Encore 2 p. 100 avaient recouru à un groupe de soutien sur Internet.

Cela montre que les gens se tournent définitivement vers la communauté de consommateurs pour trouver des solutions de rechange viables — pas pour remplacer de bons soins de santé, mais pour les aider à composer avec leurs problèmes et à comprendre comment vivre avec leur maladie. Leur rendez-vous hebdomadaire dure une heure, mais il leur reste encore dans la semaine encore 167 heures à faire en se demandant comment ils vont vivre en attendant la visite suivante.

Si l'on compare les taux de décès — et lorsque j'ai fait ce travail, avant de me pencher sur les statistiques, je m'étais attendue à ce que la situation soit assez semblable pour le sida et la maladie mentale. Je me suis rendue sur le site Web de Calgary AIDS, et il me faut vous dire que j'ai été choquée. De 1980 à aujourd'hui, soit au cours d'une période d'environ 25 ans, 14 300 Canadiens sont morts pour une raison liée au sida. À raison de 4 000 décès par suicide par an au Canada, sur 25 ans cela donne 100 000 citoyens qui nous ont été enlevés par le suicide.

En Alberta, 445 Albertains sont morts de causes associées au VIH entre 1980 et aujourd'hui. Depuis 1980, 11 250 Albertains sont morts de suicide. Nous savons que le taux annuel d'environ 450 personnes mourant en Alberta du sida ou de maladies associées au VIH est demeuré relativement stable au cours de la période.

Le message clé que nous pouvons tirer de ces statistiques est que lorsque le gouvernement tout entier et ses citoyens s'engagent en vue de l'élimination d'un problème de santé dans la population, le nombre de décès peut être réduit. Nous le savons. Je citerai à titre de preuve supplémentaire l'élimination de la variole et de la polio. Lorsque tout le monde travaille ensemble, lorsque tout le monde est uni, nous pouvons changer les choses.

Une crise, bien sûr, c'est un mélange de danger et d'opportunité. En chinois, il y a ce petit caractère qui est là pour nous rappeler à tous qu'il est possible d'améliorer la santé des citoyens. Nous avons une grande synergie positive.

This is a very exciting time for mental health right now. First was the passage of the resolution in the House of Commons on the June 8, targeting mental health and mental illness issues, heart disease and cancer, in calling for federal, provincial, territorial, and municipal cooperation. Minister Ujal Dosanjh recently made a very significant speech on mental health in British Columbia. Of course, the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science, and Technology, which, as many people told me when they found I was presenting here, will not be coming our way again in this generation. We encourage you to continue this work and hope that your report does become a living document, as Senator Kirby has promised, and not something that just gets shelved. I am hoping that the passage of the resolution in the House of Commons will ensure that that happens and really gets all of the parties involved. That would be a great thing.

We also have the Collaborative Mental Health Initiative Workshop. Their forum is on Monday, June 13, at the Delta Edmonton Centre from 8:30 until 4:00. The Provincial Mental Health Plan of the Alberta Mental Health Board was brought in last year. The Calgary Regional Health Authority made their plan, and I draw everyone's attention to it because what they did is, rather than target specific populations such as children, seniors or aboriginals, they took the whole continuum of care and they said, "If we look at everybody from the point of view of prevention, treatment, diagnosis, tertiary care and then back into the community, then we will cover everybody." That was their approach. They were one of the first regions to come out with a very comprehensive plan and have made very large commitments financially, even ahead of knowing what their provincial funding would be.

With respect to the low income review and the AISH review process, we must strive for home ownership and assurance that we have access to all of the determinants of health. The determinants of health, according to Health Canada, are such things as housing, nutritious food, social support networks, the ability to access treatment, the ability to participate in social activities of the community, and these sorts of things.

There are some risks as well as we move through this process. I am very worried, of course, about the lack of will or the lack of co-operation of government. I really hope that we can continue this process until these hearings are concluded, and until the legislation can truly be passed. In fact, I would say to everyone, please, if they can put our health before politics, that would be a lovely thing. Leaving out important aspects of the plan and thinking that they will come later does not work; they will not. We experience this time and time again with respect to consumer initiatives. This initiative did not make it into the Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health blueprint; it did not make it, really, in a big way into the Mental Health Plan. I am very pleased to see that Senator Kirby is including it in his plan. He calls it, of course, "peer support." We call it the consumer-driven organizations. Either way, if we can get the resources we need

Les temps que nous vivons sont très excitants côté maladie mentale. Il y a eu, tout d'abord, l'adoption de la résolution à la Chambre des communes le 8 juin, visant la santé mentale et la maladie mentale, la maladie du cœur et le cancer et demandant qu'il y ait une collaboration fédérale-provinciale-territoriale-municipale. Le ministre, M. Ujal Dosanjh, a récemment prononcé un discours très marquant sur la santé mentale en Colombie-Britannique. Bien sûr, il y a le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie qui, comme me l'ont dit beaucoup de gens lorsqu'ils ont appris que je venais comparaître ici devant lui, ne reviendra pas par ici pendant cette génération. Nous vous encourageons à poursuivre ce travail et espérons que votre rapport deviendra véritablement un document vivant, comme l'a promis le sénateur Kirby, et non pas encore une autre étude qui ramasse la poussière sur une étagère. J'espère que l'adoption de la résolution à la Chambre des communes veillera à ce que cela arrive et à ce que tous les partis interviennent. Ce serait formidable.

Nous avons également le Collaborative Mental Health Initiative Workshop. Ce forum aura lieu le lundi 13 juin, de 8 h 30 à 16 h, au Delta Edmonton Centre. L'an dernier, on a eu le Provincial Mental Health Plan de l'Alberta Mental Health Board. La Calgary Regional Health Authority a élaboré son plan et je le porte à l'attention de tout le monde car voici ce qu'ils ont fait : au lieu de cibler des groupes particuliers, tels les enfants, les personnes âgées ou les Autochtones, ils ont pris tout le continuum de soins et ont dit, « Si nous examinons tout le monde du point de vue prévention, traitement, diagnostic, soins tertiaires et retour dans la communauté, alors nous couvrirons tout le monde ». Voilà quelle a été leur approche. Il s'agit de l'une des premières régions à élaborer un plan très exhaustif et à consentir de très importants engagements financiers, avant même de savoir quel serait le financement provincial.

En ce qui concerne l'examen des personnes à faible revenu et le processus d'examen de l'AISH, il nous faut viser la propriété de son lieu de résidence et l'assurance que nous aurons tous accès à tous les déterminants de la santé. Selon Santé Canada, comptent parmi ces déterminants de la santé le logement, l'alimentation, les réseaux de soutien social, l'accès aux soins, la capacité de participer à des activités sociales dans la communauté et d'autres choses encore.

Il y a également certains risques au fil de ce processus. Je suis très inquiète, bien sûr, quant à l'absence de volonté ou de collaboration de la part du gouvernement. J'espère vraiment que nous pourrions poursuivre ce processus jusqu'à la fin de ces audiences et jusqu'à l'adoption d'une loi. Je dirais en fait à tout le monde que si l'on pouvait placer notre santé au-dessus de la politique, alors ce serait une très belle chose. Cela ne fonctionne pas d'omettre du plan certains aspects importants en pensant que cela viendra plus tard; cela ne fonctionnera pas. Nous avons vécu cela fois après fois avec diverses initiatives pour les consommateurs. Cette initiative n'a pas abouti dans le plan stratégique de l'Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health; elle n'a pas abouti dans le m Mental Health Plan. Je suis très heureuse de voir que le sénateur Kirby l'inclut dans son plan. Il appelle bien sûr cela le « soutien par les pairs ». Nous, nous

to continue our work, that would be truly a wonderful thing, and it would be so wonderful to see it happening all the way across the country.

One of the biggest difficulties in collaboration is that with National Network we are funded through Social Development Canada, and here in Alberta we are funded through Alberta Health. There is no way to make our organizations flow through. When you hear me talk, you would think that Alberta flows into National and that all the provinces would flow into it. There are really only three provinces that actually have a provincial organization: New Brunswick, ourselves, and British Columbia, I think, is just starting one. In contrast, there are 60 peer development initiatives in Ontario and they are overseen by OPDI, which is the Ontario Peer Development Initiative, but they are really not coalesced into a provincial association.

We have to make sure that those things that are really important are in those plans right at the outset, because if we leave them off, the opportunity to include them will not come again. Of course, again, I have beaten the drum about elections, so I will leave that.

Speaking now to the lack of adequate funds and resources to support substantive changes, and the failure to ensure that the needs of all people with complex conditions are met, I am a person, right now, who really does not have human rights in this country. I have no access to publicly-funded treatment. I suffer from multiple personality disorder, which is now known as dissociative identity disorder, even though I am stubborn and use the old term. But because I am also a survivor of abuse, I am unable to access publicly-funded treatment and I must pay \$100 an hour every time I see a therapist. That is only because I started in 1995, and that was the APA rate. My therapist does not raise his rate. Once you start in that year, that is your rate for as long as you see him. However, the current rate now for somebody with my diagnosis would be somewhere between \$125 to \$150 an hour.

The fees, the issue of treatment fees for our diagnostic category are as serious as if we were living in the United States. That is a very serious issue because we really need to keep to our Canada Health Act and have universal health care. It is important that we have this. However, we are losing it bit by bit. We really must fight to keep it.

In my own situation, because I have 16 medical conditions, I was also not able to get publicly-funded occupational therapy treatment. Foothills Hospital denied seeing me, and this is in spite of the fact that I have never had a risk behaviour that would be something that would throw me out of a clinic: I have never hurt

appelons cela organisations de consommateurs. Dans un cas comme dans l'autre, si nous pouvions obtenir les ressources dont nous avons besoin pour poursuivre notre travail, alors ce serait vraiment formidable, et ce serait merveilleux de voir cela d'un bout à l'autre du pays.

L'une des plus grosses difficultés côté collaboration réside dans le fait qu'au Réseau national nous sommes financés par Développement social Canada, tandis qu'ici en Alberta, nous sommes financés par l'Alberta Health. Il n'y a pas moyen d'assurer une fluidité entre organisations. Lorsque vous m'entendez parler, vous vous imaginez peut-être que le flux de l'Alberta coule dans le flux au niveau national et qu'il en est de même pour toutes les provinces. Il n'y a en fait que trois provinces qui ont une organisation provinciale : le Nouveau-Brunswick, nous-mêmes et la Colombie-Britannique, je pense, qui se lance tout juste. Or, il y a en Ontario 60 initiatives de développement de pairs, et elles relèvent de l'OPDI, c'est-à-dire l'Ontario Peer Development Initiative, mais elles ne s'inscrivent pas véritablement dans une association provinciale.

Il nous faut veiller à ce que ces éléments qui sont vraiment importants soient inscrits dans ces plans dès le départ, car si nous les laissons de côté, alors l'occasion de les y inclure ne se représente pas. Bien sûr, j'ai encore une fois battu le tambour au sujet d'élections, alors je vais laisser cela de côté.

Parlant maintenant de l'absence de ressources et de financement adéquats pour appuyer des changements de fond et de l'échec qui a été enregistré s'agissant de veiller à ce que les besoins de toutes les personnes présentant des troubles complexes soient satisfaits, je suis pour ma part une personne qui aujourd'hui ne voit pas pleinement respectés dans ce pays ses droits de la personne. Je n'ai aucun accès à un traitement qui soit subventionné par l'État. Je souffre de trouble de personnalité multiple, aujourd'hui appelé trouble dissociatif de l'identité, mais je suis têtue et j'utilise l'ancien terme. Parce que je suis également une survivante d'abus, je n'ai pas accès à des traitements financés par les deniers publics et il me faut payer 100 \$ de l'heure chaque fois que je consulte un thérapeute. Et si je ne paye que ce montant-là, c'est que j'ai commencé en 1995 et que c'était alors le tarif de l'APA. Mon thérapeute n'augmente pas son tarif. Lorsque vous commencez, votre tarif reste le même pour aussi longtemps que vous le consultez. Cependant, le tarif actuel que paierait quelqu'un d'autre avec le même diagnostic que moi serait d'entre 125 \$ et 150 \$ de l'heure.

Les tarifs, la question des tarifs pour les traitements dans notre catégorie de diagnostic, sont autant un problème que si nous vivions aux États-Unis. C'est très grave car il nous faut vraiment conserver notre Loi canadienne sur la santé et avoir droit à des soins de santé universels. Il est important que nous ayons cela. Or, nous sommes en train de le perdre, petit à petit. Il nous faut nous battre pour conserver cela.

Pour ce qui est de ma propre situation, du fait que je présente 16 états pathologiques, je n'ai pas pu obtenir de thérapie de rééducation financée par les deniers publics. Le Foothills Hospital a refusé de me voir, ce en dépit du fait que je n'aie jamais présenté de comportement à risque qui aurait justifié mon renvoi d'une

myself; I have never been aggressive; I have never had a substance abuse problem; yet I cannot get care. Even to be assessed for my walker, I had to pay a private occupational therapist \$64 an hour.

Mental health consumer-driven organizations have been very important in my own recovery. I would not have found my current therapist without some help. With the psychiatrist and psychologist who had seen me before my current therapist, I gave them each a card and I said, "Look, if you do not know what my condition is, please, here is a list of specialists throughout the US, throughout Canada. Call them." In a year, they had not called. Then they told me, "We do not know what to do with you." I then called around North America, and received help basically through my consumer support group, which was Adults Anonymous, for people who were molested as children. This was a 12-step program, during which somebody said, "I know somebody who will probably see you." and I was lucky enough that they did.

With respect to consumer-driven organizations, it is very important to make this distinction. There are many mental health organizations that do excellent work, but a true, consumer-driven organization is a group whose organization has total staffing, governance, and membership by mental health consumers. That is a desperately important distinction to make.

We need a little more than to be offered — some of us — whether we go to a pizza party or have pop and chips and a movie. We need to be able to do things, such as my appearance here today, and in some arenas we would not be allowed to do that.

With respect to consumer-driven initiatives, we are able to walk with the consumer throughout the entire continuum of care. I have robbed from the Calgary Regional Health Authority's plan. You will see on the left side of the page the headings about prevention and promotion. At that level, we can carry out public education, information, and referral. We can direct people to resources that they might need. With respect to early intervention, we can do referrals. We can accompany people to their appointments. We can help them design a relapse prevention plan. We can say to them, "What is your safety plan?"

With respect to crisis intervention, we can activate the EMS if it is needed. We can help people get to the proper agency that can help. We can help them try to meet their immediate needs. Sometimes when a person has a mental illness, the treatment is almost a side issue and what becomes the immediate emergency is housing, food, transportation, child care, if there are children, clothing, and income protection. Those become our bigger emergencies.

clinique : je ne me suis jamais blessée, je n'ai jamais été agressive; je n'ai jamais eu de problème d'abus de substances. Pourtant, je ne parviens pas à ne faire soigner. J'ai même, pour mon évaluation en vue d'obtenir ma marchette, dû payer de ma poche un ergothérapeute privé qui demande 64 \$ de l'heure.

Les organisations adaptées aux consommateurs de services de santé mentale ont joué un rôle très important dans mon propre rétablissement. Je n'aurais pas trouvé mon actuel thérapeute sans aide. Dans le cas du psychiatre et du psychologue que je voyais avant de consulter mon actuel thérapeute, je leur ai donné à chacun une carte disant : « Écoutez, si vous ne savez pas de quoi je souffre, voici une liste des spécialistes aux États-Unis et au Canada. Appelez-les ». Au bout d'un an, ils n'avaient toujours pas téléphoné. Ils m'ont dit, « Nous ne savons pas quoi faire de vous ». J'ai alors entrepris de téléphoner partout en Amérique du Nord et j'ai reçu de l'aide par le biais, en gros, de mon groupe de soutien de consommateurs, Adults Anonymous, pour personnes ayant été agressées sexuellement pendant leur enfance. C'était un programme à 12 étapes au cours duquel quelqu'un a dit, « Je connais quelqu'un qui acceptera sans doute de te voir », et j'ai eu de la chance et c'est ce qui s'est passé.

En ce qui concerne les organisations de consommateurs, il est très important de faire cette distinction. Il existe de nombreuses organisations de santé mentale qui font de l'excellent travail, mais les organisations de consommateurs sont à proprement parler des groupes dont tout le personnel, toute la gouvernance et tous les membres sont des consommateurs de services de santé mentale. Il s'agit là d'une distinction qu'il est extrêmement important de faire.

Il nous faut un peu plus que de nous faire offrir — certains d'entre nous — une sortie de pizza ou une boisson gazeuse et des grignotines et un film au cinéma. Il nous faut pouvoir faire des choses, comme ce que je fais ici aujourd'hui en comparaisant devant vous, et dans certains contextes nous n'y serions pas autorisés.

Pour ce qui est d'initiatives de consommateurs, nous pouvons accompagner le consommateur tout au long du continuum de soins. J'ai volé le plan de la Calgary Regional Health Authority. Vous verrez du côté gauche de la page les titres au sujet de prévention et de promotion. À ce niveau-là, nous pouvons faire de l'éducation publique, de l'information et du renvoi. Nous pouvons indiquer aux gens les ressources dont ils auront peut-être besoin. Pour ce qui est de l'intervention précoce, nous pouvons faire des renvois. Nous pouvons accompagner les gens à leurs rendez-vous. Nous pouvons les aider à élaborer un plan de prévention de rechute. Nous pouvons leur demander, « Quel est ton plan de sécurité? »

En ce qui concerne l'intervention en situation de crise, nous pouvons activer l'EMS au besoin. Nous pouvons aider les gens à trouver l'agence qui pourra leur venir en aide. Nous pouvons les aider à tenter de régler leurs besoins immédiats. Parfois lorsqu'une personne a une maladie mentale, le traitement est presque accessoire et ce qui est urgent ce sont le logement, l'alimentation, le transport, les services de garde d'enfant s'il y a des enfants, l'habillement et la protection du revenu. Ces aspects deviennent nos plus grosses urgences.

Also, at the acute inpatient level, we could do hospital visits. We could link to the community. We could help people with their personal directives, and again, have that all-important relapse prevention plan. While the person is in hospital, that is the time when they need to be thinking, "Okay, what were the things that show me and my doctor both that I am getting ill again, and it is time to start having some form of intervention, whether or not I step up my appointments." In other words, what is the plan to stay out of hospital, and how can we work with our physicians to do that?

Again, we can help in the areas of taking people to appointments, to their pharmacy, help them get set up with their dosettes, help with their daily routines. Information, education, and income support. We can give help with filling in all those forms, and we are able to walk with the consumer throughout the entire continuum of care. We can be with them before, during and after their treatment in a way that the traditional treatment system cannot because it is a helping relationship; it has a beginning, a middle and an end.

In relation to sustaining and supporting, we can participate in all types of support groups. We have support, employment and entrepreneurship programs, as well as capacity-building training. If there had been funding, we could have been able to provide capacity-building training to every person being discharged in the Calgary Regional Health Authority. The only problem is that there are 3,800 discharges a year and we had no budget. We have about \$73,000 for the entire year for our whole province.

There are some advantages to the mental health consumer movement. We have some value. In a study by Dr. Chue and Dr. Austin Mardon, it was determined that self-help groups run by mental health consumers reduce the number of hospitalizations and reduce the length of stay if a person is hospitalized for a relapse. I have already spoken about the BUILT Network.

I will now talk about barriers to mental health consumer participation on boards and committees. The source of this document was a document entitled "Canada's Mental Health," and it was published in June of 1989. The sad thing is that the material contained in that document is still timely today.

One of the biggest problems, when we manage to get representation on boards and committees, is that there is an incongruence between actual values and stated practice. Everyone wants to include consumers, but sometimes things get lost, and sometimes we lose it in the translation, and sometimes the professional and citizenry can lose it in the translation. We all have to work really hard at that and be careful to be inclusive.

D'autre part, au niveau soins actifs pour personnes hospitalisées, nous pouvons faire des visites à l'hôpital. Nous pouvons assurer le lien à la communauté. Nous pouvons aider les gens avec leurs directives personnelles et, encore une fois, les doter de ce très important programme de prévention de rechute. C'est pendant que la personne est à l'hôpital qu'il lui faut se demander quelles sont les choses qui lui indiquent à elle et à son médecin qu'elle redevient malade et qu'il est temps qu'il y ait une certaine forme d'intervention, ou peut-être des rendez-vous plus rapprochés. En d'autres termes, quel est le plan de la personne pour rester à l'extérieur de l'hôpital et comment pouvons-nous travailler avec nos médecins en ce sens?

Encore une fois, nous pouvons aider les gens en les accompagnant à leurs rendez-vous, à la pharmacie, en les aidant à organiser leurs dosettes, les aider avec leur routine quotidienne. Information, éducation et soutien du revenu. Nous pouvons aider les gens à remplir tous ces formulaires et accompagner le consommateur tout au long du continuum de soins. Nous pouvons être là pour lui avant, pendant et après son traitement d'une façon que ne peut pas le système de traitement traditionnel car nous nous inscrivons dans une relation aidante, qui a un début, un milieu et une fin.

Côté maintien et soutien, nous pouvons participer à toutes sortes de groupes de soutien. Nous avons des programmes de soutien, d'emploi et d'entrepreneuriat, ainsi que de formation en développement de capacités. S'il y avait eu un financement, nous aurions pu offrir une formation en développement de capacités à toutes les personnes sortant d'établissements de soins régis par la Calgary Regional Health Authority. Le seul problème est qu'il y a 3 800 patients sortants par an et que l'on ne nous donne aucun budget. Nous disposons d'environ 73 000 \$ pour toute l'année et pour toute la province.

Le mouvement des consommateurs de services de santé mentale jouit cependant de certains avantages. Nous avons une certaine valeur. Une étude menée par le Dr Chue et le Dr Austin Mardon a fait ressortir que les groupes d'auto-assistance gérés par des consommateurs de services de santé mentale réduisent le nombre d'hospitalisations et réduisent la durée de séjour d'un patient hospitalisé pour rechute. Je vous ai déjà parlé du réseau BUILT Network.

Je vais maintenant vous parler des barrières à la participation de consommateurs de services de santé mentale aux conseils et comités. Je m'appuie ici sur un document intitulé « Canada's Mental Health », publié en juin 1989. Le malheur est que ce que renferme ce document est toujours opportun aujourd'hui.

L'un des plus gros problèmes, lorsque nous réussissons à obtenir une représentation au sein de conseils et de comités, est qu'il y a une incongruité entre les valeurs établies et la pratique déclarée. Tout le monde veut inclure les consommateurs, mais parfois les choses se perdent, parfois le message perd quelque chose à la traduction, et parfois ce sont les professionnels et les citoyens qui s'y perdent dans la traduction. Il nous faut tous travailler très fort en ce sens et veiller à être inclusifs.

It even happened, believe it or not, at the University of Calgary. At one point, a Russian psychiatrist was filming a session so that he could take it back to his home communities. He stepped aside from the camera and he said, "I am seeing here from a different lens. I am a participant but I am also an observer." He said, "What I am noticing is that even while we are talking — " because the topic was community inclusion — "Even while we are talking about community inclusion of consumers, we are treating them dismissively, we are cutting them off when they speak. You can see it in their body language that they are drawing more and more into themselves." It was very interesting for him to make that observation, because he nailed it right on the head.

People do not mean to do it, but it happens, and we have to be on guard against that. Sometimes, also, when somebody has been hurt by the system many times, there is often that wall of anger that people have to try and circumvent. Again, there are barriers: Tokenism, for example, which refers to the number of individuals and the levels of responsibility assigned. More and more consumers are being asked to advise, but there are not a great many places where we have a vote at the policy table. I would ask the Senate committee, while they are moving through their deliberations, to give thought to asking consumers to be at their table at various points throughout their process when the final report is being prepared.

An affirmative action approach may be required. It was recommended back in 1989 that between 30 and 50 per cent of consumer representation be utilized, although entirely consumer-run boards were beginning to be encouraged. It is interesting that the national AIDS strategy also recommended the 30 to 50 per cent figure for their consumer organizations.

Tokenism usually occurs when the organizations fear placing any discretionary power in the hands of the consumers. I would certainly hope that by now, with our track record, we have dispelled some of that fear.

There are barriers to mental health consumer participation on boards and committees, and one of those is a lack of representation. The mental health community is diverse, and just because we have contacted one consumer does not mean that we have the opinion of the entire movement. There must be input from all sectors of the mental health community, the various ethnic groups, the lesbian, gay, bisexual and transgender sector, the aboriginal sector, and other marginalized groups.

There are many diagnostic categories. My own, for example, and also obsessive-compulsive disorder, where people are really searching for resources and not finding them.

Croyez-le ou non, cela est même arrivé à l'Université de Calgary. À un moment donné, un psychiatre russe filmait une séance afin de pouvoir montrer cela chez lui. Il s'est éloigné de la caméra et a dit, « Je suis en train de regarder à travers une lentille différente. Je suis un participant mais je suis également un observateur ». Il a déclaré, « Ce que je remarque c'est que même pendant que nous parlons » — parce que le sujet était l'inclusion communautaire — « même pendant que nous parlons de l'inclusion communautaire des consommateurs, nous les traitons sans trop leur faire attention, nous leur coupons la parole lorsqu'ils parlent. L'on peut voir dans leur langage corporel qu'ils se retranchent de plus en plus à l'intérieur d'eux-mêmes ». Oui, c'était très intéressant qu'il fasse cette observation, car il a vraiment mis le doigt sur le bobo.

Les gens ne le font pas délibérément, mais cela arrive, et il nous faut être sur nos gardes contre cela. D'autre part, lorsqu'une personne a été de nombreuses fois malmenée par le système, il y a souvent un mur de colère que les gens doivent essayer de contourner. Encore une fois, il y a des barrières. La politique de coopération symbolique, par exemple, qui renvoie au nombre de personnes et au niveau de responsabilité attribué. L'on invite de plus en plus de consommateurs à donner des conseils, mais il n'y a pas beaucoup d'endroits où nous ayons un vote à la table. Je demanderai donc au comité sénatorial, dans le cadre de ses délibérations, d'envisager la possibilité d'inviter des consommateurs à leur table à différents stades du processus lors de la rédaction du rapport final.

Il faudra peut-être une approche d'action positive. Il avait été recommandé en 1989 que l'on utilise une formule de représentation des consommateurs de 30 à 50 p. 100, même si l'on commençait à encourager également la création de conseils gérés entièrement par des consommateurs. Il est intéressant que la stratégie nationale pour le sida ait recommandé ce chiffre de 30 à 50 p. 100 pour ses organisations de consommateurs.

La politique de pure forme surgit en général lorsque les organisations craignent de remettre le moindre pouvoir discrétionnaire aux mains des consommateurs. Nous espérons qu'étant donné notre dossier nous aurons aujourd'hui réussi à dissiper certaines de ces craintes.

Il y a des obstacles à la participation de consommateurs de services de santé mentale aux conseils et aux comités, et l'un d'entre eux est le manque de représentation. La communauté de la santé mentale est diverse. Et ce n'est pas parce que vous avez contacté un consommateur que vous connaissez l'opinion du mouvement tout entier. Il faut l'intervention de tous les secteurs de la communauté de santé mentale, les différents groupes ethniques, la communauté des gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres, le secteur autochtone et d'autres groupes marginalisés.

Il existe de nombreuses catégories diagnostiquées. Il y a mon propre exemple, et il y a également le cas des personnes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif, qui recherchent des ressources mais qui n'en trouvent pas.

There are barriers: again, role strain. These are learned roles and functions from outside the committee that affect the appropriate role performance inside the committee. It is very hard for professionals to step out of a therapeutic role. One of the funniest experiences I had with this sort of situation is that I have a close friend who is quadriplegic, and she drives a specially-equipped van. When we went to the tri-national conference, which was mainly therapeutic rehabilitation practitioners, they were so anxious and feeling so guilty that they had to take a ride from this lady, since she was there as a volunteer driver. Those are the kinds of situations that are sometimes interesting to watch, since it seems so difficult for them to step out of their role.

Even as a consumer leader, it is very difficult sometimes when the very volunteers and staff that we are working with sometimes experience difficulties with their mental health. Now, in addition to my management function, I am also trying to obtain services for them. That fractionalizes further what we are trying to do with limited resources. It has also been a frustration on boards on which I have sat with social workers, when suddenly somebody on the committee has a problem and the social workers are just knee-deep in the problem, and that kind of stalls the work of the committee.

What we try to do in our consumer organizations to counter that situation is to encourage those who develop problems to belong to another organization in which they have their needs met. Thus when they come to volunteer, they are there to volunteer. We need to have some boundaries around that situation, but it is sometimes a problem.

With respect to barriers, again, one of the problems is with communication. Varied backgrounds and education levels, as well as patterns of illness and wellness, create communication barriers. Literacy is an issue. I have one person who has terrible dyslexia, and when you hand him a 100-page board package, you might as well be torturing him. Also, medication can alter some people's vision.

A new issue that is emerging is access to, and the ability to use, various forms of technology. That is becoming a real barrier to some of our most valued voices. We have voices in our network that have been around for 20 years. They have some very valid things to say. Because they are not on-line and because you have to fax them and that takes time, very often some of those people are left out of the loop. That is a travesty.

I know for myself, I came into this movement not knowing how to operate a computer, and last summer, in addition to writing affidavits, one of my skill sets was learning how to do PowerPoint and to get the kicky little lines down the sides. It is a tremendous thing, to have to keep up with it. I was in one meeting

Il y a des barrières : encore une fois, la tension de rôle. Ce sont des fonctions et des rôles appris à l'extérieur de la communauté et qui ont une incidence sur le rendement de son rôle approprié au sein de la communauté. Il est très difficile pour les professionnels de s'extraire de leur rôle thérapeutique. L'une des expériences les plus drôles que j'aie vécues dans ce genre de situation concerne une très proche amie à moi qui est quadriplégique et qui conduit une camionnette spécialement équipée. Lorsque nous sommes allés à la conférence trinationale, qui réunissait principalement des ergothérapeutes, tous ces gens étaient angoissés et culpabilisaient à l'idée de devoir accepter d'être reconduits par cette femme, puisqu'elle était chauffeur bénévole. Voilà donc un exemple du genre de situation qu'il est parfois intéressant de regarder, car cela paraît si difficile pour les gens de sortir de leur rôle.

Même en tant que leader consommateur, c'est parfois très difficile lorsque les bénévoles et le personnel avec lesquels nous travaillons vivent des difficultés avec leur santé mentale. C'est alors qu'en plus de mon rôle de gestionnaire, il me faut m'occuper d'essayer d'obtenir des services pour eux. Cela fractionne encore davantage ce que nous nous efforçons de faire avec nos ressources limitées. Cela a également été frustrant au sein de conseils auxquels j'ai siégé avec des travailleurs sociaux, lorsque tout d'un coup quelqu'un du comité a un problème et les travailleurs sociaux y sont pris jusqu'au cou, ce qui ralentit le travail du comité.

Ce que nous nous efforçons de faire dans nos organisations de consommateurs pour contrer cette situation est d'encourager ceux chez qui il se développe des problèmes à se joindre à une autre organisation qui saura satisfaire leurs besoins. Ainsi, lorsque ces personnes viennent faire du bénévolat, elles sont là en tant que bénévoles. Il nous faut dresser des limites, et cela pose parfois problème.

Pour ce qui est des barrières, encore une fois, l'un des problèmes est celui de la communication. La variété d'antécédents et de niveaux d'instruction ainsi que les différents schémas de mal-être et de bien-être créeront des barrières de communication. Le niveau d'alphabétisation est un problème. J'ai une personne qui souffre d'une dyslexie profonde, et lorsque vous lui tendez 100 pages de documents, c'est comme de la torture pour lui. Il faut également savoir que certains médicaments peuvent modifier la vue de certaines personnes.

Une nouvelle question qui émerge est l'accès à diverses nouvelles technologies et la capacité de les utiliser. Cela est en train de devenir un obstacle très réel pour certaines des voix que nous prions le plus. Nous avons au sein de notre réseau des voix qui sont là depuis 20 ans. Ces personnes ont des choses très valables à dire. Mais parce qu'elles ne sont pas branchées et par ce qu'il vous faut communiquer avec elles par télécopieur, cela demande du temps, et c'est ainsi qu'il arrive souvent que ces personnes soient mises à l'écart de la boucle. C'est là une travestie.

Je sais qu'en ce qui me concerne je suis arrivée dans ce mouvement sans savoir comment utiliser un ordinateur, et l'été dernier, en plus d'écrire des affidavits, j'ai appris à utiliser PowerPoint et à mettre les petites lignes sur les côtés. C'est tout un défi de se tenir à jour. Je me suis un jour trouvée dans une salle de

where I had an old computer at that time, and another consumer had a really nice computer, but because she was away I did the minutes on my old one. All through it, one person kept saying, "You can sure tell this is not Marilyn's computer." It was embarrassing. You feel like saying, "Hello, people, we are poor here." That is a very telling thing: people want the technology, but how do we go about providing it? It is expensive. How can somebody who is living on AISH at \$950 a month suddenly afford high speed Internet? These are serious issues. There must be some way to make it economically feasible for our people to be able to participate.

That brings me to the economic factors. There are time lags and there is bureaucracy in our charitable organizations. For example, I am headed for Winnipeg because I was suddenly called there. There were two annual general meetings that we need to attend as part of our National Network duties. I am using the per diems that I am supposed to be using to go to my board meeting in Calgary, but basically I am getting on a plane today with \$50 to go to Winnipeg for the weekend. If they drop my walker, that is a \$150 repair. I just pray they do not drop my walker because I do not have the \$150 to fix it. These are issues that we deal with all the time.

The positive side of it is that, even if something really bad were to happen there, I do have friends who work in the caregiver industry. I would be taken care of and I do not have to pay for the airport shuttle. However, not everybody has those resources. In addition, when you are already suffering from a mental illness, those stress levels are incredible.

Part of what motivates me, of course, is that I do not have funds for my treatment. I mean, this is my life. This is serious. People often tell me to chill out or slow down, or whatever, but I was diagnosed in 1991, and I will never recover from my illness because I cannot purchase the hours of treatment that I need, and medication will not cure what I have. It is a very important issue.

Consumer boards are often marginalized because their members cannot commit funds or donate in the way that other board members can, and do. This is why it is very important, when you are looking at funding structures, to make sure that core funding is in place. Our National Network executive director has schooled me carefully in this subject, and I am repeating truthfully what she has said to me. She said, "Bricks and mortar, bricks and mortar, bricks and mortar."

Project money is easy to come by. There are always calls for proposals out there. However, we need to have the bricks and mortar to keep the office running, the telephone running, and those sorts of things. National Network's line item for telecommunications is \$1,800, and we have an entire country

réunion et j'avais à l'époque un vieil ordinateur, et une autre consommatrice avait un très bon ordinateur, mais parce qu'elle était absente, j'ai fait le procès-verbal sur mon ancien ordinateur. Et tout au long du processus, il y avait une personne qui ne cessait de répéter « Ça se voit que ce n'est pas l'ordinateur de Marilyn ». C'était gênant. Ça vous donne envie de dire, « Écoutez les gars, nous sommes pauvres ici ». C'est en fait très parlant : les gens veulent la technologie, mais comment faire pour la fournir? Cela coûte cher. Comment une personne qui se débrouille avec 950 \$ par mois en AISH peut-elle tout d'un coup se permettre un abonnement à l'Internet haute vitesse? Ce sont de sérieuses questions. Il doit y avoir moyen de rendre cela abordable pour que nos gens puissent participer.

Ceci m'amène aux facteurs économiques. Il y a au sein de nos organisations de bienfaisance des délais et de la bureaucratie. Par exemple, je suis en route pour Winnipeg parce qu'on m'y a tout d'un coup convoquée. Il y avait deux assemblées générales annuelles auxquelles nous devons assister dans le cadre de nos fonctions à l'égard du Réseau national. J'utilise les per diem que je suis censée utiliser pour me rendre à ma réunion de conseil à Calgary, mais je vais prendre l'avion aujourd'hui avec 50 \$ pour me rendre à Winnipeg pour la fin de semaine. Si quelqu'un fait tomber ma poussette, cela me coûtera 150 \$ en réparations. Je prie qu'ils ne laissent pas tomber ma poussette, car je n'ai pas les 150 \$ pour la réparer. Voilà les genres de problèmes auxquels nous sommes sans cesse confrontés.

Du côté positif, si quelque chose de vraiment horrible devait se passer là-bas, j'ai des amis qui travaillent dans l'industrie des soins. L'on s'occuperait de moi et je n'aurais pas à payer pour la navette de l'aéroport. Cependant, ce n'est pas tout le monde qui a ces ressources. D'autre part, lorsque vous souffrez déjà d'une maladie mentale, cela amène des niveaux de stress incroyables.

Une partie de ce qui me motive, bien sûr, c'est que j'ai de l'argent pour mon traitement. Je veux dire, c'est ma vie. C'est sérieux. Les gens me disent souvent que je devrais me détendre ou ralentir ou autre, mais j'ai été diagnostiquée en 1991 et je ne vais jamais me remettre de ma maladie parce que je n'ai pas les moyens d'acheter les heures de traitement dont j'ai besoin et ce ne sont pas des médicaments qui vont guérir mon mal. C'est une très sérieuse question.

Les conseils de consommateurs sont souvent marginalisés parce que leurs membres ne peuvent pas engager des fonds ou verser des dons comme peuvent le faire d'autres membres de conseils d'administration, et comme ils le font. C'est pourquoi il est très important que s'agissant de structures de financement vous veilliez à ce que le financement de base soit en place. La directrice administrative de notre Réseau national m'a soigneusement fait la leçon en la matière et je vous répète fidèlement ce qu'elle m'a dit. Elle ne cesse de répéter, « Briques et mortier, briques et mortier, briques et mortier ».

Il est facile d'obtenir de l'argent pour les projets. Il y a toujours des demandes de propositions. Cependant, il nous faut avoir les briques et le mortier pour faire tourner le bureau, le service téléphonique et le reste. Le poste budgétaire du Réseau national pour les télécommunications se chiffre à 1 800 \$, et nous avons

that we are trying to reach, and board directors, and all of those on teleconferences and, of course, those 30 organizations that want us to be their voice. We will be very hard-pressed to meet that challenge.

There is, of course, a policy path, and the very first thing that we need are our allies. Allies are folks like you; people who actively defend the rights and services of social groups other than their own, especially when those groups are not present or otherwise able to represent themselves. Allies work to end oppression in their personal and professional lives through support, and as an advocate with and for the oppressed population. We need you. We need our fellow citizens of Alberta. Thank you all for coming out today. We need you to join us, because it will take every single citizen in this country to make a difference in this pandemic.

There is a policy framework for mental health consumer initiatives, and I feel really bad about it, but I will leave a large version of this for you folks. Basically, back when we went through those barriers, what we needed to do first of all was to include mental health consumers and mental health consumer-driven organizations as equal partners in the entire mental health system. Provincial and regional entities need to broaden the role of mental health consumers through all aspects of the policy and care continuum. We need to make the actual practice of consumer inclusion compatible with the values we state. We need to ensure that the broadest possible consumer representation is there to adequately reflect the diverse constituencies of the mental health community. We need to train both professional and consumer members to function equally as a team. We need to ensure that all players have equal access to information, and to the historical and background issues, as well as to information technology that they need in order to function equally as a team.

I have two sets of funding recommendations. The National Network for Mental Health voted on a policy of applying 5 per cent of the overall provincial budget for the mental health system to mental health consumer-driven initiatives. When the Alberta Network presented to the Standing Policy Committee, they recommended a formula of 2 per cent of the actual provincial mental health spending, which was 4.72 million, with 2.35 million to go to the Alberta Mental Health Self-Help Network, the remainder to go to other mental health organizations.

Thank you for your patience this morning. Our contact information is included there in our brief. At this point, I hope we can get some of that free-moving dialogue going.

tout un pays à desservir, des conseils d'administration, et tout cela se fait par téléconférence et, bien sûr, ces 30 organisations veulent que nous soyons leur voix. Nous aurons bien du mal à relever le défi.

Nous avons, bien sûr, notre cheminement d'action politique, et la toute première chose qu'il nous faut ce sont nos alliés. Nos alliés, ce sont des gens comme vous; des gens qui défendent activement les droits et services de groupes sociaux autres que le leur, surtout lorsque ces groupes ne sont pas présents ou ne sont pas en mesure de se représenter eux-mêmes. Les alliés œuvrent pour mettre fin à l'oppression dans leur propre vie personnelle et professionnelle par le biais de soutien et de défenseurs et de porte-parole des groupes opprimés. Nous avons besoin de vous. Nous avons besoin de nos concitoyens de l'Alberta. Merci à vous tous d'être venus aujourd'hui. Nous avons besoin de vous car il nous faudra chaque citoyen dans ce pays pour contrer cette pandémie.

Il y a un cadre stratégique en matière d'initiatives de consommateurs de services de santé mentale, et je me sens vraiment très mal, mais je vais vous remettre une grosse version de cela. En gros, lorsqu'il nous a fallu surmonter ces barrières, ce qu'il nous a fallu faire en premier c'est inclure les consommateurs de soins de santé mentale et les organisations de consommateurs de services de santé mentale en tant que partenaires égaux dans tout le système de soins de santé mentale. Les entités provinciales et régionales doivent élargir le rôle des consommateurs de services de santé mentale dans tous les aspects du continuum de politiques et de soins. Il nous faut faire en sorte que la pratique de l'inclusion des consommateurs soit compatible avec les valeurs énoncées. Il nous faut veiller à ce que soit en place la plus vaste représentation possible des consommateurs, ce afin de refléter fidèlement les différentes composantes de la communauté des soins de santé mentale. Il nous faut former les membres professionnels et les membres consommateurs afin qu'ils puissent fonctionner ensemble en équipe. Il nous faut veiller à ce que tous les intervenants aient un accès égal à la formation ainsi qu'aux dossiers historiques et de base et à la technologie de l'information dont ils ont besoin pour pouvoir fonctionner dans le cadre d'une équipe égalitaire.

J'ai deux séries de recommandations en matière de financement. Le Réseau national pour la santé mentale a voté en faveur d'une politique qui verrait 5 p. 100 du budget provincial d'ensemble pour le système de santé mentale consacrés à des initiatives de consommateurs de services de santé mentale. Lorsque l'Alberta Network a comparu devant le Comité permanent des politiques, il a recommandé une formule de 2 p. 100 des dépenses provinciales actuelles en matière de santé mentale, soit 4,72 millions, avec 2,35 millions de dollars pour l'Alberta Mental Health Self-Help Network, le restant devant être versé aux autres organisations œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

Merci de votre patience ce matin. Nos adresses et coordonnées figurent dans notre mémoire. J'espère que nous pourrons maintenant nous engager pleinement dans un dialogue libre.

Senator Callbeck: Thank you, Carmela, for a very impressive and informative presentation. You have certainly covered many areas here. You mentioned two or three very positive programs, and I could sense your enthusiasm when you talked about that BUILT Network. You talked about it a little bit in Calgary.

I see you have five locations. I would like to know more about that.

Ms. Hutchison: The locations are Moncton, New Brunswick; St. Catharines, Ontario; North Bay, Ontario; Calgary, Alberta, and Winnipeg. In Winnipeg, the Royal Bank of Canada is taking all of their graduates.

Senator Callbeck: Tell me about the program.

Ms. Hutchison: What the program consists of is basically call-centre training or telephone training, a customer service component. Basically, there are four types of people who are looking to purchase or buy things, and it is teaching them how to figure out what those four types of people are. I must confess I do not know myself. From there, it would be gearing their customer service style to the needs of that particular customer. There is also a computer training program where Microsoft Word and Excel is taught, and the basic computer skills that a person would need in an office setting, or a customer service setting.

They also have tours of the different job sites. That usually leads to some interest from the employers. The employers are often very interested in hiring some of those graduates.

The other part is the support, both to the employee and to the employer. What the program people say is "If you feel like quitting, phone me. Do not quit; phone me." And to the employer, they say, "If you are experiencing difficulty, phone us." They can go out and then try to work with the employer, work with the student, and keep that placement viable. At least, that is what they try and do.

Senator Callbeck: How is this program financed?

Ms. Hutchison: It is funded through Social Development Canada, Mr. Dryden's office.

Senator Callbeck: How long has it been in existence?

Ms. Hutchison: It has been in existence for probably about two or three years now.

Senator Callbeck: Obviously it is very successful.

Ms. Hutchison: Yes, very. The nicest thing about the atmosphere in those programs — I have been to all the sites except for North Bay. The people there are so excited and so enthusiastic. Also, because it is a safe environment and is supportive, they do not talk about their illness at all. They talk about their goals; they talk about their futures. In fact, you could not distinguish it from any other business environment, except on graduation day, when everybody cries. It is a very nurturing

Le sénateur Callbeck : Merci, Carmela, de cet exposé fort impressionnant et instructif. Vous y avez certainement couvert de nombreuses questions. Vous avez mentionné deux ou trois programmes très positifs et j'ai capté votre enthousiasme lorsque vous avez parlé du BUILT Network. Vous avez un petit peu parlé de celui à Calgary.

Je vois que vous avez cinq sites. J'aimerais en savoir plus.

Mme Hutchison : Les sites sont Moncton, au Nouveau-Brunswick; St. Catharines, en Ontario; North Bay, en Ontario; Calgary, en Alberta, et Winnipeg. À Winnipeg, la Banque royale du Canada va prendre tous les diplômés.

Le sénateur Callbeck : Parlez-moi du programme.

Mme Hutchison : Le programme offre en gros de la formation pour centre d'appels ou service téléphonique, et c'est la composante service au client. Il y a, en gros, quatre types de personnes qui cherchent à acheter des choses, et il s'agit de leur apprendre à identifier ces quatre types de personnes. Il me faut reconnaître que je ne le sais pas moi-même. À partir de là, il s'agit d'adapter son style de service au client, aux besoins du client à l'autre bout du fil. Il y a également un programme de formation en informatique au cours duquel on apprend aux gens à utiliser Microsoft Word et Excel et on leur apprend les aptitudes de base en informatique dont une personne aurait besoin pour travailler dans un bureau ou dans un service à la clientèle.

L'on propose également des visites guidées des différents milieux de travail. Cela suscite en général un certain intérêt de la part des employeurs. Les employeurs sont souvent intéressés à recruter certains des diplômés.

L'autre aspect est le soutien, et pour l'employé et pour l'employeur. Ce que disent les gens du programme c'est ceci : « Si vous avez envie de démissionner, appelez-moi. Ne démissionnez pas; téléphonez-moi ». Et à l'employeur, ils disent, « Si vous rencontrez des difficultés, appelez-nous. » Ils peuvent ainsi se rendre sur place et essayer de travailler avec l'employeur et avec l'étudiant pour que le placement soit maintenu. C'est en tout cas ce qu'ils essaient de faire.

Le sénateur Callbeck : Comment ce programme est-il financé?

Mme Hutchison : Il est financé par Développement social Canada, le bureau de M. Dryden.

Le sénateur Callbeck : Depuis combien de temps existe-t-il?

Mme Hutchison : Il existe depuis sans doute environ deux ou trois ans maintenant.

Le sénateur Callbeck : Il réussit manifestement très bien.

Mme Hutchison : Oui, très bien. Ce qu'il y a de bien en ce qui concerne l'atmosphère dans le cadre de ces programmes — je me suis rendue dans tous les endroits sauf North Bay. Les gens qui y participent sont si excités et enthousiastes. D'autre part, étant donné qu'il s'agit d'un milieu de travail sûr et qui offre un soutien, les gens ne parlent pas du tout de leur maladie. Ils parlent de leurs objectifs, de leur avenir. En fait, vous ne sauriez pas faire la différence entre ces milieux de travail et n'importe quel autre, sauf

environment, and also very exciting because there is so much optimism in a way that I have not seen in our community in a very long time.

Senator Callbeck: The funding for this program, is it for a certain length of time, or do you have to ask for it every year, or how does it — ?

Ms. Hutchison: They do need to ask for the funding every year, and each year they expand to a new site. This year, we were asked to expand to a new site with less money, and that was a serious concern.

In addition, the sites are expected to become autonomous within three years. That is just the way that Social Development funding works. I would hope that in some way we could make a difference, so that we could keep National Network programs national.

There were also entrepreneurship programs: Start Me Up Niagara, Westman LEAD in Winnipeg, and Opportunity Works in Calgary. Opportunity Works is still viable, and so are the other two programs, but they had to endure tremendous struggles because, at the end of their time, they had to become autonomous. It has been really difficult for them to keep going and to get their funding.

Opportunity Works and Start Me Up Niagara, in particular, have done tremendous jobs in securing other funding. However, they are no longer part of National Network. You know what I mean. In other words, we keep carving off our talent and our people. It would be nice to be able to consolidate that effort. That is something that I would hope would also be a funding recommendation, because everything that we do kind of gets carved off.

Senator Callbeck: You mentioned student placement opportunities. Would you talk a little bit more about that, please?

Ms. Hutchison: Absolutely. National does a bit of it. They have a co-op program. I do not know if that is just for administrative professionals, but I know that several staff members now in our head office started out in that co-op program. Here in Alberta, our staff went out and recruited the faculties and worked on getting placements so that the students could come in and do a project with us. A project that one of the nurses did was a workshop for 40 people. We had the consumers come in. There were various presentations throughout the day about various life skills that newly discharged psychiatric patients would need. Some of the things were: How long is it safe to keep that bacon in your refrigerator? In other words, it involved some basic food preparation and food safety things. How to get your needs met; that you need to ask for things.

le jour de la remise des diplômes où tout le monde pleure. C'est un environnement très aidant et aussi très excitant car il y règne un optimisme que je n'avais pas vu depuis très longtemps au sein de notre communauté.

Le sénateur Callbeck : Le financement pour ce programme, est-il à long terme, ou bien vous faut-il faire une demande chaque année, ou comment cela...?

Mme Hutchison : Il leur faut en effet demander le financement chaque année, et chaque année cela s'étend à un nouvel endroit. Cette année, on nous a demandé d'élargir notre programme pour englober un nouveau site avec moins d'argent, et cela était très inquiétant.

D'autre part, ces sites sont censés devenir autonomes au bout de trois ans. C'est tout simplement ainsi que fonctionne le financement consenti par Développement social. J'ose espérer que nous pourrions amener des changements afin que les programmes du Réseau national puissent demeurer nationaux.

Il y avait également des programmes d'entrepreneuriat. Start Me Up Niagara, Westman LEAD à Winnipeg et Opportunity Works à Calgary. Opportunity Works est toujours viable, comme c'est le cas des deux autres programmes, mais ils ont dû subir d'énormes difficultés car il leur fallait au bout de la période devenir autonomes. Il leur a été réellement très difficile de résister et d'obtenir leur financement.

Opportunity Works et Start Me Up Niagara, en particulier, ont fait un travail formidable pour obtenir d'autres sources de financement. Cependant, ces programmes ne font plus partie du Réseau national. Vous savez ce que je veux dire. En d'autres termes, l'on ne cesse de nous arracher de notre talent et de nos gens. Il serait bon de pouvoir consolider cet effort. C'est là encore quelque chose que j'aimerais voir intégré dans une recommandation en matière de financement, car tout ce que nous entreprenons finit en définitive par nous être retranché.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé de possibilités de placement d'étudiants. Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous expliquer cela plus avant?

Mme Hutchison : Absolument. Le Réseau national s'en occupe un petit peu. Il a un programme co-op. J'ignore si celui-ci ne vise que les professionnels de l'administration, mais je sais que plusieurs membres de notre personnel à l'administration centrale ont démarré dans ce programme co-op. Ici en Alberta, notre personnel est allé dans les facultés y faire du recrutement et a travaillé pour obtenir des placements afin que les étudiants puissent venir participer à un projet à nos côtés. Une des infirmières a lancé un projet qui était un atelier pour 40 personnes. Les consommateurs sont venus. Il y a eu plusieurs présentations dans le courant de la journée au sujet de différentes connaissances élémentaires dont auraient besoin les patients psychiatriques sortants. Ont compté parmi les questions abordées : pendant combien de temps pouvez-vous garder en toute sécurité du bacon dans votre réfrigérateur? En d'autres termes, il était question de préparation de repas de base et de questions de salubrité alimentaire. Comment vos besoins seront-ils satisfaits? Le fait de devoir demander certaines choses.

At the end of the day, I did a presentation on personal directives, and the people there kept wanting to hear more. We stayed a lot longer. They wanted to discuss specific issues. Personal directives are the same as advance directives in other provinces. Alberta's is a little larger because it talks a lot more, not just about your critical care wishes but about where you live, where you reside, anything of a non-financial nature. It is your care plan, basically. We try to promote those as a sort of mental health management plan so that your doctor can sign off on them, as mine has. Yes, I have a mental illness, but I understood what I was signing when I made the directive and I was basically able to understand the consequences of my decisions when I made the directive. That gives me protection, because there is no hospital in the province that can treat me. That, at least, also gives a psychologist access to my bedside should I ever need it.

Senator Trenholme Counsell: Ms Hutchison, I want to congratulate you on your very positive and pleasant presentation. I did not sense any bitterness. I can understand. You have a sunny nature that you can always keep and pass on to others, because everybody needs that. That gives great hope in itself. Thank you very much for who you are and how you present yourself and the message of hope and positive action.

Ms. Hutchison: Thank you.

Senator Trenholme Counsell: You said that you did not make it into the Alberta plan. Was that a funded plan?

Ms. Hutchison: The Alberta Mental Health Plan or the Provincial Mental Health Planning Project was a huge planning project that had several components. There was research, senior's mental health, children's mental health, aboriginal health, and also research. They met for a period of six months, probably every couple of weeks, and they had a lot of stakeholder input, but at the end of the day there was not a lot of funding mechanism for the consumer-driven initiatives. That was because there was no intention all the way through. People listened to what we had to say and they liked it, but when they started editing, some things just did not make it into the plan. We ended up at the end of the day on the implementation committees, with very little representation. We have one person who is an alternate on the research committee, and that is it. That is, of course, something that we feel we need to improve on, certainly in Alberta.

The one thing that does impress me about New Brunswick, that I would love to see here — and we have it with some of our political figures, but not others — is that because New Brunswick is so small, everybody knows their MLA. When I went down to the BUILT graduation, they talked to their MLA the way they talk to the local store owner, the local postmaster.

En fin de journée, j'ai donné une présentation sur les directives personnelles, et les gens ne cessaient de vouloir en savoir davantage. Nous sommes restés beaucoup plus longtemps que prévu. Ils voulaient discuter de dossiers particuliers. Les directives personnelles sont la même chose que les directives préalables dans d'autres provinces. En Alberta, le champ est un petit peu plus vaste car l'on parle de beaucoup plus de choses, non seulement de vos désirs en matière de soins critiques mais également de là où vous vivez, de tout ce qui est d'ordre non financier. L'on parle en gros de votre plan de soins de santé. Nous nous efforçons de promouvoir ce genre de plan de gestion de la santé mentale afin que votre médecin puisse y adhérer, comme cela a été le cas du mien. Oui, j'ai une maladie mentale, mais j'ai compris ce que je signalais lorsque j'ai donné mes directives et j'ai pu comprendre les conséquences de mes décisions dans le cadre de ce testament de fin de vie. Cela m'assure une certaine protection, car il n'y a dans la province aucun hôpital qui puisse me traiter. Cela assure à tout le moins un accès à ma chambre à un psychologue, au cas où j'en ai besoin.

Le sénateur Trenholme Counsell : Madame Hutchison, je tiens à vous féliciter de votre exposé fort positif et agréable. Je ne ressens aucune amertume. Je peux comprendre. Vous avez une nature optimiste que vous pouvez toujours garder et transmettre à autrui, car tout le monde a besoin de cela. Cela procure en soi de l'espoir. Merci beaucoup de qui vous êtes, de la façon dont vous vous présentez et du message d'espoir et d'action positive que vous livrez.

Mme Hutchison : Merci.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez dit ne pas avoir été intégrée au plan de l'Alberta. Était-ce un plan financé?

Mme Hutchison : L'Alberta Mental Health Plan ou le Provincial Mental Health Planning Project était un énorme projet de planification à volets multiples. Il englobait recherche, santé mentale des personnes du troisième âge, santé mentale des enfants, santé des Autochtones et autres. Ils se sont réunis sur une période de six mois, sans doute toutes les deux semaines, et il y avait beaucoup de participation de la part de parties prenantes, mais au bout du compte il n'y a pas eu grands mécanismes de financement pour les initiatives amenées par les consommateurs. C'était dû au fait qu'il n'y avait pas d'intention constante d'un bout à l'autre. Les gens écoutaient ce que nous avions à dire et cela leur plaisait, mais dès qu'ils ont commencé leur travail de rédaction, certaines choses n'ont tout simplement pas abouti dans le plan. Nous nous sommes retrouvés en fin de parcours aux comités de mise en œuvre, avec très peu de représentation. Nous avons une personne qui est membre remplaçant du comité de recherche, et c'est tout. Nous estimons que c'est là une chose au sujet de laquelle il nous faut des améliorations, en tout cas certainement en Alberta.

S'il est une chose qui m'impressionne au sujet du Nouveau-Brunswick, et que j'adorerais voir ici — et nous avons cela chez certaines de nos personnalités politiques, mais pas chez toutes — c'est que du fait que le Nouveau-Brunswick soit si petit, tout le monde connaît son député provincial. Lorsque je m'y suis rendue pour la cérémonie de remise des diplômes du programme BUILT, j'ai vu les gens parler avec leur député comme si c'était le propriétaire du dépanneur du coin ou le maître de poste local.

There is a large commitment to mental health in New Brunswick, and I know that they experienced some cutbacks recently. But the activity centres are certainly a positive force in many of the lives of the people in New Brunswick, and I had a chance to visit them last fall at our annual general meeting and the grand opening for the BUILT Network site.

Senator Trenholme Counsell: There was an announcement last week of a major increase in funding and some very proactive things. In fact, some things were a first in the country, including mobile crisis units that will go to the home.

What year, approximately, did the network start in Moncton? I was an MLA for 10 years, so I am glad that everybody can talk to their MLA.

Ms. Hutchison: The BUILT Network site in Moncton opened last year at the AGM. They probably have had perhaps one or two courses through it now. National Network for Mental Health has always had a presence in New Brunswick. Mr. Leblanc, of course, has been very active on our board for many years. He kind of retired and is now, of course, focusing on his newsletter called *Our Voice*.

Senator Trenholme Counsell: I was actually given a life membership from the New Brunswick division. I know a lot about the Moncton group.

The technology worries me a bit. Is it the month-by-month cost of having these technological devices, or is it the instruments themselves? It is both, I suppose.

Ms. Hutchison: It is.

Senator Trenholme Counsell: Have you gone the route of going to any of the computer companies and asking them to be partners with you? Have you tried to access this technology through donations, through gifts in kind?

Ms. Hutchison: We have been extremely weak in our ability to fundraise because we are so under resourced. That is why fundraising is at the top of the list in here, because that is something we have to do more of.

Senator Trenholme Counsell: I was not asking about fundraising per se — well, I suppose it is fundraising.

Ms. Hutchison: It is fundraising.

Senator Trenholme Counsell: Going out and asking for what you need.

Ms. Hutchison: With any of those partnerships, we are so hard pressed for time, and also for resources to fundraise, because you must have some resources behind you to even go out and do that. That has been something that has been a tremendous challenge for all of us and something that we do need to improve upon as a movement.

Senator Trenholme Counsell: I think you should look to sources like that.

Il y a un fort engagement à l'égard de la santé mentale au Nouveau-Brunswick et je sais qu'ils y ont vécu des compressions récemment. Mais les centres d'activité sont certainement une force positive dans la vie de nombreux résidents du Nouveau-Brunswick que j'ai eu l'occasion de rencontrer l'automne dernier à notre assemblée générale annuelle et lors de la grande cérémonie d'ouverture du site BUILT Network.

Le sénateur Trenholme Counsell : La semaine dernière l'on a annoncé une importante augmentation de fonds et un certain nombre de choses très proactives. Il y a en fait eu plusieurs premières nationales, y compris des unités de crise mobiles qui iront chez la personne.

C'est en quelle année environ que le réseau a vu le jour à Moncton? J'ai été députée provinciale pendant dix ans, alors je suis heureuse de savoir que tout le monde peut parler avec son député.

Mme Hutchison : Le site BUILT Network à Moncton a été ouvert l'an dernier à l'AGA. Ils y offrent sans doute aujourd'hui un ou deux cours. Le Réseau national pour la santé mentale a toujours eu une présence au Nouveau-Brunswick. M. Leblanc, bien sûr, est depuis de nombreuses années très actif au sein de notre conseil. Il est en quelque sorte à la retraite et il se concentre aujourd'hui bien sûr sur son bulletin de nouvelles intitulé *Our Voice*.

Le sénateur Trenholme Counsell : La division du Nouveau-Brunswick m'a en fait donné une carte de membre à vie. Je suis très au courant du groupe de Moncton.

La technologie m'inquiète un petit peu. Est-ce le coût, mois par mois, de ces dispositifs technologiques, ou bien est-ce les instruments eux-mêmes? C'est les deux, je suppose.

Mme Hutchison : En effet.

Le sénateur Trenholme Counsell : Avez-vous abordé l'une quelconque des boîtes d'informatique pour lui demander d'être partenaire avec vous? Avez-vous essayé d'accéder à cette technologie par le biais de dons, de dons en nature?

Mme Hutchison : Nous avons été extrêmement faibles côté capacité de lever des fonds, nos ressources étant si limitées. C'est pourquoi la cueillette de fonds est tout en haut de la liste ici, car c'est sur ce plan qu'il nous faut faire plus.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne songeais pas à la cueillette de fonds à proprement parler — eh bien, je suppose que c'est de la levée de fonds.

Mme Hutchison : C'est de la levée de fonds.

Le sénateur Trenholme Counsell : Sortir et aller demander ce dont vous avez besoin.

Mme Hutchison : Dans le cas de l'un quelconque de ces partenariats, nous sommes si pressés par le temps et par les ressources nécessaires pour organiser des cueillettes de fonds, car il faut des ressources derrière vous pour faire ne serait-ce que cela. Cela a été un défi énorme pour nous tous et il nous faut sur ce plan nous améliorer en tant que mouvement.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pense qu'il vous faudrait pour ce faire chercher d'autres sources.

You said that you had no access to publicly-funded medicare or treatment?

Ms. Hutchison: Yes, that is correct.

Senator Trenholme Counsell: I think you said treatment. Being a staunch defender of medicare, was that to the type of therapist you needed? You needed a specific type of therapist, or what did you actually mean by that?

Ms. Hutchison: Basically, it is a specific type of therapist, but a psychiatrist — most psychiatrists — there should be some who are able to do it. There should be some. The problem is that because of the severity of the illness, they can really only take two or three clients like us at a time. Because I worked in the mental health field, I had relationships with some psychiatrists who could do this work. That narrowed my field even more because I worked alongside them on the wards. It would be inappropriate for me to have a therapeutic relationship with them.

Having said that, there are not a lot of resources and many people are forced to pay out of pocket or to go without service. One woman in particular, in Medicine Hat, had the misfortune of having a substance abuse problem in addition to having multiple personalities. Through poor skills on the part of the people who were caring for her, but did not know how to do it properly, a power struggle escalated between her and a staff member. She was put in a quiet room for five days, denied access to a Bible, denied access to a lawyer, denied access to her family. She was not told that she was certified; was not informed of her rights to be heard before a review panel, and was left in that room for five days, utterly terrified. Not surprisingly, trying to assist that lady with a more productive means of coping is a great challenge because all of her trust has been totally taken away.

Senator Trenholme Counsell: Do you have publicly-funded mental health clinics in Alberta?

Ms. Hutchison: Yes, we do, and because I worked in them, I cannot access them.

Senator Trenholme Counsell: What services are publicly funded and provided?

Ms. Hutchison: The services are usually multidisciplinary, and depending on the clinic sites, usually there will be a consulting psychiatrist. The psychiatrist will probably carry a small caseload, depending on his or her clinic interest area, and then there will be the usual assortment of psychology, nursing, occupational therapy, and social work.

Senator Trenholme Counsell: What do you think might be the waiting time from a referral to actually getting into a publicly-funded mental health clinic in Alberta?

Ms. Hutchison: When I was practising, I had some people on that wait list for a year. I had a caseload of 60 and a wait list of 100. I do not imagine the demand has slowed down any.

Vous avez dit que vous n'aviez pas accès à des soins de santé ou des traitements payés par le gouvernement, est-ce bien cela?

Mme Hutchison : Oui, c'est exact.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pense que vous avez dit traitements. En tant que farouche défenderesse de l'assurance-maladie, il me faut vous demander si vous parliez du genre de thérapeute dont vous avez besoin. Il vous faut un genre de thérapeute bien particulier — que voulez-vous dire par là?

Mme Hutchison : En gros, il s'agit d'un type bien particulier de thérapeute, mais un psychiatre — la plupart des psychiatres — il devrait y en avoir qui puissent faire ce travail. Il devrait y en avoir. Le problème est qu'à cause de la sévérité de la maladie, ils ne peuvent prendre que deux ou trois clients comme nous à la fois. Du fait d'avoir travaillé dans le domaine de la santé mentale, j'ai eu l'occasion de rencontrer certains psychiatres qui pouvaient faire ce travail. Cela a rétréci encore davantage mon champ car je travaillais à leurs côtés dans les services. Il ne serait donc pas approprié pour moi d'avoir avec eux une relation thérapeute-patiente.

Cela étant dit, il n'y a pas beaucoup de ressources et les gens sont nombreux à devoir payer de leur poche ou alors se passer du service. Une femme à Medicine Hat a eu le malheur d'avoir, en plus de trouble de personnalité multiple, un problème d'abus de substances. Du fait des compétences limitées des personnes qui s'occupaient d'elle et qui ne savaient pas s'y prendre, elle-même et un membre du personnel ont fini par avoir un accrochage. On l'a placée dans une salle de recueillement pour cinq jours, lui refusant l'accès à la Bible, l'accès à un avocat et l'accès à sa famille. On ne lui a pas dit qu'elle avait été internée. On ne l'a pas avisée de ses droits d'être entendue devant un comité d'examen et on l'a laissée dans cette pièce pendant cinq jours, complètement terrorisée. Par la suite, ce qui n'est guère étonnant, il a été encore plus difficile de venir en aide de façon productive à cette femme, car elle ne faisait plus confiance à personne.

Le sénateur Trenholme Counsell : Avez-vous en Alberta des cliniques de santé mentale subventionnées?

Mme Hutchison : Nous en avons, mais du fait d'y avoir travaillé, je n'y ai pas accès.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quels services sont financés et fournis par les pouvoirs publics?

Mme Hutchison : Les services sont en règle générale multidisciplinaires, et selon la clinique, il s'y trouvera en général un psychiatre consultant. Le psychiatre aura normalement une liste limitée de patients, selon son domaine d'intérêt clinique, et il y aura l'assortiment habituel de soins psychologiques, de soins infirmiers, d'ergothérapie et de travail social.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quel serait d'après vous le délai d'attente pour un renvoi à une clinique de santé mentale publique en Alberta?

Mme Hutchison : Lorsque je pratiquais, j'avais des gens qui étaient sur la liste d'attente pendant un an. J'avais une charge professionnelle de 60 cas et une liste d'attente de 100. Je ne pense pas que la demande ait diminué.

Senator Callbeck: On the mental health clinics, did you say that because you worked with them, you cannot access the services?

Ms. Hutchison: That is correct. It is policy. Again, it is about boundaries. Nurses who work in one hospital are not patients in that hospital; they will go to another hospital in the city or town, or they will go to the next town. It is so that you can have some privacy in your life. It is very hard on the people with whom you are working, but even so, there is not a great deal of capacity for mental health services to actually take on people like us because, again, they have big caseloads and not a lot of time. Actually, all of our mental health clinics have now been divested on to the regional health authorities, so they are all now part of the regional health authority.

I have a document here. I do not know if your committee is interested in having a copy of it. Basically, it is appended to my personal directive, and I have it from, actually, Minister Halvar Jonson. It shows how old that letter is, since he wrote it. The psychiatric community wrote the chief of the region at the time, Dr. John Tuttle. He was my psychiatrist, and then he could no longer continue. I also have several other community psychiatrists write letters explaining the situation.

Senator Tardif: You indicated that the Calgary Regional Health Authority plan emphasized the continuum of care rather than targeting special populations.

Ms. Hutchison: That is correct.

Senator Tardif: Why is this seen as a positive step and what are the impacts of this orientation?

Ms. Hutchison: The impacts of the orientation are felt to be that they will really enhance the whole phase: You come into treatment; you are received; you have your early diagnostic phase; you have your working treatment phase, and then your support, and stabilization. All of the elements of their continuum are here. The idea behind is it that they will take care of everybody so that nobody will be excluded. That is the hope behind it. If money was targeted only for seniors or if money was targeted only for children, then what happens to all the adults, what happens to their parents, what happens to the seniors if you are only targeting children?

I worked in adolescent psychology, and I know that that is also an area that definitely needs a focus and a hand. I think that they will provide for that group within these continuums, but the whole idea is that they want to go through the whole life span. In other words, the life span and the span of treatment are both their special interest groups. It is more inclusive.

Senator Tardif: Was there funding to allow this to happen?

Ms. Hutchison: I am afraid I did not come with that figure, but basically, the Regional Health Authority itself came with funding that they were committing to the process, and they committed that funding even in advance of the Ministry of Health giving them the figures of what funding they would receive.

Le sénateur Callbeck : En ce qui concerne les cliniques de santé mentale, avec-vous bien dit que parce que vous travailliez avec elles vous ne pouvez pas accéder à leurs services?

Mme Hutchison : C'est exact. C'est la politique. Encore une fois, c'est une question de lignes de démarcation. Les infirmières qui travaillent dans un hôpital ne peuvent pas être patientes de cet hôpital. Elles iront à un autre hôpital de la ville ou d'une ville voisine. L'idée est de protéger votre vie privée. Cela est très dur pour les personnes avec lesquelles vous travaillez, mais même là, il n'y a pas beaucoup de capacité du côté des services de santé mentale pour accepter ces cas, car, encore une fois, le personnel a une lourde charge de travail et pas beaucoup de temps. En fait, toutes nos cliniques de santé mentale ont depuis été transférées aux administrations régionales en matière de santé, et relèvent donc des régies régionales de santé.

J'ai ici un document. J'ignore si cela intéresserait le comité d'en avoir copie. Cela est en fait joint à ma directive personnelle et je l'ai obtenu du ministre Halvar Jonson. Cela vous donne une idée de l'âge qu'a cette lettre, étant donné que c'est lui qui l'a écrite. La communauté psychiatrique avait écrit au chef de la région à l'époque, le Dr John Tuttle. Il était mon psychiatre, et il n'a pas pu continuer. D'autres psychiatres communautaires ont également écrit des lettres expliquant ma situation.

Le sénateur Tardif : Vous avez dit que le Calgary Regional Health Authority Plan met l'accent sur le continuum de soins plutôt que de cibler des populations spéciales.

Mme Hutchison : C'est exact.

Le sénateur Tardif : Pourquoi cela est-il considéré comme quelque chose de positif et quelles sont les conséquences de cette orientation?

Mme Hutchison : L'on pense que l'incidence de l'orientation sera telle qu'elle améliorera toute cette phase : vous entrez en traitement; vous êtes reçu; vous avez la phase de diagnostic précoce; vous avez votre phase de traitement actif, puis vous avez soutien et stabilisation. Tous les éléments de leur continuum sont là. L'idée derrière cela est qu'ils s'occuperont de tout le monde, de telle sorte que personne ne sera exclu. C'est là l'espoir qui sous-tend le tout. Si l'argent était destiné aux seules personnes du troisième âge ou aux seuls enfants, alors qu'arriverait-il à tous les adultes, qu'arriverait-il aux parents, qu'arriverait-il aux personnes âgées si vous ne vous occupez que des enfants?

J'ai travaillé en psychologie des adolescents, et je sais que c'est là encore un domaine qui a besoin d'aide et d'appui. Je pense qu'ils s'occuperont de ce groupe dans le cadre de ces continuums, mais toute l'idée est qu'ils veulent couvrir toutes les phases d'une vie. En d'autres termes, ils visent l'étape dans la vie et le traitement pour tous les groupes d'intérêt spécialisé. C'est plus inclusif.

Le sénateur Tardif : Y a-t-il eu un financement pour amener cela?

Mme Hutchison : Malheureusement, je n'ai pas de chiffres ici avec moi, mais, en gros, la régie régionale de santé est elle-même venue avec le financement qu'elle engageait dans le processus, et elle a investi cet argent avant que le ministère de la Santé ne lui dise ce qu'elle allait recevoir.

Senator Tardif: Is this something that you would suggest for the entire province?

Ms. Hutchison: I would like to see it for the entire country.

Senator Cordy: I would like to go back to the issue of funding because, ultimately, it all boils down to money, money, money, does not it?

Ms. Hutchison: Absolutely.

Senator Cordy: When we travelled across the country, certainly what I saw was that the consumer-driven plans and the consumer-driven organizations, from the perspective of the people within the system, seem to be what works best, and yet there seems to be much difficulty in getting funding for those peer-support types of programs. Would that be correct?

Ms. Hutchison: That is absolutely correct.

Senator Cordy: What I am wondering is even within government, you cannot talk about mental health in isolation — and you made reference to this in your presentation — because we have to look at the totality of the person. We have to look at housing as a big issue, and nutrition. Education you made reference to, and employment and other issues. They cross the spectrum federally with various departments, and certainly municipally and provincially.

How difficult is it for an organization such as yours, or any organization in the field, to access funding? It seems to me that there would have to be a tremendous amount of time spent just accessing government funding.

Ms. Hutchison: It is time that we do not have, and it is an exhausting process. Grant season probably pulls our staff — like, January until March is basically spent writing the grant proposals. Some of the restrictions in some of the funding structures have been so micro that it really pulls on the time of the staff. In other words, the accountabilities have gone way up. There have been situations where, let us say, for example, that staff members make a site visit to the North Bay site. Let us say if there was a \$5 — and I am just pulling these particular figures out of my head because I do not know them. I have a head injury, however, and numbers are not my forte, so I will use fives and tens and make it easy. Let us say if they were allowed \$5 for breakfast, \$10 for lunch, and \$20 for dinner, if they did not eat breakfast and instead had a \$15 lunch, that expense would be kicked back to them. Even though it was the same dollar figure, you have to spend the \$5 at breakfast. The nightmare that that puts our bookkeeping staff through is just incredible, because they have to account for all those funds, and the claims are always having to be sent back and things are disallowed. It is very difficult.

In the Alberta Network, we are fortunate to have the ability to fund by purse. When we fund by purse we say, “Okay, somebody is going to a meeting for three days. The meals are this much. There is this much for breakfast, this much for lunch, this much for supper. The transportation is this much, the per diem, the little

Le sénateur Tardif : S’agit-il de quelque chose que vous recommanderiez pour l’ensemble de la province?

Mme Hutchison : C’est quelque chose que j’aimerais voir pour l’ensemble du pays.

Le sénateur Cordy : J’aimerais revenir sur la question du financement car, en bout de ligne, c’est toujours une histoire d’argent, n’est-ce pas?

Mme Hutchison : Absolument.

Le sénateur Cordy : Lorsque nous avons parcouru le pays, ce que j’ai constaté c’est que les plans et les organisations élaborées par des consommateurs, c’est-à-dire des usagers à l’intérieur du système, semblent être ce qui fonctionne le mieux. Or, il semble qu’il soit très difficile d’obtenir un financement pour ces programmes de type soutien par des pairs. Est-ce bien le cas?

Mme Hutchison : Tout à fait.

Le sénateur Cordy : Ce que je me dis c’est que même au sein du gouvernement l’on ne peut pas parler de santé mentale isolément — et vous avez fait état de cela dans votre déclaration — car il faut regarder la totalité de la personne. Il nous faut nous pencher sur le logement, qui est un gros dossier, ainsi que sur l’alimentation. Vous avez parlé de l’aspect éducation, de l’emploi, et d’autres choses. Cela englobe tout le spectre, au niveau fédéral, avec différents ministères, ainsi qu’au niveau municipal et provincial.

Dans quelle mesure est-ce difficile pour une organisation comme la vôtre ou pour toute organisation œuvrant dans le domaine d’accéder à des fonds? Il me semble que vous devez consacrer énormément de temps à la simple obtention de financement gouvernemental.

Mme Hutchison : C’est du temps que nous n’avons pas, et c’est un processus épuisant. La saison des subventions accapare probablement notre personnel — de janvier à mars, ils consacrent en gros tout leur temps à rédiger des demandes de subvention. Certaines des restrictions dans certaines des structures de financement sont à un tel niveau micro que cela accapare vraiment le temps du personnel. En d’autres termes, il y a eu une hausse marquée du travail de reddition de comptes. Il y a eu des cas où, par exemple, des membres du personnel ont visité le site de North Bay. Disons que s’il y avait 5 \$ — et je choisis des chiffres au hasard car je ne les connais pas par cœur. J’ai eu un traumatisme à la tête et les chiffres ne sont pas mon point fort, alors je vais parler de 5 \$ et de 10 \$ pour simplifier les choses. Disons que si on vous autorisait 5 \$ pour le petit-déjeuner, 10 \$ pour le déjeuner et 20 \$ pour le repas du soir, et que vous ne preniez pas de petit-déjeuner mais déjeuniez à la place pour 15 \$, alors cette dépense ne passerait pas. Même si le montant est le même, il vous faut dépenser les 5 \$ au petit-déjeuner. C’est un véritable cauchemar pour les commis à la tenue des livres, car il leur faut justifier chaque montant et les demandes de remboursement sont sans cesse renvoyées, certaines dépenses y ayant été refusées. C’est très difficile.

À l’Alberta Network, nous avons le bonheur de pouvoir payer par allocation. Lorsque nous payons par allocation, nous disons, « D’accord, un tel va à une réunion pour trois jours. Les repas vont coûter tant. Il y a tant pour le petit-déjeuner, tant pour le déjeuner et tant pour le repas du soir. Le transport coûte tant, il y

expense for incidentals during the time is there.” You are then issued with that amount of money, and if you spend more than that money, the extra that you spend must be accounted for by a receipt. Let us say, for example, I spent \$20 photocopying something. I could receipt that expense. However, I do not have to get a receipt for everything, which is wonderful because I tend, again, with a head injury, to lose them or I forget to ask. In terms of disability accommodation, these are some of the things that make it easier for us.

Also, I think with the stigma and the attitude that we sometimes face with being mentally ill, sometimes it is hard for us to go out there and solicit funds because we are sort of shy and not very assertive about it.

I can come in here and speak to you with no problem, but if I had to do cold calling for fundraising — and at some point, I have to. It is something that absolutely terrifies me. That is part of it as well.

I would say that definitely the core funding is key. No organization wants to provide that core funding. They all want to fund projects. However, without core funding you would have no place from which to run a project.

The other thing with respect to funding, in my opinion, is the ability of the public to see mental health as something worth targeting, because a lot of the charitable giving now is targeted. It is children’s charities, or the blind, or it is cancer. But while a company will take on a charity, they are not all out there embracing mental health. That is one of our problems, too, with our own fundraising. It is not a cause that is attractive, or gets a lot of sympathy.

In some ways, I think, we need special protection in terms of core government funding because that is something that would sustain us until we build more profile, more awareness and more strength. I think we are just being given that funding by virtue of the fact that we are having these inquiries, and legislation has been passed. Hopefully we will finally get to assume our place in the rest of the community and be part of the disability community.

Even then, we do not know just what we are up against when we go to meetings such as the Canadian Council on Citizens with Disabilities. Last year, I was just there as a guest, and they had this PowerPoint presentation on disability. There was not a word in that presentation about mental health. I stuck up my hand and I said, “Excuse me, but do you know that mental health will be the leading cause of disability by 2020?” They told me, “There is an hierarchy in the disability world, Carmela.” The implication

à le per diem et les frais divers pendant le séjour sont de temps ». On vous verse alors ce montant et si vous dépensez plus, alors il vous faut fournir des reçus. Mettons, par exemple, que je dépense 20 \$ pour faire photocopier quelque chose. Il me faudrait fournir un justificatif. Cependant, je n’ai pas à fournir des reçus pour tout, ce qui est formidable car j’ai tendance, à cause une fois encore de mon traumatisme à la tête, à perdre ces bouts de papier ou alors j’oublie de demander un reçu au départ. Sur le plan adaptation à nos difficultés, ce sont là certaines choses qui nous facilitent un peu la vie.

Par ailleurs, je pense qu’étant donné le stigmate et l’attitude que nous rencontrons du fait de souffrir de maladie mentale, il est parfois difficile pour nous de partir à la recherche de fonds car nous avons tendance à être timides et à ne pas nous affirmer.

Je peux venir ici et m’entretenir avec vous sans problème, mais s’il me fallait faire du porte-à-porte au hasard pour recueillir des fonds — et il me le faut par moments. C’est quelque chose qui me terrorise. Cela aussi fait partie du problème.

Je dirais que le financement de base est définitivement la clé. Aucune organisation ne veut fournir ce financement de base. Elles veulent toutes financer des projets. Cependant, sans financement de base, nous n’aurions aucun endroit à partir duquel gérer un projet.

L’autre aspect en matière de financement est à mon sens la capacité du public de considérer la santé mentale comme une cause qu’il vaut la peine de cibler, car beaucoup des dons de charité qui se font à l’heure actuelle sont ciblés. L’on va cibler les enfants, ou les aveugles, ou le cancer. Et bien qu’une société soit peut-être prête à assumer la responsabilité d’une œuvre de bienfaisance, elles ne sont pas nombreuses à vouloir embrasser la cause de la santé mentale. Il s’agit là d’un autre de nos problèmes en ce qui concerne nos propres efforts de levée de fonds. Ce n’est pas une cause qui attire ou qui inspire beaucoup la sympathie des gens.

À certains égards, je pense qu’il nous faut une protection spéciale en matière de financement de base gouvernemental, car c’est là quelque chose qui nous appuierait en attendant que nous établissions pour nous-mêmes un plus grand profil, que nous devenions plus forts et que davantage de travail de sensibilisation ait été fait. Je pense que les fonds que nous venons de recevoir sont simplement dus au fait que ces audiences sont en cours et qu’une loi a été adoptée. J’ose espérer que nous finirons un jour par assumer notre place au sein de la communauté et que nous ferons partie de la communauté des personnes présentant des déficiences.

Et même là, nous ne savons pas vraiment à quoi nous attendre lorsque nous nous rendons à des réunions comme celles du Canadian Council on Citizens with Disabilities. L’an dernier, j’y suis allée en tant qu’invitée et ils avaient une présentation PowerPoint sur les déficiences. Il n’a pas été dit un seul mot dans toute la présentation au sujet de la santé mentale. J’ai levé la main et ai demandé, « Excusez-moi, mais savez-vous que la maladie mentale sera la première cause d’incapacité d’ici l’an 2020? » Et on

was that mental health was not in it. Because I was a guest at that meeting, I could not come across the table, but this year, I am going there as a board member.

Senator Cordy: You will not have to sit silently.

Ms. Hutchison: That is right, I will not have to sit silently this time. That is what we are up against, even within the disability community. We face tremendous issues.

Senator Cordy: When you look at stigma or discrimination, with one in five persons being touched at some point in their lives by a mental illness, and when you look at the domino effect of the number of families that are affected, one would think that attitudes would be changing because of that, but the correlation does not seem to be happening.

Ms. Hutchison: It really does not, and I cannot account for that. I think that there are pockets where it is getting better. People are more apt to talk about it a little more.

My husband, for the first time in his life, told one of his employers that he had attention deficit disorder, because they were asking him why he was taking a pill every day at 5 o'clock. Without that pill, he would not be able to be a short order cook. There are lots of hot and sharp things in a kitchen. When they found out that he was taking medication, then two or three other people at his work site disclosed that they had been treated for depression, or that they have been in hospital, and they talked a little bit about it. Very often, it is that thing of us taking that moment to say "I am a mental health consumer and this is what has happened to me." I have only ever had one or two people go screaming off into the night, and there were those elements. It is a very hard thing for people to admit. There is such a lack of understanding. A lot of times people are told, "If you just get over it. If you just this, if you just that." People are afraid, if they have a professional licence, of having that compromise people. No. There are all of those issues.

We simple must make this a huge issue. When you look at the statistics, we have 32,000 people who are on AISH. I do not know the exact figure on who are receiving Alberta Works, which is more on the welfare side, but let us double it; let us say it is 64,000. In that event, the other 586,000 people are working somewhere, the ones who aren't children. They are all at work, so where are they getting their treatment and how are they living, and are they living in constant fear, and what does that do to them?

Senator Cordy: The other issue I wanted to talk to you about was one of the challenges that you mentioned. You said that if somebody has heart surgery they leave the hospital and they have their little pillow and they have their list of "You must be back to see the doctor in three weeks" or whatever, and the whole schedule is laid out for them. The same thing is true if somebody is diagnosed with cancer, and is going to see the specialist.

m'a répondu, « Il y a dans le monde des déficiences une hiérarchie, Carmela ». Ce que cela sous-entendait c'était que la maladie mentale n'y figure pas. Du fait que j'étais une invitée, je ne pouvais pas intervenir de l'autre côté de la table, mais cette année, j'y vais en tant que membre du conseil.

Le sénateur Cordy : Vous n'aurez pas à rester assise et à garder le silence.

Mme Hutchison : C'est exact, je n'aurai pas à rester assise et à garder le silence cette fois-ci. Voilà à quoi nous sommes confrontés, même au sein de la communauté des personnes ayant une déficience. Les problèmes sont énormes pour nous.

Le sénateur Cordy : Lorsqu'on regarde le stigmate ou la discrimination, une personne sur cinq devant, à un moment de sa vie, être touchée par une maladie mentale, et lorsque vous songez à l'effet domino sur les familles touchées, l'on aurait tendance à penser que les attitudes seraient en train de changer, mais il ne semble pas que cette corrélation soit en train de se faire.

Mme Hutchison : En effet, et je n'arrive pas à m'expliquer cela. Je pense qu'il existe des petits foyers où les choses s'améliorent. Les gens sont un petit peu plus prêts à en parler.

Mon mari, pour la première fois de sa vie, a dit à un de ses employeurs qu'il souffrait d'hyperactivité avec déficit de l'attention, parce qu'on lui demandait pourquoi il prenait une pilule tous les jours à 17 h. S'il ne prenait pas cette pilule, il ne pourrait pas être cuisinier-minute. Il y a beaucoup d'objets chauds et pointus dans une cuisine. Lorsqu'ils ont appris qu'il prenait des médicaments, deux ou trois autres employés ont dit avoir été soignés pour dépression ou hospitalisés, et ils ont parlé un petit peu. Très souvent, c'est un tournant pour nous de dire « Je suis consommateur de services de santé mentale et voici ce qui m'est arrivé ». Cela ne m'est arrivé qu'une ou deux fois que des gens repartent en criant dans la nuit lorsque je leur en ai parlé. C'est très difficile pour les gens d'en parler. Il y a un tel manque de compréhension. Bien des fois, on me dit, « Il suffit que tu t'en remettes. Il suffit que tu fasses ceci ou cela ». Les gens ont peur, s'ils ont un permis professionnel, que cela les mette en difficulté. Non. Mais voilà les genres de choses qui arrivent.

Il nous faut faire de tout cela un dossier énorme. Lorsque vous regardez les statistiques, nous avons 32 000 personnes qui bénéficient de l'AISH. Je ne connais pas le nombre exact de personnes qui bénéficient d'Alberta Works, qui est davantage un programme de bien-être social, mais doublons le nombre que je viens de citer; mettons que le nombre est de 64 000. Dans cette hypothèse, les autres 586 000 personnes travaillent quelque part. Celles qui n'ont pas d'enfant. Elles travaillent toutes, alors où sont-elles soignées et comment vivent-elles, et vivent-elles dans une peur permanente, et quel effet cela a-t-il sur elles?

Le sénateur Cordy : L'autre question dont je voulais parler avec vous concerne un de ces défis que vous avez mentionnés. Vous avez dit que si une personne subit une opération au cœur et quitte l'hôpital on lui remet un petit coussin avec une liste du genre « Vous devez revenir voir le médecin dans trois semaines » ou autre et tout un calendrier. C'est la même chose si vous avez un cancer et vous rendez chez un spécialiste. Mais ce n'est pas ce qui se passe

However, the same thing does not seem to be happening with those who are diagnosed with a mental illness. After that patient leaves the office, he or she is sort of left on their own, is that true?

Ms. Hutchison: That is absolutely true. I have been with people — one woman inflicted third degree burns on her hand, and she was multiple. We had in those days a few multiples in Calgary. We all exchanged recipe cards with our physical descriptions and our licence plate numbers so that if any of us landed in hospital under another name, there was someone to call. This lady had my recipe card in her purse, and she said to me, “I do not know who you are but I have this recipe card in my purse. You must be okay.” In one of her altered states, she had been out and she had had a burning. She inflicted third degree burns on her hand. My husband and I, when he ended his shift, went up to get her and she was already being discharged. I said, “Are you people aware that these burns were self-inflicted?” They said, “Yes. Is that a problem for you?” and I said, “Well, how about a referral?”

This woman also has no access to publicly-funded treatment, and in this province it is legal for any of us — we could all go out tomorrow and become therapists. We could hang out a shingle, charge \$100 an hour, and we could give our advice to anybody who would take it. This woman was seeing an unlicensed therapist, who sat up in my kitchen and said, “You cannot tell this lady that she cannot kill herself or harm herself because then you take away her choices.” That was difficult. I was bitter and twisted that day, let me tell you. I absent myself from my profession because I want to offer people services from a well person, and then I see this in the name of therapy. It is a horrible thing.

This woman had no follow-up appointment, and she had other burnings after that. My husband and I had been talking about our own place getting a little shabby because we are poor. We thought, well, even if we turn the furniture around, we will have some decor. When we went to her home, there were flies in her house in the winter, and I was ankle deep in trash. She had too many pets for her place. It was just awful.

I worked with one of my former bosses for two weeks to try and get her into hospital. I wanted to go and swear out a warrant. I was phoning Family Court to do that. Family Court said, “If she was treated and released from emergency, please do not come here, because they have deemed that she did not need further treatment.” They would not even let me come in to swear out the warrant. At the end of the two weeks — because if we had called in the health department we would have made her homeless. We had to leave her in that situation. It was one of the most heartbreaking things I have ever had to do. My husband and I, at the end of that night, said to each other that we would never, ever, again complain about what we have.

si l'on vous fait un diagnostic de maladie mentale. Lorsqu'un tel patient quitte le bureau, il ou elle est plus mois livré à lui-même, n'est-ce pas?

Mme Hutchison : Tout à fait. J'étais avec des gens — une femme s'était infligée des brûlures au troisième degré à la main, et elle souffrait de trouble de personnalité multiple. Nous en avions plusieurs à l'époque à Calgary. Nous échangeons tous entre nous des fiches de recette avec une description de notre apparence physique et nos plaques d'immatriculation de telle sorte que si l'un quelconque d'entre nous aboutissait dans un hôpital sous un autre nom, il y avait quelqu'un à appeler. Cette femme avait ma fiche de recette dans son sac à main et elle m'a dit, « Je ne sais pas qui vous êtes, mais j'ai cette fiche dans mon sac. Vous devez être quelqu'un de bien ». Pendant une de ses phases de conscience altérée, elle avait voulu se blesser. Elle s'était infligée des brûlures au troisième degré à la main. Moi-même et mon mari, lorsqu'il avait fini son quart de travail, sommes allés la chercher et on l'a libérée déjà. J'ai dit, « Savez-vous qu'elle s'est délibérément infligée ces brûlures? » Et ils ont répondu, « Oui. Est-ce un problème pour vous? » Et j'ai répondu « Eh bien, ne pensez-vous pas que ce serait une bonne idée de la renvoyer chez quelqu'un? »

Cette femme n'a elle non plus pas accès à un traitement financé par les deniers publics, et dans cette province il serait illégal pour l'un quelconque d'entre nous — nous pourrions tous nous lancer demain et devenir thérapeute. Nous pourrions accrocher une enseigne, demander 100 \$ de l'heure et donner des conseils à quiconque serait intéressé. Cette femme consultait un thérapeute non accrédité qui s'assoyait dans ma cuisine et disait, « Vous ne pouvez pas dire à cette femme qu'elle ne peut pas se tuer ni se blesser car vous lui enlevez alors ses choix ». C'était difficile. J'étais amère et malheureuse ce jour-là, je peux vous le dire. Je sors de ma profession parce que je veux que les gens bénéficient des services d'une personne qui est bien, et voilà ce que je vois et que les gens appellent thérapie. C'est épouvantable.

Cette femme n'a eu aucun rendez-vous de suivi et elle s'est rebrûlée plus tard. Mon mari et moi-même disions que notre logement avait l'air un petit peu délabré parce que nous sommes pauvres. Nous nous sommes dit que si nous déplaçons un peu les meubles, cela nous changerait notre décor. Lorsque nous sommes allés chez elle, c'était l'hiver et il y avait des mouches plein la maison, et je marchais dans des déchets jusqu'à la cheville. Elle avait beaucoup trop d'animaux domestiques vu l'espace. C'était atroce.

J'ai travaillé pendant deux semaines avec une de mes anciennes patronnes pour essayer d'obtenir qu'elle soit admise dans un hôpital. J'avais envie d'aller signer un mandat. J'appelais la Cour familiale pour lui demander d'intervenir. Et la Cour m'a dit, « Si elle a été traitée et renvoyée des urgences, s'il vous plaît ne venez pas ici, car ils ont jugé qu'elle n'avait pas besoin d'autres traitements ». Ils ne voulaient même pas me laisser m'y rendre pour demander un mandat. Au bout de deux semaines — car si nous avions exigé l'intervention du ministère de la Santé, elle aurait perdu sa maison. Il nous fallait la laisser dans cette situation. Cela m'avait fendu le cœur et compte parmi les choses les plus difficiles que j'aie jamais eu à faire. À la fin de cette soirée, mon mari et moi-même nous sommes dit que plus jamais nous ne nous plaindrions de ce que nous avons.

This same woman tore her bandages off at night. I sat up with her at night. She had a knife with her. She heard people walking home from the bar at 2 a.m., and they were just walking and talking, talking quietly like we are now. There was no shouting. If I had not been there, she would have gone out to fight with them. She should have been in the hospital, she was so agitated. Instead, we have her in our home, and I am this little stable lady trying to take care of her. That is something that some of us do, too. We take people into our homes who probably should be in hospital. But where are they to go?

Senator Cordy: You are telling us that it is extremely difficult to get somebody into the hospital for care.

Ms. Hutchison: Absolutely. I think I would compare it to what it was like in the early days of AIDS, when you tried to find doctors who would take care of AIDS patients, or you would try to find housing for people with AIDS, or you would try to have them buried. The level of grief, the level of pain, the level of distress to me is the same, and I have seen both in the community. It is no different.

Senator Cordy: How can we change this?

Ms. Hutchison: We have to make some very fast changes. We have to engage our whole citizenry. This has to be an outrage for every single citizen in this country, because until it is just not acceptable for this to happen, it will keep happening.

Every one of us; every person in this room, tell every person that you go out and talk to tonight: It is not acceptable to have 3,800 homeless people living in downtown Calgary in the drop-in centre. That is not acceptable. Senator Kirby, I am so grateful because now I can say it: Bedlam has been downloaded on to the streets.

Senator Cordy: And the prisons.

Ms. Hutchison: And the prisons, and there is no treatment.

Dorothy Joudrie was a lady who shot her husband during a divorce. She had snapped, and was diagnosed with a dissociative disorder, which is not to be confused with what I have, and she had an episode where she just completely blanked out. She shot her husband, and when she was put in Alberta Hospital she basically said that they never talked to her about her offence once, and that she made no secret about the fact that it was her money and her lawyer who got her out of that, and she was worried about all the poor people who did not have access to those resources who were in there at the same time.

What happens when people who have committed an offence want to discuss it? We are not even having a dialogue about that. That is important, you know, and we need to be doing those things.

Again, forensic is a huge issue. When I was working out in the clinics in Hanna, our social worker had picked up a hitchhiker and brought him in. As he was talking to him, the social worker was thinking, "Well, this is a little odd." It turned out that this gentleman had got on a bus after he had escaped from his

Cette femme s'est le soir même arraché ses pansements. J'ai passé la nuit à son chevet. Elle avait un couteau avec elle. Elle a entendu des gens qui rentraient chez eux du bar à 2 h du matin, et ils ne faisaient que marcher et parler, tranquillement, comme nous parlons maintenant. Personne ne criait. Si je n'avais pas été là, elle serait sortie se battre avec eux. Elle était tellement agitée qu'il aurait fallu l'hospitaliser. Au lieu de cela, elle est dans notre maison, et je suis cette petite femme stable qui essaie de m'occuper d'elle. Voilà encore une chose que certains d'entre nous faisons. Nous accueillons des gens chez nous, des gens qui devraient sans doute être hospitalisés. Mais où vont-ils aboutir?

Le sénateur Cordy : Vous êtes en train de nous dire qu'il est extrêmement difficile de faire admettre une personne à l'hôpital pour des soins.

Mme Hutchison : Absolument. Je pense que je comparerais cela à la situation au tout début avec le sida, lorsqu'il était difficile de trouver un médecin qui était prêt à soigner des patients atteints du sida, lorsqu'il était difficile de trouver un logement pour les sidéens ou de les faire enterrer. Le niveau de chagrin, le niveau de douleur, le niveau de détresse sont pour moi les mêmes, et j'ai vu ces deux situations dans la communauté. Ce n'est pas différent.

Le sénateur Cordy : Comment pourrions-nous changer cela?

Mme Hutchison : Il nous faut apporter des changements très rapides. Il nous faut engager tous les citoyens. Tous les citoyens du pays devraient crier au scandale, car ce n'est pas acceptable que cela arrive, et cela va continuer d'arriver.

Chacun d'entre nous, chacun dans cette salle devrait dire ce soir à toutes les personnes que nous verrons : il n'est pas acceptable que 3 800 sans-abri habitent le centre d'hébergement et de dépannage du centre-ville de Calgary. Ce n'est pas acceptable. Je suis si reconnaissante au sénateur Kirby car je peux maintenant dire ceci : La maison de fous est maintenant dans la rue.

Le sénateur Cordy : Et dans les prisons.

Mme Hutchison : Et dans les prisons, et il n'y a pas de traitement.

Dorothy Joudrie est une femme qui a tiré sur son mari pendant leur divorce. Elle avait déraillé et on lui a diagnostiqué un trouble dissociatif, à ne pas confondre avec ce que j'ai, et elle a vécu un épisode où elle a tout simplement disjoncté. Elle a tiré sur son mari et lorsqu'elle a été admise à la Alberta Hospital elle a en gros dit qu'ils ne lui avaient pas une seule fois parlé de son crime, et elle n'a pas cherché à cacher que c'était son argent et son avocat qui l'en avaient sortie, et elle s'inquiétait pour toutes les personnes pauvres qui n'avaient pas accès à ces ressources et qui s'étaient trouvées là en même temps qu'elle.

Que se passe-t-il lorsqu'une personne qui a commis une infraction souhaite en discuter? Nous n'avons même pas de dialogue là-dessus. Cela est important, vous savez, et il nous faut faire ces choses.

Encore une fois, l'aspect judiciaire est important. Lorsque je travaillais dans les cliniques à Hanna, notre travailleur social avait ramassé un homme qui faisait du pouce et nous l'avait amené. Pendant qu'ils discutaient ensemble, le travailleur social se disait que la situation était un petit peu étrange. Il s'est avéré que

hospital, and his hospital was in Saskatoon. However, when we phoned the Calgary General Hospital, his doctor from Saskatoon was at the General because there were not enough psychiatrists to go around. That was ten years ago, before all these increases. I cannot even begin to imagine what it is like now.

Senator Callbeck: You talked about the problems with project funding. The example you gave us was about the meals. Is that provincial or federal or both of them?

Ms. Hutchison: I am sorry, I did not hear you.

Senator Callbeck: You talked about the problems with project funding and how much time it takes to do it, and even after you get the funding, how much time it takes to allocate where you have spent the money. You gave the example about the meals.

Ms. Hutchison: Right.

Senator Callbeck: Is that provincial or federal?

Ms. Hutchison: That is federal.

Senator Callbeck: They are both the same?

Ms. Hutchison: That is federal.

Senator Callbeck: It is?

Ms. Hutchison: Yes. Provincial is not like that.

Senator Callbeck: It is very time-consuming.

Ms. Hutchison: Provincial, I am happy to say, is not like that at all. We still have the ability to fund by purse.

I do not know what sparked that. I do not think it was anything against the organization. It seems to be something that is happening throughout all their funded agencies, whether they are mental health or not, but it is something that creates a huge management problem.

There is one other thing that I would like to recommend in terms of income support. As we go through the income support processes, it would be helpful if there was any way that we could prevent the federal level of income from being clawed back by other levels. When we have people on AISH here in Alberta, which is Assured Income for the Severely Handicapped, if they are also getting CPP disability, is there a way to work it so that the two augment each other rather than being deducted?

In my own case, I have long-term disability through my employer, and I also have CPP disability, but they claw it back. That, alone, would make the difference between me being able to afford therapy and not.

l'homme avait pris un autobus après s'être échappé de son hôpital, et son hôpital était à Saskatoon. Cependant, lorsque nous avons appelé le Calgary General Hospital, son médecin de Saskatoon était au Général parce qu'il n'y avait pas suffisamment de psychiatres pour tout couvrir. C'était il y a dix ans, avant toutes ces augmentations. Je n'ose même pas m'imaginer comment sont les choses maintenant.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé des problèmes du financement de projet. L'exemple que vous nous avez donné concernait les repas. Est-ce provincial ou fédéral ou les deux?

Mme Hutchison : Excusez-moi, mais je ne vous ai pas entendu.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé des problèmes du financement de projets et du temps qu'il faut pour cela, et vous avez expliqué que même une fois que vous avez obtenu le financement, cela vous demande beaucoup de temps de faire toutes les vérifications quant à la façon dont l'argent a été dépensé. Vous avez donné l'exemple des repas.

Mme Hutchison : Oui.

Le sénateur Callbeck : Est-ce provincial ou fédéral?

Mme Hutchison : C'est fédéral.

Le sénateur Callbeck : C'est la même chose dans les deux cas?

Mme Hutchison : C'est fédéral.

Le sénateur Callbeck : Vraiment?

Mme Hutchison : Oui. Ce n'est pas la même chose au provincial.

Le sénateur Callbeck : Cela demande beaucoup de temps.

Mme Hutchison : Je suis heureuse de dire que du côté provincial, ce n'est pas du tout comme cela. Nous avons toujours la capacité de financer par allocation.

J'ignore ce qui a amené cela. Je ne pense pas que c'était le fait de quoi que ce soit contre l'organisation. Il semble que quelque chose soit en train de se passer dans toutes les agences subventionnées, que ce soit dans le domaine de la santé mentale ou autre, mais c'est quelque chose qui crée un énorme problème de gestion.

Il y a encore une autre chose que j'aimerais recommander en matière de soutien du revenu. Dans tout le processus du soutien du revenu, il serait utile qu'il y ait moyen d'empêcher que le revenu d'origine fédérale ne soit repris par les autres paliers. Lorsque nous avons des personnes qui bénéficient de l'AISH ici en Alberta, c'est-à-dire de l'Assured Income for the Severely Handicapped, s'ils touchent également une pension d'invalidité au titre du RPC, y aurait-il moyen de faire en sorte que les deux se complètent au lieu qu'on déduise un versement de l'autre?

Dans mon cas, je touche une prestation d'invalidité à long terme de mon employeur et j'ai également l'assurance-invalidité du RPC, mais une partie de cet argent est reprise. Si cette chose était changée, cela ferait toute la différence pour moi entre avoir les moyens de payer ma thérapie et ne pas en avoir les moyens.

The Acting Chairman: Thank you, Ms. Hutchison, for a very concise and compelling presentation. The document that you referred to when you were speaking to Senator Callbeck, if you would leave it with Louise at the back, we will take it home and read yet another piece of paper.

Senators, our next panel of witnesses represent the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission and the Alberta Mental Health Board.

Mr. Rodney, please proceed.

Mr. Dave Rodney, Chair, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission: Welcome, honourable senators, to sunny Alberta. I am a member of the Legislative Assembly of Alberta for Calgary-Lougheed, and Chairman of the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, or AADAC. I will give my presentation and then Ms. Sharon Steinhauer will present on behalf of the Alberta Mental Health Board.

Thank you for the opportunity to be here today. I will share some information on AADAC and the important work that is already underway here in this province to address addiction and mental health concerns.

I believe that what is being done to improve the system of addiction and mental health services in Alberta can inform the work of the committee and make a difference in the lives of those people who are grappling with the challenges of substance abuse, gambling problems, and/or mental health disorders.

AADAC has been in existence for more than 50 years, during which time they have been providing Albertans with credible and accurate information on addictions as they work to prevent alcohol, other drug and gambling problems, and also as they assist those who are experiencing a problem in their recovery.

AADAC programs and services are already located in 48 Alberta communities and the commission's focus is provincial, with programs that are delivered locally. Of course, not all individuals with addictions have mental health issues and not all clients accessing AADAC services have mental health concerns. But when addiction and mental health problems co-exist, both should be viewed as primary conditions and treated accordingly.

I think it is important to note that in June 2004, AADAC was identified in the mental health plan for Alberta as taking the lead role in working with regional health authorities to develop a provincial strategy to improve service delivery to clients with concurrent disorders, and to date, AADAC has consulted with RHAs, the Mental Health Board, Alberta physicians, and other community stakeholders to identify options for a coordinated collaborative approach.

Le président suppléant : Merci, madame Hutchison, pour votre présentation très concise et convaincante. Vous avez fait état d'un document lorsque vous répondiez aux questions du sénateur Callbeck, et si vous pouviez remettre cela à Louise au fond de la salle, nous rapporterons cela avec nous et aurons encore un autre document à lire.

Sénateurs, notre groupe de témoins suivant représente l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission et l'Alberta Mental Health Board.

Monsieur Rodney, allez-y, je vous prie.

M. Dave Rodney, président, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : Bienvenue, honorables sénateurs, dans notre province de l'Alberta ensoleillée. Je suis député de Calgary-Lougheed à l'Assemblée législative de l'Alberta et président de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, ou AADAC. Je vais faire mon exposé, après quoi Mme Sharon Steinhauer vous fera une déclaration au nom de l'Alberta Mental Health Board.

Merci de cette occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Je vais vous fournir quelques renseignements au sujet de l'AADAC et de l'important travail qui est déjà en cours ici dans cette province face aux problèmes d'accoutumance et de santé mentale.

Je pense que ce qui est en train d'être fait pour améliorer le système de services de toxicomanie et de santé mentale en Alberta pourrait informer le travail du comité et faire une différence dans la vie des personnes qui sont aux prises avec des problèmes d'abus de substances, de jeu compulsif et(ou) de santé mentale.

L'AADAC existe depuis plus de 50 ans, et pendant ce temps elle a fourni aux Albertains des renseignements crédibles et à jour sur l'accoutumance, dans le cadre de son travail pour prévenir les problèmes d'abus d'alcool et de drogues et de jeu compulsif, et elle a également aidé ceux qui vivent des problèmes dans leur rétablissement.

Les programmes et services de l'AADAC sont déjà implantés dans 48 communautés albertaines et le fil conducteur de la commission est provincial, avec des programmes livrés localement. Bien sûr, ce ne sont pas toutes les personnes ayant des problèmes d'accoutumance qui ont des problèmes de santé mentale et ce ne sont pas non plus tous les clients qui font appel aux services de l'AADAC qui ont des problèmes d'ordre mental. Mais lorsque coexistent problèmes d'accoutumance et problèmes de santé mentale, les deux doivent être considérés comme des états pathologiques primaires et être traités en conséquence.

Je pense qu'il est important de souligner qu'en juin 2004, l'AADAC a été identifiée dans le cadre du plan de santé mentale pour l'Alberta comme ayant un rôle de leader à jouer en œuvrant aux côtés des régies régionales de santé à l'élaboration d'une stratégie provinciale visant à améliorer la prestation de services aux clients présentant des troubles concomitants et, à ce jour, l'AADAC a consulté les régies de santé, le Mental Health Board, les médecins de l'Alberta et d'autres parties prenantes de la communauté pour identifier les options en vue d'une approche de collaboration coordonnée.

AADAC's also completed interviews with clients to gather information about their experience and perspectives, and consulted with national and international experts to inform the service delivery framework for Alberta.

I will refer to a paper entitled: *Building Capacity — A Framework for Serving Albertans Affected by Addiction and Mental Health Issues*. Please note that a copy of this paper will be provided to you at a later date. I want to stress the following points:

Number 1. Information, prevention and early intervention are key for individuals who have conditions that are not severe enough to bring them to the attention of either the addiction or mental health treatment systems. This group is of particular concern because it is here where service providers may have the greatest impact on reducing harm and improving overall quality of life.

Number 2. Wrap-around services for those individuals whose needs are more pronounced. Community services should come together in a way that complements the strengths of the individual and his or her informal support system rather than intervening in an intrusive way and potentially weakening the client's existing support system. A primary case manager or single point of contact is an essential element for some clients.

Number 3. Ease of access and reduction in barriers to treatment and support. People with concurrent disorders should be able to enter either an addiction service or a mental health service and be provided with, or connected to, the unique combination of services that they require. Treatment and support for people with concurrent disorders requires a focus on the individual.

Number 4. The important contribution of formal service providers such as primary health care, children and family services, justice and education is recognized, as well as the equally important contribution of informal supports provided by the likes of family, clergy, self-help groups and others.

Number 5. Roles and perspectives within the mental health system and within the addiction treatment system that are evolving. For example, mental health services have traditionally been diagnosis-oriented, whereas addiction services have been behaviour-oriented. At times, agencies will need to function outside their traditional mandates to respond to the presenting needs of the individual.

Number 6. Increased awareness and opportunities for training and professional development to support a collaborative team approach to concurrent disorders. Professionals and non-professionals who have sufficient knowledge and skills will be more comfortable in seeking consultation and in making appropriate client referrals.

L'AADAC a également interviewé des clients en vue de recueillir des renseignements au sujet de leurs expérience et perspectives et consulter des experts nationaux et internationaux pour informer le cadre de prestation de services pour l'Alberta.

Je vais me reporter à un document intitulé : *Building Capacity — A Framework for Serving Albertans Affected by Addiction and Mental Health Issues*. Veuillez noter qu'une copie de ce document vous sera fournie ultérieurement. Je tiens à souligner les points que voici.

Numéro 1. Information, prévention et intervention précoce sont essentielles pour les personnes présentant des états qui ne sont pas suffisamment graves pour qu'ils soient portés à l'attention des systèmes de traitement des problèmes d'accoutumance ou de santé mentale. Ce groupe est particulièrement préoccupant car c'est auprès de ces personnes que les prestataires de services pourraient peut-être avoir la plus forte incidence sur les plans réduction des préjudices et amélioration de la qualité de vie d'ensemble.

Numéro 2. Il faudrait prévoir des services enveloppants pour les personnes dont les besoins sont plus prononcés. Les services communautaires devraient s'intégrer d'une façon qui vienne compléter les forces de l'individu ou de son système de soutien informel au lieu d'intervenir d'une façon intrusive susceptible d'affaiblir le système de soutien existant du client. Un gestionnaire de cas primaire ou point de contact unique est un élément essentiel pour certains clients.

Numéro 3. La facilité d'accès et la réduction des barrières au traitement et au soutien sont essentielles. Les personnes présentant des troubles concomitants devraient pouvoir être admises ou dans un service de traitement de toxicomanie ou dans un service de soins de santé mentale et s'y voir offrir directement, ou par le biais d'un réseau, la combinaison particulière de services dont elles ont besoin. Le traitement et le soutien que requièrent les personnes présentant des troubles concomitants exigent le sur mesure.

Numéro 4. La contribution importante des fournisseurs de services formels tels soins de santé primaires, services à l'enfance et familiaux, services juridiques et éducation, est reconnue, tout comme l'est la contribution tout aussi importante du réseau de soutien informel assuré par la famille, des membres du clergé, des groupes d'auto-assistance et d'autres.

Numéro 5. Les rôles et les perspectives à l'intérieur du système de santé mentale et à l'intérieur du système de traitement de toxicomanie sont en train d'évoluer. Par exemple, les services de santé mentale ont traditionnellement été axés sur le diagnostic tandis que les services de traitement de toxicomanie se sont concentrés sur le comportement. Il faudra parfois que les agences fonctionnent à l'extérieur de leur mandat traditionnel en réaction aux besoins du client.

Numéro 6. Il importe d'améliorer la sensibilisation et de multiplier les possibilités de formation et de perfectionnement professionnel pour appuyer une approche d'équipe lorsque se présentent des troubles concomitants. Des professionnels et des non-professionnels disposant des connaissances et des compétences requises seront plus à l'aise pour demander à consulter et faire les renvois appropriés.

Finally, Number 7. Sharing of relevant clinical information across systems, which is a cornerstone in delivering seamless service for this population. Alberta is finalizing a protocol for ensuring client confidentiality and securing informed client consent. The protocol will protect the client's right to privacy while supporting the needs of service providers to share information required for informed clinical decision-making. This initiative has the potential to eliminate multiple-intake procedures, which is frustrating for clients and, I think, inefficient and frustrating for staff.

Practical application of the framework involves a determination of the domain in which an individual's needs are best met. At times, one agency will take the lead with support from another service, and sometimes the primary role will be reversed or shared. Always, however, there will be joint responsibility for assisting the client to achieve his or her goals.

Alberta's framework follows the domains of care outlined in the New York model, as well as the joint/collaborative model proposed by the British National Health Service. To fully implement the Alberta framework, some existing programs will be enhanced to better meet the needs of clients with concurrent disorders. Others will remain in addiction programs with mental health capacity or mental health programs with addictions capability.

In short, Alberta will be taking a systemic approach in which the individual needs are addressed in a collaborative, coordinated manner. It has become increasingly clear that no single system of care is sufficiently equipped in terms of resources, training and service capacity to provide the full spectrum of services required by individuals with concurrent addiction and mental health problems. Well-organized and linked systems of care expand the power of existing treatment and support service options.

To conclude, in the near future Albertans will have access to an improved system of care that builds upon the strength of the current system but is more client-centred and comprehensive in its scope of addiction and mental health services, from health promotion, prevention and early identification, to harm reduction and treatment, through to long-term rehabilitation, relapse prevention, aftercare and community reintegration. It is a huge realm.

AADAC would like to acknowledge the work of the Standing Senate Committee in addressing this very important issue. Through your efforts, the needs and concerns of people with addictions and mental health problems have received renewed national attention, and that is fabulous.

Enfin, voyons le numéro 7. Il importe qu'il y ait entre les différents systèmes échange d'informations cliniques pertinentes, car c'est là la pierre angulaire de l'offre d'un service sans couture à cette population. L'Alberta est en train de finaliser un protocole pour assurer le respect du caractère confidentiel des renseignements personnels et veiller à l'obtention du consentement éclairé des clients. Ce protocole protégera le droit de respect de la vie privée du client tout en appuyant les besoins des fournisseurs de services quant au partage d'informations requises aux fins de prise de décisions cliniques éclairées. Cette initiative a le potentiel d'éliminer les procédures de cueillette d'information multiples, ce qui est frustrant pour les clients et, je pense, frustrant et inefficace pour le personnel.

L'application pratique du cadre suppose la détermination du domaine dans lequel les besoins de l'individu seront le mieux satisfaits. Selon la situation, une agence prendra le dossier en mains avec l'appui d'un autre service, et parfois le rôle primaire sera transféré ou partagé. Il y aura cependant toujours responsabilité conjointe en vue d'aider le client à réaliser ses objectifs.

Le cadre de l'Alberta suit les domaines de soins esquissés dans le modèle de New York, ainsi que le modèle mixte/de collaboration proposé par le British National Health Service. En vue de la mise en œuvre complète du cadre de l'Alberta, certains programmes devront être améliorés pour mieux servir les besoins des clients souffrant de troubles concomitants. D'autres demeureront dans des programmes de toxicomanie dotés d'une capacité en santé mentale ou dans des programmes de santé mentale assortis d'une capacité de traitement de toxicomanie.

En bref, l'Alberta va adopter une approche systémique grâce à laquelle les besoins individuels des clients seront abordés de manière coordonnée dans le cadre d'une approche de collaboration. Il devient de plus en plus évident qu'aucun système de soins unique ne sera doté de suffisamment de ressources et de capacité de formation et de services pour pouvoir assurer tout l'éventail de services requis par les personnes présentant à la fois des problèmes de toxicomanie et des problèmes de santé mentale. Des régimes de soins bien organisés et interreliés élargiront le rayonnement des options existantes de traitement et de services de soutien.

En conclusion, les Albertains auront dans un proche avenir accès à un système amélioré de soins bâti sur la force de l'actuel système mais davantage centré sur le client et plus exhaustif quant à son éventail de services de traitement de problèmes d'accoutumance et de santé mentale, allant de la promotion de la santé à la prévention et à l'identification précoce, en passant par la réduction des préjudices et le traitement, la réadaptation à long terme, la prévention des rechutes, les soins de suivi et la réintégration communautaire. L'éventail est énorme.

L'AADAC tient à souligner le travail du Comité sénatorial permanent ici présent dans ce très important dossier. Grâce à vos efforts, les besoins et les préoccupations des personnes ayant des problèmes d'accoutumance et de santé mentale bénéficient d'une attention nationale renouvelée, ce qui est fabuleux.

Seeking input from a diverse range of stakeholders will allow a breadth of views to be incorporated into actions taken and to improve programs and services with Canadians with concurrent disorders. For this, we thank you.

At this point, we would be happy to entertain questions and comments. When I say "we," I do, of course, mean Bill Bell, Director of Residential Services and the lead on the concurrent disorder strategy, and Murray Finnerty, our CEO.

The Acting Chairman: Thank you.

We will now hear from Sharon Steinhauer.

Ms. Sharon Steinhauer, Board Member, Alberta Mental Health Board: Thank you for the opportunity to be here this morning. I represent the Alberta Mental Health Board here today, speaking to addictions and in some cases speaking to and reinforcing many of the points that Mr. Rodney has just talked about.

I will give you some information on the Mental Health Board, first of all. Over the last couple of years we have been extensively involved in the transfer of services, direct services out to the health regions and the development of an integrated mental health plan that has been a collaborative effort by all stakeholders and now guides the work on which we have to move forward.

Many things are going on in the leadership field in this province that I think are interesting to look at, because we ourselves have learned a lot about the issues by coming to the table to share the information that is so essential to good service delivery. One of the issues in the sharing of information, as Mr. Rodney pointed out, is that we do not have enough cross-discipline kinds of pieces going on so that, even at the front end of service delivery, addicted people are getting good mental health support or mental health individuals are getting good addiction support. At the research end, we do not have enough going on to understand the scope of the dual disorders, or even the prevalence. We have some emerging evidence about the rate of prevalence of dual disorders, namely mental health and addictions, but we do not have really good, solid research evidence, and we need to continue working in that field.

I have provided a written paper for you, but I want to speak to a couple of pieces that really stand out for us: that whole area of prevention and promotion and the goal of building positive mental health rather than simply the prevention of mental illness; that there is a continuum of care and a continuum of support that we need to provide, and often we focus at the extreme end of the treatment response and forget that we also need to put energy and resources into the goal of building positive mental health and the

Le fait de rechercher la participation d'une vaste gamme de parties prenantes permettra d'intégrer aux mesures prises toute une diversité de vues et d'améliorer ainsi les programmes et services offerts aux Canadiens atteints de troubles multiples. Pour cela, nous vous remercions.

Nous nous ferons maintenant un plaisir d'accueillir vos questions et commentaires. Lorsque je dis « nous », j'entends bien sûr par là Bill Bell, directeur des services résidentiels et responsable de la stratégie visant les troubles concomitants, et Murray Finnerty, notre PDG.

Le président suppléant : Merci.

Nous allons maintenant entendre Sharon Steinhauer.

Mme Sharon Steinhauer, membre du conseil d'administration, Alberta Mental Health Board : Merci de l'occasion qui m'est ici donnée de comparaître devant vous ce matin. Je représente ici aujourd'hui l'Alberta Mental Health Board et je vais vous entretenir des problèmes d'accoutumance et je vais à l'occasion reprendre ou renforcer certains aspects dont M. Rodney vient de traiter.

Je vais commencer par vous donner des renseignements au sujet du Mental Health Board. Cela fait quelques années que nous nous occupons intensivement du transfert de services, de services directs aux régions de santé et à l'élaboration d'un plan de santé mentale intégré qui a été un effort de collaboration de la part de toutes les parties prenantes et qui guide maintenant notre travail pour l'avenir.

Il se passe dans cette province de nombreuses choses dans le domaine du leadership et qu'il vaudrait la peine de parcourir, car nous avons nous-mêmes appris beaucoup de choses en venant à la table échanger des informations qui sont si essentielles en vue de la prestation de bons services. L'un des aspects de l'échange d'informations, comme l'a souligné M. Rodney, est que nous n'avons en la matière pas suffisamment d'éléments interdisciplinaires de telle sorte que même au début de la chaîne de prestation de services, les toxicomanes obtiennent un bon soutien sur le plan santé mentale et les personnes présentant des troubles mentaux obtiennent un bon soutien sur le plan toxicomanie. Côté recherche, il ne se fait pas suffisamment de travail pour que nous puissions comprendre l'envergure, voire même la prévalence, des doubles troubles. Il commence à ressortir certains éléments d'information au sujet du taux de prévalence des troubles doubles, notamment problèmes de santé mentale et problèmes d'accoutumance, mais nous ne disposons pas vraiment de bonnes preuves scientifiques solides et il nous faut donc continuer d'œuvrer dans ce domaine.

Je vous ai fourni un rapport écrit, mais j'aimerais vous entretenir de certains éléments qui se détachent vraiment du reste pour nous : toute la question de la prévention et de la promotion et l'idée de bâtir une santé mentale positive au lieu de simplement se concentrer sur la prévention de la maladie mentale; le continuum de soins et le continuum de soutien qu'il nous faut assurer, car nous mettons souvent l'accent sur les réactions extrêmes au traitement et oublions qu'il nous faut investir de l'énergie et des ressources en vue de

prevention of mental illness such as depression and suicide. Actually, in Alberta right now we are doing a provincial consultation on suicide prevention across the province.

One of the things that continues to stand out for us is that we have lots to learn about what constitutes good mental health and how to put that information into the hands of the various stakeholders.

In trying to respond to the issues in the document which is the written piece that you have before you, with some of the issues and options put forward, we really do want you to pay attention to the importance of having a national strategy that addresses stigma, and a national strategy that helps stakeholders, all stakeholders understand in very practical terms how to optimize mental health for children so that we are carrying health across the life span. Some of the disturbing research that is coming forward points to the destructive influence of violence and addictive environments on the developing child and on brain development and personality development. Dr. Bruce Perry is well known for the research that he brings forward that talks about these predisposing situations that lead to vulnerabilities around addiction or vulnerabilities around mental health disorders into adulthood. In fact, he says that the more prolonged and continuous the exposure, the more severe and irreversible the damage.

Dr. Fraser Mustard is another well-known person in Canada who speaks to the impact of multiple adverse events in childhood being carried across the life span; that we haven't addressed trauma well in children. The evidence has really only recently become clear that if we do not attend well to what is happening with children, they get to pay the consequence and we get to attend to them when the issues become more chronic and set in a lifestyle.

Another piece that is not well brought forward is the whole issue of trauma; the impact of trauma and post-traumatic stress disorder, resulting in alterations that affect regulation: persistent depression, chronic anger and rage, alterations in consciousness, such as amnesia or dissociated episodes, and alterations in relationships with others, such as isolation, withdrawal, and persistent distress. The implications of these kinds of things strains our research, which really is at such an early stage, and we need to do so much more. The implications are huge for marginalized populations and disenfranchised populations, and they are particularly troublesome or have huge implications for the Aboriginal population.

I live in a First Nations community. It is the place where I try to attend to the well-being of the children and the families with whom I work. We understand that the issues of unresolved and intergenerational trauma are presenting themselves in the communities as huge addiction issues, huge mental health issues, family violence, and increased social problems. Addressing the symptoms of some of this legacy will not resolve

l'objectif de l'établissement de santé mentale positive et de prévention des maladies mentales telles la dépression et le suicide. En ce moment même nous menons ici en Alberta une consultation provinciale sur la prévention du suicide.

Une chose à laquelle nous sommes sans cesse confrontés est que nous avons encore beaucoup à apprendre au sujet de ce qui constitue une bonne santé mentale et de la façon de mettre ces renseignements aux mains des différentes parties prenantes.

En tentant de répondre aux différentes questions énoncées dans le document écrit que vous avez devant vous, et qui renferme certaines des questions et des options proposées, nous aimerions porter tout particulièrement à votre attention l'importance de l'établissement d'une stratégie nationale qui s'attaque au stigmatisation et d'une stratégie nationale qui aide les parties prenantes, qui aide toutes les parties prenantes à comprendre de façon très pratique comment optimiser la santé mentale pour les enfants, de telle sorte que nous puissions assurer une bonne santé mentale tout au long de la vie des gens. Certains travaux de recherche troublants font ressortir l'influence destructrice de la violence et des problèmes d'accoutumance sur le développement des enfants, le développement du cerveau et le développement de la personnalité. Le Dr Bruce Perry est bien connu pour ses travaux de recherche sur ces situations prédisposantes qui mènent à des vulnérabilités sur les plans d'accoutumance et troubles mentaux à l'âge adulte. Il dit en fait que plus l'exposition est prolongée et continue, plus les dommages infligés seront graves et irréversibles.

Le Dr Fraser Mustard est un autre Canadien bien connu qui parle de l'influence tout au long de la vie d'événements néfastes multiples vécus dans l'enfance. Selon lui, nous ne comprenons pas encore très bien les traumatismes vécus par les enfants. Ce n'est que tout récemment qu'il est ressorti des preuves claires que si l'on ne s'occupe pas comme il se doit de ce qui se passe chez les enfants, alors ils en paieront les conséquences et il nous faudra alors nous occuper d'eux lorsque leurs problèmes seront devenus plus chroniques et enracinés dans leur mode de vie.

Un autre élément qui est méconnu est toute la question du trauma; l'incidence du trauma et du syndrome de stress post-traumatique, résultant en des altérations qui ont une incidence sur la régulation: dépression durable, colère et rage chroniques, altération des états de conscience, par exemple amnésie ou épisodes de dissociation et altération dans les relations avec autrui, par exemple isolement, repli sur soi-même et angoisse persistante. Les retombées de ces problèmes grèvent nos efforts de recherche, qui n'en sont qu'à leurs débuts, et il nous faut faire beaucoup plus. Les conséquences sont énormes pour les groupes marginalisés et désenchantés, et posent des problèmes tout particuliers et ont une grave incidence sur les peuples autochtones.

J'habite une communauté des Premières nations. C'est là que je m'efforce de m'occuper du bien-être des enfants et des familles avec lesquels je travaille. Nous savons que les questions de trauma non résolues et intergénérationnelles se présentent dans les communautés sous forme de graves problèmes de toxicomanie, de graves problèmes de santé mentale, de violence familiale et de problèmes sociaux croissants. Ce n'est pas en nous occupant des

the root causes, which are the trauma and the unresolved issues that continue to contribute to increasing numbers of children and adults who move into addictive lifestyles or into adulthood with mental health issues. That is a huge piece for us.

I think one of the other pieces I also want to talk to is the whole issue of research and training. In Alberta, we are currently in the process of implementing a plan for a mental health research agenda. The key components of the program include enhancing capacity in both service settings and in the academic sector. Additionally, the establishment of a virtual research centre, the Alberta Research Centre for the Advancement of Mental Health, will serve the express purpose of strengthening linkages and providing resources to both groups as well as to consumers, community agencies and decision-makers.

The key functions of this program would really facilitate the knowledge transfer. We do not have a great deal of expertise in getting research from the researchers back into the hands of the service providers. What does this mean for the way that we do business? What does this mean for the way in which we shape our services? Knowledge transfer plays a large role in that.

Providing expert consultation services on mental health; sponsoring and initiating applied research; management of research funding initiatives; operation and financial management and accountability; information technology support, and so on. We think, once established, that this program may represent a model for other jurisdictions in advancing mental health and addictions research.

A further issue is the distribution of human resources. Objective data would give us the information we need to know who is needed for what purpose, and where. Plans must address different treatment philosophies of addictions versus mental health. As Mr. Rodney has pointed out, we sometimes have gone down divergent paths, and really we must work at building capacity for addictions people to respond to mental health issues, or mental health people to respond to addictions issues, since much of the research now says that behavioural disorders may be rooted in the same or overlapping brain functions.

Again, vulnerability to all addictions, whether substance or behavioural, can be classified in many ways. What is important is what does the client understand in what is going on in their lives and what kind of responses and treatment supports do they feel will provide the best response for them? Different understandings and philosophies should not hinder the patient from obtaining the best care.

symptômes de cet héritage que nous réglerons les causes profondes, soit les traumatismes et les problèmes non réglés qui continueront de contribuer à une augmentation des nombres d'enfants et d'adultes qui glisseront dans des accoutumances ou qui connaîtront des problèmes de santé mentale. Ceci est pour nous un gros morceau du problème.

Je pense qu'un autre des morceaux dont j'aimerais vous parler est toute la question de la recherche et de la formation. En Alberta, nous sommes en train d'élaborer un plan en vue d'un programme de recherche en santé mentale. Compte parmi les éléments clés du programme l'amélioration de la capacité et en milieu de soins et du côté universitaire. D'autre part, la création d'un centre de recherche virtuel, l'Alberta Research Centre for the Advancement of Mental Health, servira la fin expresse de renforcer les liens et d'assurer des ressources aux deux groupes ainsi qu'aux consommateurs, aux agences communautaires et aux décideurs.

Les fonctions clés du programme faciliteront le transfert de connaissances. Nous n'avons pas beaucoup d'expérience s'agissant de transférer les fruits de la recherche faite par les chercheurs aux mains des fournisseurs de services. Quelle incidence cela a-t-il sur la façon dont nous travaillons? Quelle incidence cela a-t-il sur la façon dont nous organisons nos services? Le transfert des connaissances joue en la matière un rôle très important.

Fourniture de services de consultation d'experts en santé mentale; parrainage et lancement de recherche appliquée; gestion d'initiatives de financement de recherche; exploitation, gestion financière et reddition de comptes; soutien en technologie de l'information, et ainsi de suite. Nous pensons qu'une fois établi, ce programme pourrait servir de modèle pour d'autres organismes en vue de l'avancement de la recherche en santé mentale et en toxicomanie.

Une autre question est celle de la distribution des ressources humaines. Des données objectives nous permettraient de déterminer qui est requis à quelle fin et où. Les plans élaborés doivent intégrer les différentes philosophies de traitement de la toxicomanie versus la santé mentale. Comme l'a souligné M. Rodney, nous avons parfois emprunté des chemins divergents et il nous faut vraiment travailler en vue de bâtir la capacité requise pour que les spécialistes des problèmes d'accoutumance puissent réagir aux problèmes de santé mentale ou inversement, étant donné que le gros de la recherche indique aujourd'hui que les troubles de comportement ont peut-être leur source dans les mêmes fonctions cérébrales ou dans des fonctions cérébrales chevauchantes.

Encore une fois, la vulnérabilité à toutes les accoutumances et à tous les attachements, qu'il s'agisse de substances ou de comportement, peut être classée de différentes façons. L'important est que le client comprenne ce qui se passe dans sa vie et de déterminer quels genres de réaction, de soutien et de traitement le serviront le mieux. Des interprétations ou des philosophies différentes ne devraient pas empêcher le patient d'obtenir les meilleurs soins possibles.

As Mr. Rodney has said, and again I would like to reinforce, no one service, no one organization can provide the whole scope of support that needs to be in place for individuals. We need to draw on the best of what each of us offers and build the capacity to be comprehensive in the way in which we respond to the issues.

Having worked in addictions for 17 years and in a variety of settings, I must tell you that clients come in through a variety of doors. Their issues may be addiction, or mental health, or other kinds of things, but they are comfortable coming in through the door that they choose, and that does not mean that we should be narrow in our thinking about the way in which we respond to them. We should allow them good access through a variety of doors, but to a comprehensive range of supports and services that will get them the best and earliest care that they need. The earlier the recognition, the better.

We need to work at cross-disciplines and put screening instruments in place that will help people understand what they are addressing when they are working with an individual. Examples of that have occurred in the Aspen region. For instance, the Mental Health Board has just recently trained all service providers, whether at a crisis centre or in a school setting, around a mental health triage screening instrument that has really helped people understand and know what constitutes an appropriate referral. The Mental Health Board is now getting more appropriate referrals. People on the front lines are feeling more able to manage some of the behaviours to which they are responding, whatever the doorway through which the person has walked.

Many opportunities abound for shared thinking, shared learning, shared research, supporting each other and doing the best we can, building the best system that we can for mental health, for addictions, and particularly for the dual-disordered client whose needs are very complex, and who needs to be supported as best we can in all the venues available to us.

Senator Tardif: I am well aware of the very good work that is being done both by AADAC and the Mental Health Board here in Alberta. Thank you for being here today, and for your excellent presentations.

I could not agree with you more when you say that the goal of having a collaborative and coordinated approach is absolutely essential. You mentioned as well the single point of contact, the primary case manager, as being perhaps a way, a conduit, of meeting some of those challenges.

However, as with all goals, it is the implementation of those goals that is often difficult, and though the goals are very worthy, I am wondering, what are the particular challenges that you see in

Comme l'a dit M. Rodney, et je tiens à insister là-dessus, aucun service, aucun organisme ne saurait seul assurer tout l'éventail de soutien qui doit être en place pour ces personnes. Il nous faut tirer le meilleur de ce que chacun d'entre nous peut offrir et bâtir la capacité requise pour offrir une solution exhaustive aux problèmes.

Cela fait 17 ans que je travaille dans le domaine des problèmes d'accoutumance, et ce dans toute une variété de contextes, et il me faut vous dire que les clients entrent dans le système par quantité de portes différentes. Ils peuvent avoir des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou autres, mais ils se sentent à l'aise lorsqu'ils nous viennent par la porte de leur choix, mais cela ne veut pas dire qu'il nous faut avoir une pensée étroite quant à la façon dont nous réagissons à eux. Nous devrions leur offrir un bon accès par toute une variété de portes différentes, l'important étant de leur assurer une gamme exhaustive de services et de soutien afin de leur livrer le plus tôt possible les meilleurs soins possibles. Plus le dépistage est précoce, meilleurs sont les résultats.

Il nous faut travailler de façon multidisciplinaire et mettre en place des instruments de dépistage qui aideront les gens à comprendre ce à quoi ils sont confrontés lorsqu'ils travaillent avec un client. Il y a eu des exemples de cela dans la région d'Aspen. Par exemple, le Mental Health Board vient tout récemment de former tous les prestataires de services, qu'ils travaillent en centre de crise ou en milieu scolaire, dans l'utilisation d'un instrument de triage et de dépistage en santé mentale qui a vraiment aidé les gens à comprendre et à savoir ce qu'est un renvoi approprié. C'est ainsi que le Mental Health Board assure aujourd'hui des renvois plus appropriés. Le personnel sur les premières lignes se sent mieux en mesure de gérer certains des comportements auxquels il est appelé à réagir, quelle que soit la porte d'entrée dans le système empruntée par le client.

Il existe quantité de possibilités de partage d'idées, de leçons, de recherche, les différents services s'appuyant les uns les autres afin de faire de leur mieux, de bâtir le meilleur système possible pour la santé mentale, les problèmes d'accoutumance et tout particulièrement les patients à troubles doubles dont les besoins sont très complexes et qui ont besoin d'être appuyés du mieux possible en utilisant toutes les voies à notre disposition.

Le sénateur Tardif : Je suis très au courant du bon travail accompli et par l'AADAC et par le Mental Health Board ici en Alberta. Merci d'être des nôtres ici aujourd'hui et merci de vos excellentes présentations.

Je ne saurais être davantage d'accord avec vous lorsque vous dites que l'objectif d'une approche coordonnée et de collaboration est absolument essentiel. Vous avez également mentionné que l'établissement d'un point de contact unique en la personne du gestionnaire de cas primaire est peut-être le meilleur moyen de relever certains de ces défis.

Cependant, comme c'est le cas de tout objectif, c'est la réalisation qui est souvent difficile et, bien que tous ces objectifs soient très louables, je me demande quels sont les défis particuliers

meeting the goals that you have identified, which I think are absolutely essential in dealing with the things that you have spoken about today.

Mr. Rodney: I wonder if I should turn the discussion over to Bill Bell at this point, who has been working on this issue a lot longer than I have, of course, being the lead in the concurrent disorder strategy and residential services director.

Mr. Bill Bell, Director of Residential Services, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission: Ms. Steinhauer mentioned that we have a lot to learn. One of those challenges is building competency and confidence in all of our staff, that our staff are, in fact, dealing with the needs of this client group but often do not recognize that they are. Some of the steps or some of the challenges are building that confidence level. We are doing things such as various levels of staff training.

Ms. Steinhauer also talked about screening. We know that the literature tells us that the client group coming in through the mental health door need to be screened for addictions, and that those coming in through the addiction door need to be screened for mental health. In AADAC, we are starting, for example, the universal screening of clients for mental health issues as they come in through addictions door.

I think the challenge is in starting to recognize our own strength, and recognizing that, in fact, we have a lot of collective wisdom in our system, and we need to bring that collective wisdom together in a way from which we will all benefit. I think that is one of the challenges that I have identified.

Senator Tardif: Are there structural obstacles to making this occur, or is this just a matter of goodwill?

Mr. Bell: In Alberta, when we did our consultations with health regions and the Alberta Mental Health Board around this client group, what we found was that there is a tremendous spirit in our communities of wanting to work together. When we started our consultations, AADAC was charged with leading the development of a provincial strategy. We went in with that in mind, and health regions and physicians and others quickly said, "Let's talk about how we can build on our current strength. Let's talk about how we can solve some of our challenges today." A lot of the organizational barriers have to do with willingness, or lack of willingness to cooperate. In Alberta we seem to be experiencing an incredible willingness to come to the table and work together.

Ms. Steinhauer: I think what Mr. Bell is talking about is that this is an instance where sometimes you lead and sometimes you support. It does not matter which doorway the client goes through. If they have decided the priority support person for them is in an addiction centre, that person takes on that function of primary case management, and other stakeholders support that process.

que vous entrevoyez s'agissant d'atteindre les objectifs que vous avez mentionnés, qui sont, je pense, absolument essentiels dans le contexte de ce dont vous nous avez entretenus aujourd'hui.

M. Rodney : Je devrais peut-être céder ici la parole à Bill Bell, qui travaille dans ce domaine depuis beaucoup plus longtemps que moi, bien sûr, en sa qualité de dirigeant de la stratégie visant les troubles concomitants et directeur des services résidentiels.

M. Bill Bell, directeur des services résidentiels, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : Mme Steinhauer a mentionné que nous avons beaucoup à apprendre. L'un de ces défis est d'établir compétence et confiance chez tous nos employés, car nos employés traitent en fait des besoins de ce groupe de clients mais ne le reconnaissent pas souvent. Certaines des étapes ou certains des défis sont justement d'établir ce niveau de confiance. Nous faisons des choses, comme par exemple établir différents niveaux de formation du personnel.

Mme Steinhauer a également parlé de dépistage. Nous savons que la documentation nous dit qu'il nous faut faire l'analyse du groupe de clients qui entrent par la porte de la santé mentale pour déterminer si ces personnes présentent des toxicomanies, et qu'il nous faut contrôler les personnes qui entrent par la porte du traitement de toxicomanie pour voir si elles ne présentent pas des troubles mentaux. À l'AADAC, nous avons par exemple lancé le contrôle universel des clients qui passent par la porte du traitement de toxicomanie pour déterminer s'ils ne présentent pas des problèmes de santé mentale.

Je pense que le défi est de commencer à reconnaître nos propres forces et le fait que nous possédions à l'intérieur de notre système une vaste sagesse collective, et je crois qu'il nous faut réunir cette sagesse collective d'une façon qui bénéficie à tous. Je pense que c'est là l'un des défis que j'ai identifiés.

Le sénateur Tardif : Y a-t-il des obstacles structurels qui expliquent cela, ou bien est-ce simplement une question de bonne volonté?

M. Bell : En Alberta, lorsque nous avons fait nos consultations au sujet de ce groupe de clients avec les régions de santé et l'Alberta Mental Health Board, ce que nous avons constaté c'est qu'il y avait au sein de nos communautés un très vif désir de travailler ensemble. Lorsque nous avons entamé nos consultations, l'AADAC était chargée de diriger l'élaboration d'une stratégie provinciale. Nous nous y sommes lancés avec cela en tête, et les régions de santé, les médecins et les autres ont très vite dit « Parlons de la façon dont nous pourrions bâtir à partir de notre force actuelle. Parlons de la façon dont nous pourrions régler certains de nos défis aujourd'hui ». Nombre des barrières organisationnelles ont à voir avec le désir ou le manque de désir de collaborer. En Alberta, il semble que nous vivions un désir incroyable de venir à la table et de travailler ensemble.

Mme Steinhauer : Je pense que ce dont parle M. Bell c'est du fait qu'il s'agit d'une situation dans laquelle parfois vous dirigez et parfois vous appuyez. Peu importe la porte par laquelle entre le client. S'ils ont décidé que la personne de soutien prioritaire pour le client est un centre de traitement de toxicomanie, alors cette personne assume le rôle de gestionnaire primaire du dossier, et les autres parties prenantes appuient ce processus.

Senator Trenholme Counsell: I enjoyed both presentations very much. I have to say, Ms. Steinhauer, that you spoke to my heart because I have spent quite a bit of time now looking at early childhood development, and I know Dr. Fraser Mustard very well.

I want to ask some questions about youth and drugs, but first I want to ask you, in terms of priorities, if you had to make a choice, do you think that the early childhood piece is the priority in terms of trying to prevent? How do you see what is happening right now? What is your assessment? What is your opinion of the most recent developments?

Ms. Steinhauer: I do see the early childhood piece as really a critical one; that we can build on those far-reaching visions around early childhood development and help people to understand the predisposing factors to poor mental health. We are all responsible for the mental health of children; the whole notion that it takes a community to build a child. As mental health grows, positive mental health grows in the environments in which you are engaged. Are those environments that protect a child or are they environments that create risk for a child? I see the whole notion of building on ECD, or early childhood development, as absolutely critical to preventing these poor outcomes for kids.

Senator Trenholme Counsell: I would also like to hear your thoughts on very early diagnosis of brain disorders, be it schizophrenia, bipolar or, of course, fetal alcohol syndrome, which is apparent very soon. Do you think that we must just come face to face with the issues and have the courage to make the diagnosis at a very early stage? How do you feel about that?

Ms. Steinhauer: I think we need to do that. In Alberta we are making some gains in that direction. We were fortunate; we had a doctor a number of years ago who actually did a critique of children's mental health here in the province, and it has brought people together to create new responses for kids; more integrated kinds of responses, and very specialized kinds of responses. Although we still fall short of having all things available for all kids in a timely way, I think we are learning some things and we are making some gains.

Senator Trenholme Counsell: Are you optimistic? Better?

Ms. Steinhauer: Absolutely. Without hope and optimism we could very easily become discouraged because the problems seem to be increasing. There are huge problems. When I talk to people in the school systems, they seem to be stressed out by the kinds of behaviours and emotional states that the children are presenting with as they are coming in the doors, and they are feeling overwhelmed. We are attempting to put more systems in place to try to respond to that situation.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'ai beaucoup apprécié les deux présentations. Il me faut dire, madame Steinhauer, que vous avez parlé à mon cœur car cela fait un bon moment que je me penche sur le développement de la petite enfance, et je connais très bien le Dr Fraser Mustard.

J'aimerais vous poser des questions au sujet des jeunes et de la drogue, mais j'aimerais d'abord vous demander, s'agissant de priorités, s'il vous fallait faire un choix, pensez-vous que l'aspect prime enfance soit la priorité sur le plan prévention? Que pensez-vous de ce qui se passe à l'heure actuelle? Quelle est votre évaluation? Quelle est votre opinion quant aux plus récents développements?

Mme Steinhauer : Je considère en effet le morceau de la petite enfance comme étant essentiel. Il nous faut bâtir à partir de ces visions ambitieuses en matière de développement de la petite enfance et aider les gens à comprendre les facteurs qui prédisposent à une mauvaise santé mentale. Nous sommes tous responsables de la santé mentale des enfants; cela revient à cette notion qu'il faut toute une communauté pour bâtir un enfant. Au fur et à mesure du développement de la santé mentale, une santé mentale positive se développe dans les environnements dans lesquels vous êtes engagé. Et s'agit-il d'environnements qui protègent un enfant ou d'environnements qui créent des risques pour un enfant? Je considère tout l'aspect développement du jeune enfant, ou DJE, comme étant absolument essentiel pour prévenir ces mauvaises issues pour les enfants.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais également connaître vos idées au sujet du diagnostic très précoce de troubles du cerveau, qu'il s'agisse de schizophrénie, de trouble bipolaire ou, bien sûr, de syndrome d'alcoolisme fœtal, qui apparaît très tôt. Pensez-vous qu'il nous faille faire face à ces questions et avoir le courage de faire le diagnostic à un stade très précoce? Qu'en pensez-vous?

Mme Steinhauer : Je pense qu'il nous faire cela. En Alberta, nous marquons des progrès en ce sens. Nous avons eu de la chance; nous avons eu il y a plusieurs années un médecin qui a fait une critique de la santé mentale des enfants ici dans la province, et cela a réuni différents intervenants ensemble en vue d'élaborer de nouveaux programmes pour enfants; des programmes plus intégrés et très spécialisés. Bien que nous ne puissions pas encore tout offrir en temps opportun aux enfants, je pense que nous sommes en train d'apprendre et de faire des progrès.

Le sénateur Trenholme Counsell : Êtes-vous optimiste? Les choses s'améliorent-elles?

Mme Steinhauer : Absolument. En l'absence d'espoir et d'optimisme, nous pourrions très facilement nous décourager car les problèmes semblent être à la hausse. Il existe des problèmes énormes. Lorsque je discute avec des gens dans le système scolaire il me semble qu'ils sont très stressés par les genres de comportements et d'états émotifs que présentent les enfants qui passent le seuil de leur porte, et ils se sentent tout à fait dépassés. Nous tentons de mettre en place davantage de systèmes face à cette situation.

Again, however, I sometimes think that our attitude is that adding more resources at the treatment end will give us what we are looking for. If we do not put resources into the prevention end, we end up with more and more kids requiring support. At the treatment end, of course, that is an expensive service. It is, of course, better to build children than it is to repair adults. I think we have heard that said in other places. We do need to invest more in building healthy children, in my opinion.

Senator Trenholme Counsell: Mr. Rodney, we have in New Brunswick a program called Portage into which young people go for 6 to 12 months — I am not sure of the exact number of months, but they go to a residential facility. These are young people with drug addictions. It is a community in which they spend that amount of time and then become reintegrated into school, family, et cetera. Do you have facilities such as that? How would you describe them, here in Alberta?

Mr. Rodney: We need to be concerned about people of every age, of course, but you specifically mentioned youth and early diagnosis. I think it is fair to say that AADAC is world renowned for what they have done for youth programs, the school programs. I have even seen it written up in United Nations correspondence and brochures, and I may have Murray Finnerty talk a little bit more about the Bridges program and a few others.

I will just mention that we have two brand new youth detox and assessment centres that will be opening up very soon. In addition to that, in almost exactly a year from now, new legislation will kick in for compulsory detox and assessment.

When it comes to early diagnosis, you got it exactly right, Ms. Steinhauer, when you say that it is much easier to take care of the children before they get older. Early diagnosis in perhaps both our realms, I know especially in addictions, can definitely save a life and a lifetime of heartache for not only the youth but so many others.

Mr. Murray Finnerty, Chief Executive Officer, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission: We have a full spectrum of treatment centres in Alberta but, in particular, our focus — we have 28 area offices that provide outpatient counselling for youth, and not to repeat the comments that Ms. Steinhauer has made, but certainly our focus is on young children and families, schools in particular, and in building community capacity.

We also have two intensive day treatment centres, and as our chairman has indicated, two new, specialized youth detox centres and long-term residential treatment programs, largely in response to the crystal meth phenomenon, which is overwhelming all of us now. We have been able to deal with the terrible consequences of youth addiction up to this point with outpatient and intensive day

Cependant, encore une fois, j'ai parfois l'impression que notre attitude est que le fait d'ajouter davantage de ressources côté traitement nous donnera ce que nous visons. Mais si nous n'investissons pas des ressources côté prévention, alors nous nous retrouverons avec de plus en plus d'enfants qui auront besoin d'aide. Côté traitement, bien sûr, c'est très coûteux. Il est bien sûr préférable de bâtir des enfants plutôt que de réparer des adultes. Je pense que nous avons entendu cela ailleurs. Il nous faut donc à mon avis investir davantage pour bâtir des enfants sains.

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur Rodney, nous avons au Nouveau-Brunswick un programme appelé Portage auquel sont versés des jeunes gens pour 6 à 12 mois — je ne suis pas certaine du nombre exact de mois, mais ces jeunes sont envoyés dans un centre résidentiel. Ce sont des jeunes qui ont des problèmes de toxicomanie. C'est une communauté au sein de laquelle ils passent la période de temps voulue, puis ils réintègrent l'école, leur famille, et cetera. Avez-vous des installations du genre? Comment décririez-vous ce que vous avez ici en Alberta?

M. Rodney : Il nous faut nous préoccuper des gens de toutes les catégories d'âge, bien sûr, mais vous avez mentionné tout particulièrement les jeunes et le diagnostic précoce. Je pense qu'il serait juste de dire que l'AADAC est reconnue mondialement pour ce qu'elle a fait en matière de programmes pour jeunes, de programmes scolaires. J'ai vu qu'on en parlait dans de la correspondance et des brochures des Nations Unies, et je vais peut-être inviter Murray Finnerty à vous parler un petit peu plus du programme Bridges et de quelques autres.

Je mentionnerai simplement que nous avons deux tout nouveaux centres d'évaluation et de désintoxication pour jeunes qui vont bientôt ouvrir leurs portes. D'autre part, d'ici un an très exactement entrera en vigueur une toute nouvelle loi en matière de désintoxication et d'évaluation obligatoires.

Pour ce qui est de diagnostics précoces, vous avez tout à fait raison, madame Steinhauer, lorsque vous dites qu'il est beaucoup plus facile de s'occuper des enfants lorsqu'ils sont encore tout jeunes. Le diagnostic précoce dans nos deux domaines peut-être, mais en tout cas, j'en suis certaine, dans celui de la toxicomanie, peut définitivement sauver une vie et un chagrin de toute une vie, non seulement pour le jeune concerné mais pour beaucoup d'autres.

M. Murray Finnerty, président-directeur général, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : Nous avons un éventail complet de centres de traitement en Alberta mais nous mettons tout particulièrement l'accent — nous avons 28 bureaux de région qui offrent des services de counselling pour jeunes patients externes, et je ne voudrais pas reprendre les commentaires faits par Mme Steinhauer, mais nous mettons très clairement l'accent sur les jeunes enfants et les familles, les écoles en particulier, et l'établissement d'une capacité communautaire.

Nous avons également deux centres de traitement de jour intensif et, comme l'a indiqué notre président, deux tout nouveaux centres spécialisés dans la désintoxication des jeunes ainsi que des programmes de traitement résidentiels à long terme, qui sont venus principalement en réaction au phénomène du crystal meth, qui nous envahit tous en ce moment. Nous avons jusqu'ici pu

treatment. However, this drug in particular is presenting itself with some real, special circumstances here in Alberta that we have decided we need special residential treatment centres of a longer term.

We are familiar with Portage, as you indicated. In Alberta, we also fund 37 agencies, a number of which deal with youth, and we have western Canada's only women's treatment centre in Calgary, which has a focus on families and young people also.

Senator Trenholme Counsell: Could you elaborate on the crystal meth problem with our young people? I think it is one of the newest things on the horizon. I would just like to know a little bit more about it.

Mr. Finnerty: It is probably the "perfect storm" of drug abuse that has hit us. It is highly addictive, extremely damaging, cheap to produce, and has huge criminal elements involved, with dangerous labs. What we are seeing is not the need for an individual crystal meth strategy and response. A number of us, particularly in Alberta, have responded with what we call the Alberta drug strategy. This is just to inform of a substance being abused. However, crystal meth does present with some different conditions. It is extremely damaging physically, and to the brain immediately. Kids who are coming to us are exhibiting some paranoia, violence and different psychotic conditions.

We find that, in treatment, we need to respond in the same way as we do with most drugs in terms of detoxification and therapeutic, bio-psycho-socio treatment therapies. However, some different things are presenting. The patients require longer to detox. Their attention span is very short so you have to change your treatment regime in terms of short bursts. They require longer treatment. In particular, you really have to follow up in terms of them going back into the environment from which they came because they quickly relapse. We emphasize very much our outpatient counselling when they return home.

Crystal meth is a horrible, devastating drug. However, we have some hope and confidence that this, too, shall pass, but it will be a couple of years before the kids get the message themselves that this is horrible and that you do not want to touch this stuff. There will always be the 5 per cent of kids who experiment. I mean, we did it; everybody does it. We just do not want them to become addicted to this substance.

traiter des terribles conséquences de la toxicomanie chez les jeunes grâce à nos services pour patients ambulatoires et traitements intensifs de jour. Cependant, cette drogue amène avec elle ici en Alberta des circonstances très particulières telles que nous avons décidé qu'il nous fallait des centres de traitement résidentiel spécial à plus long terme.

Nous connaissons le programme Portage que vous avez mentionné. En Alberta, nous finançons également 37 agences, dont plusieurs qui s'occupent de jeunes, et nous avons à Calgary le seul centre de traitement pour femmes de tout l'Ouest du Canada, et celui-ci met l'accent sur les familles et les jeunes gens également.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pourriez-vous nous expliquer davantage le problème du crystal meth pour nos jeunes gens? Je pense que c'est là l'un des nouveaux phénomènes à surgir. J'aimerais en savoir un peu plus.

M. Finnerty : C'est sans doute la « super tempête » d'abus de drogue à déferler sur nous. Cette drogue est hautement accoutumante, extrêmement néfaste, ne coûte pas cher à produire et intéresse d'énormes éléments criminels, avec des laboratoires dangereux. Ce que nous voyons ce n'est pas la nécessité de stratégies et de réponses individualisées pour le crystal meth. Plusieurs d'entre nous, particulièrement en Alberta, avons réagi avec ce que nous appelons l'Alberta drug strategy. Celle-ci a simplement pour objet de nous informer des substances qui entraînent une toxicomanie. Cependant, le crystal meth présente un certain nombre de caractéristiques différentes. Cette drogue est extrêmement dommageable physiquement et a un effet immédiat sur le cerveau. Les jeunes qui en consomment et qui viennent nous voir manifestent de la paranoia, de la violence et différents états psychotiques.

Sur le plan traitement, nous avons constaté qu'il nous faut intervenir de la même façon que dans le cas de la plupart des drogues sur les plans désintoxication et thérapie bio-psycho-sociale. Nous avons cependant relevé un certain nombre de différences. Les patients doivent rester plus longtemps en désintoxication. Leur durée d'attention est très courte et il vous faut donc modifier votre régime de traitement par à-coups. Le traitement doit être plus long. Il vous faut également assumer un plus long suivi lors de leur réinsertion dans leur milieu car les rechutes viennent rapidement. Nous insistons beaucoup sur le counselling pour patients externes lorsque ces jeunes rentrent chez eux.

Le crystal meth est une drogue horrible et très dévastatrice. Cependant, nous espérons et comptons que cela aussi passera, mais il faudra quelques années avant que les jeunes ne comprennent eux-mêmes le message que cette drogue est horrible et qu'il vaut mieux ne pas y toucher. Il y aura toujours 5 p. 100 des jeunes qui expérimenteront. Nous, nous l'avons fait; tout le monde le fait. Nous voulons simplement éviter à ces jeunes de devenir dépendants à l'égard de cette drogue.

There is anecdotal evidence starting to present that they are getting the message. That is where the prevention and education that Ms. Steinhauer was talking about is so important. We do not want to deal with them in the treatment centres.

Mr. Rodney: In fact, Mr. Finnerty, if I may interject just very quickly here, if people knew what this drug did to not only their bodies and their brains but also to their families and communities, they would never touch this stuff. Without getting into the hype, because that is very easy to do with crystal meth, the kinds of precursor chemicals that this is composed of include things that we pour into our vehicles as additives. It is a bizarre thing.

Mr. Finnerty has mentioned that there will always be that group that will do the taboo thing, whatever it is, and sadly that is the reality.

I do not want to minimize the seriousness of this drug, but when we compare it to the number of folks who are having trouble with alcohol or marijuana and other drugs, it is a very small percentage. This is a designer drug; it is of the day. If we were to set up crystal meth centres, for instance, I think we might have to change the name in a short amount of time. This is actually the third time this kind of drug has gone through the ringer. It seems almost generational, in certain ways.

You may know or you may not that a short time ago the Western premiers called for a special meeting involving not only Western provinces but some of the United States as well, I believe. Tomorrow, Mr. Finnerty and I are meeting with these other experts, and we will share what we know and learn what we can about a drug that is very misunderstood, not only in terms of what it does but how to treat it. However, we are well on our way, and we have such incredible angels in AADAC and other places that I look forward to doing what we can to smash this ridiculous trend.

Senator Cordy: With respect to addictions, I would like to go back to talking about prevention and early intervention. Taking prevention first, it is much easier if we maintain good mental health rather than trying to treat it. How do we go about preventing? Education would certainly be one of the big factors. What else do we do?

Ms. Steinhauer: We know that the risk factors come out of the kinds of family and community environments that kids live in, so perhaps we could build a wider range of supports for kids. The literature tells us that there are three things that make a difference in offsetting a poor family experience, and that is adult support, high expectations, and meaning-filled participation in your own life. The question is: Do we have ways of identifying children who are at risk, and do we have ways of capturing them into support networks so that, in fact, we are mitigating some of the risks that may make their family vulnerable? The first place is where kids are raised, of course, and that is families; secondly, is in school. Thus those early years, which the ECD strategy is trying to

Il y a des preuves anecdotiques selon lesquelles ils commencent à entendre le message. C'est ici que la prévention et l'éducation dont Mme Steinhauer a parlé sont si importantes. Nous ne voulons pas avoir à nous occuper de ces jeunes dans les centres de traitement.

M. Rodney : En fait, monsieur Finnerty, si vous permettez que j'intervienne très rapidement ici, si les gens connaissaient les effets de cette drogue non seulement sur leur corps et leur cerveau mais également sur leurs familles et leurs communautés, ils n'y toucheraient jamais. Sans vouloir vous faire tout le baratin, parce que c'est très facile à faire dans le cas du crystal meth, comptent parmi les produits chimiques précurseurs entrant dans sa composition des choses comme les additifs que nous versons dans nos véhicules. C'est très étrange.

M. Finnerty a mentionné qu'il y aura toujours ce groupe qui fera ce qui est tabou, quoi que ce soit, et c'est la triste réalité.

Je ne voudrais pas minimiser la gravité de cette drogue, mais lorsqu'on songe au nombre de personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool, de marijuana et d'autres drogues, c'est un très petit pourcentage. C'est une drogue designer; elle est au goût du jour. Si nous établissions par exemple des centres pour le crystal meth, je pense qu'il nous faudrait très vite changer le nom. C'est en vérité la troisième fois que ce type de drogue fait le tour. À certains égards, c'est presque générationnel.

Vous savez peut-être, mais peut-être pas, qu'il y a peu de temps les premiers ministres des provinces de l'Ouest ont convoqué une réunion spéciale à laquelle ont participé, je pense, non seulement les provinces de l'Ouest mais également certains États américains. Demain, M. Finnerty et moi-même allons rencontrer ces autres experts et échanger ce que nous savons au sujet d'une drogue qui est très mal comprise, sur les plans non seulement de ses effets mais également de la façon de traiter les gens qui la prennent. Cependant, nous sommes bien lancés, et nous avons des anges si incroyables à l'AADAC et ailleurs que j'envisage avec plaisir de faire ce que nous pouvons pour enrayer cette mode ridicule.

Le sénateur Cordy : Pour ce qui est des problèmes d'accoutumance, j'aimerais revenir encore aux aspects prévention et intervention précoce. Pour commencer avec la prévention, les choses sont beaucoup plus faciles si l'on maintient un bon état de santé mentale que s'il faut intervenir pour soigner. Comment faire en matière de prévention? L'éducation serait certainement l'un des gros facteurs. Que pourrions-nous faire d'autre?

Mme Steinhauer : Nous savons que les facteurs de risque proviennent des genres de milieu familial et communautaire dans lesquels vivent ces enfants, alors nous pourrions peut-être bâtir une plus vaste gamme de mécanismes de soutien pour les enfants. La documentation nous dit qu'il y a trois choses qui peuvent faire la différence s'agissant de contrecarrer une mauvaise expérience familiale : soutien de la part d'adultes, attentes élevées et participation positive dans sa propre vie. La question est la suivante : Disposons-nous de mécanismes d'identification des enfants qui sont à risque et disposons-nous de moyens de les intégrer au réseau de soutien de façon à pouvoir, en définitive, atténuer certains des risques qui font que leur famille est

address, is the preschool piece. We are trying Head Start programs and a number of other avenues to try to identify those kids who may need more support than is naturally available to them.

The risk factors include the whole peer cluster for young people, so some of the notions are based on cluster therapy models so that you are not working with individuals but, in fact, if you have a group of kids who are doing alcohol and drugs, you can take that whole group and do things with them.

More community-based kinds of responses, particularly in communities where there is not enough protective factors in the environment — and the protective factors are adult support — is engagement in the community and a good sense of self-esteem.

There are common factors across addictions and mental health. I know when we do screening assessments for both, we look for what preceded what. Sometimes the mental health problems precede the addictions, and sometimes the addictions precede the mental health problems. It is not a matter of separation. They are integrated factors in this person's problems. We have to be clear about what triggers what, but they are interrelated pieces. If you can build protective factors to address a range of supports in kids, you are making a difference. The research shows us that.

Mr. Rodney: AADAC focuses on prevention, education, and treatment. Of course, if prevention and education were absolutely perfect we would not need any treatment, and that would be wonderful. However, I think it is fair to recognize that human nature will dictate that so long as these substances or habits are available, people will try them and/or profit from them.

Murray Finnerty mentioned some of the current programs for youth, school and families when it comes to prevention and education. Senator, did you want Murray to go into detail of some of the things?

Senator Cordy: He is nodding his head, no.

Mr. Rodney: Fair enough.

Senator Cordy: When we look at the vulnerabilities and at children who have been traumatized, certainly we recognize that they are the children most at risk. In the past few years, certainly the military has recognized PTSD, or post-traumatic stress disorder, as being a contributor to problems that a person might have.

vulnérable? Les enfants sont élevés d'abord par la famille, et deuxièmement à l'école. Ainsi, ces premières années, que visent les stratégies du jeune enfant, correspondent à la période préscolaire. Nous recourons au programme Bon départ et à d'autres mécanismes pour tenter d'identifier les enfants ayant peut-être besoin de plus de soutien que ce qui leur est naturellement fourni.

Comptent parmi les facteurs de risque toutes les grappes de pairs dont s'entourent les jeunes gens, alors certaines des notions s'appuient sur des modèles de thérapie de groupe, afin que vous ne traitiez pas avec les jeunes individuellement mais plutôt avec un groupe de jeunes qui consomment alcool et drogues. Vous pouvez alors viser le groupe tout entier et faire des choses avec lui.

La multiplication des initiatives communautaires, surtout dans les localités où il n'a pas suffisamment de facteurs de protection présents dans le milieu — et ces facteurs de protection sont le soutien adulte — constitue un engagement à l'égard de la communauté et nourrit l'estime de soi.

Il y a des facteurs communs qui recourent problèmes d'accoutumance et santé mentale. Je sais que lorsque nous effectuons des évaluations de dépistage pour l'une ou l'autre catégorie de problèmes, nous cherchons à déterminer ce qui a précédé quoi. Parfois les problèmes de santé mentale ont précédé la toxicomanie, et c'est parfois un problème de toxicomanie qui a précédé les problèmes de santé mentale. Ce n'est pas une question de séparation des deux. Ce sont des facteurs intégrés. Il nous faut être clairs s'agissant de ce qui déclenche quoi, mais ce sont des éléments interreliés. Si vous parvenez à instaurer des facteurs de protection pour donner tout un éventail de soutien aux jeunes, alors vous pourrez changer les choses. La recherche nous le montre.

M. Rodney : L'AADAC met l'accent sur la prévention, l'éducation et le traitement. Bien sûr, si la prévention et l'éducation étaient absolument parfaits, nous n'aurions pas besoin de traitement, et ce serait merveilleux. Cependant, je pense qu'il est juste de reconnaître que la nature humaine est telle que tant et aussi longtemps que ces substances ou attachements sont disponibles, les gens les essaieront et(ou) tenteront d'en tirer profit.

Murray Finnerty a mentionné certains des programmes qui sont en place à l'heure actuelle pour les jeunes, le milieu scolaire et les familles en matière de prévention et d'éducation. Sénatrice, voulez-vous que Murray entre dans le détail de ces choses?

Le sénateur Cordy : Il est en train de dire non de la tête.

M. Rodney : C'est bien.

Le sénateur Cordy : Lorsqu'on se penche sur les facteurs de vulnérabilité et que l'on regarde les enfants qui ont été traumatisés, l'on reconnaît clairement que ce sont les enfants qui sont le plus à risque. Cela fait plusieurs années maintenant que les militaires, en tout cas, reconnaissent que le SSPT ou syndrome de stress post-traumatique, est un participant aux problèmes que peut vivre une personne.

Are we recognizing, within society at large and not just those who are working in the field, because they recognize it earlier, but is society at large recognizing that trauma, or PTSD, is certainly something that could cause problems within children at a young age?

Ms. Steinhauer: Do you mean is it generally understood by the general population?

Senator Cordy: Is it generally understood, other than by those who are working in the field?

Ms. Steinhauer: I do not think it is. That is one of the things that might be so critical to do, to wage a national campaign to help people understand what constitutes good child-building, or good mental health: What are the risk factors? What is trauma in all the forms that it can take?

The provincial government here, in my opinion, has really taken a leadership role, and also because of the work that Dr. Bruce Perry has done with them, in recognizing that family violence and addictive families presented risk factors to the emotional and mental wellbeing of children. They have taken a lead role around FASD, or fetal alcohol spectrum disorder, and also around family violence issues. Of course, that is an interministerial initiative that is being tackled here in the province but it is because of that understanding. To answer your question, pockets of people understand that, but I do not think it is well understood by the general population. In the same way that I referenced the aboriginal issues earlier, their history is not understood as one of unresolved trauma, and it was Dr. Perry who helped me understand that this is long-standing, intergenerational post-traumatic stress disorder that has never been recognized, acknowledged or addressed, from that mindset.

What does that mean for the kinds of programs, services and supports that we need to put in place? How do we educate people better about that, generally, across the board? It is a big gap.

Mr. Rodney: In the spirit of solidarity for a colleague here, it is not that I differ, but I know that when it comes to PTSD, as odd as it may sound, I think we can thank soldiers returning from war with PTSD for raising the awareness of folks who have been in situations such as that. However, when it comes to situations such as Sharon is referring to, and especially as it relates to youth, I would say no, we are not there yet at all. Perhaps it is a progression.

Senator Cordy: It did take a long time to recognise, even with the military, with people such as Senator Deware certainly raising the profile.

Mr. Rodney: Absolutely.

Senator Cordy: So there is hope?

Mr. Rodney: There is hope.

Reconnait-on dans la société au sens large, et pas seulement chez ceux qui travaillent dans le domaine, car ils reconnaissent cela plus tôt, que le trauma ou le SSPT peut causer des problèmes chez les jeunes enfants?

Mme Steinhauer : Vous voulez savoir si le phénomène est généralement compris par la population au sens large?

Le sénateur Cordy : Est-ce généralement compris, autrement que par ceux qui œuvrent dans le domaine?

Mme Steinhauer : Je ne le pense pas. Ce serait peut-être là une initiative importante à lancer, soit une campagne nationale visant à aider les gens à comprendre ce qu'il faut pour bâtir un enfant solide ou une bonne santé mentale : Quels sont les facteurs de risque? Sous quelle forme les traumatismes peuvent-ils se présenter?

Le gouvernement provincial que nous avons ici a à mon sens joué un vrai rôle de leader, s'appuyant également sur le travail du Dr Bruce Perry, pour reconnaître que la violence familiale et les familles marquées par des problèmes d'accoutumance présentent des facteurs de risque pour le bien-être émotionnel et mental des enfants. Le gouvernement a assumé un rôle de leader relativement au SAF, ou syndrome d'alcoolisation fœtale et aux problèmes de violence familiale. Bien sûr, il s'agit d'une initiative interministérielle lancée ici dans la province, mais elle est venue grâce à cette sensibilisation. Pour répondre à votre question, des petits foyers de la population comprennent, mais je ne pense pas que ce soit bien compris par l'ensemble de la population. Tout comme c'est le cas des problèmes des Autochtones que j'ai évoqués plus tôt, leur histoire n'est pas comprise comme étant celle de traumatismes non résolus, et c'est le Dr Perry qui m'a aidée à comprendre qu'il s'agit d'un trouble de stress post-traumatique intergénérationnel ancien qui n'a jamais été compris, reconnu ou traité.

Que cela signifie-t-il pour les genres de programmes, services et soutiens qu'il nous faut mettre en place? Comment faire pour mieux éduquer les gens en la matière d'un bout à l'autre du pays? Il y a un fossé énorme.

M. Rodney : Dans un esprit de solidarité par rapport à ma collègue ici, ce n'est pas que je ne suis pas d'accord, mais je sais qu'en ce qui concerne le SSPT, aussi étrange que cela puisse paraître, je pense qu'il nous faut remercier les soldats qui sont revenus de la guerre avec le SSPT d'avoir sensibilisé au problème les gens qui se sont trouvés dans des situations du genre. Cependant, dans le cas de situations comme celles que vient d'évoquer Sharon, surtout lorsqu'il est question de jeunes, je dirais que non, nous n'y sommes pas encore du tout. Peut-être que c'est une progression.

Le sénateur Cordy : Il a en effet fallu longtemps pour que le phénomène soit reconnu, même chez les militaires, suivant l'intervention de gens comme le sénateur Dallaire.

M. Rodney : Absolument.

Le sénateur Cordy : Il y a donc de l'espoir?

M. Rodney : Il y a de l'espoir.

Senator Cordy: One of the things that you mentioned, Ms. Steinhauer, was that schools must recognize — and not just schools but even neighbours, family, friends — what constitutes an appropriate referral. I was struck by that because I was an elementary school teacher for 30 years, and I personally remember making phone calls and being told, “Sorry, we need more information than that.” Has the situation changed? It is five years since I was a teacher. Has that changed? Are schools being included in the loop of looking at the whole child and not just the academic side of the child?

Ms. Steinhauer: I think they are. I cannot speak for all of Canada, but I can tell you that in Alberta there has been some joint work between — I know AADAC has always been a partner in the education field and AMHB has been helping with developing resources for teachers to understand what they are seeing in the classroom. How do you recognize depression? What is FASD? What are eating disorders? How might you see that expressed in a school environment? A number of issues have been identified and brought forward into the school environment as resources to teachers. The challenge, though, is that teachers are self-directed as to whether or not they access those resources. If it is not in-serviced and it is not a core curriculum piece, it really does fall to individuals to pick up that initiative and to make a difference in their classroom. I struggle with that a bit.

Mr. Rodney: Like yourself, senator, I spent some time in education: 13 years in three countries, actually, at all grade levels, especially at high school. I saw a great deal of professional development for those individuals who decided that this was what they wanted to do. I cannot speak on behalf of the Alberta Teachers' Association. I do not know that they would appreciate that in my current position, but there is no doubt that unless it becomes part of the curriculum, it will never filter down to the grassroots, in the same way as your previous question about awareness, understanding, and taking that step forward to get more information and get treatment. It is great that we have guidance counsellors at different levels, but unless they have been trained, and unless they make it part of their normal work practice, it will not catch on. Usually the action taken is after the fact, and it is more of a reaction; it is not the positive.

We hear this all the time: We want more AADAC personnel in schools; we want more special constables, resource officers; and we need more guidance counsellors who can do exactly this sort of work, not only to educate and treat but to prevent.

Senator Cordy: Mr. Rodney, you spoke about seamless service, which certainly we think is of the utmost importance. You spoke about the protocol for ensuring client confidentiality while passing along information related to the client. We have heard stories about clients, or consumers, who go into a hospital or have

Le sénateur Cordy : L'une des choses que vous avez mentionnées, madame Steinhauer, est que les écoles doivent reconnaître — et pas seulement les écoles, mais également les voisins, parents, amis — ce qui constitue un renvoi approprié. J'ai été frappée par cela car j'ai été institutrice pendant 30 ans et je me souviens d'avoir moi-même fait des appels téléphoniques et m'être fait dire : « Dommage, mais il nous faut plus de renseignements là-dessus ». La situation a-t-elle changé? J'ai arrêté d'enseigner il y a cinq ans. La situation a-t-elle changé? Les écoles sont-elles incluses dans la boucle pour que l'on tienne compte de tous les aspects de la vie de l'enfant et pas seulement le côté réussite scolaire?

Mme Steinhauer : Je pense que oui. Je ne peux pas me prononcer sur le Canada tout entier, mais je peux vous dire qu'en Alberta il s'est fait du travail conjoint — je sais que l'AADAC a toujours été un partenaire dans le milieu de l'éducation et que l'AMHB a œuvré à l'élaboration de ressources pour enseignants afin de les aider à comprendre ce qu'ils constatent en salle de classe. Comment reconnaître la dépression? Qu'est-ce que le syndrome d'alcoolisme fœtal?

Qu'est-ce qu'un trouble de l'alimentation? Comment verriez-vous cela exprimé en milieu scolaire? Un certain nombre de choses ont été identifiées et livrées au milieu scolaire en tant que ressources pour les enseignants. Le défi, cependant, est que les enseignants sont libres de recourir ou non à ces ressources. Elles ne font pas partie du programme scolaire de base et c'est ainsi qu'il incombe à l'individu de prendre l'initiative et de tenter de s'attaquer aux problèmes qu'il constate dans sa salle de classe. Cela me pose quelque problème.

M. Rodney : Sénateur, tout comme vous, j'ai passé du temps à enseigner : 13 années dans trois pays, en fait, à tous les niveaux scolaires, mais surtout à l'école secondaire. J'y ai vu beaucoup de possibilités de perfectionnement professionnel pour les personnes décidées à faire quelque chose. Je ne peux pas parler au nom de l'Alberta Teachers' Association. Je ne sais trop si elle apprécierait cela, vu le poste que j'occupe à l'heure actuelle, mais il n'y a aucun doute qu'à moins que cela ne soit intégré au programme scolaire, cela ne filtrera jamais jusqu'à la base, tout comme ce qui a été dit en réponse à votre question antérieure au sujet de la sensibilisation, de la compréhension et de la prise de mesures pour obtenir plus de renseignements et de traitements. Il est formidable que nous ayons des conseillers d'orientation à différents niveaux, mais à moins qu'ils aient été formés et qu'ils intègrent cela à leurs pratiques de travail normales, cela ne prendra pas. En règle générale, des mesures sont prises après coup, et il s'agit davantage d'une réaction; ce n'est pas positif.

Nous entendons toujours la même rengaine : nous voulons plus de personnel à AADAC dans les écoles; nous voulons plus de gendarmes, d'agents de ressource; nous voulons plus de conseillers d'orientation qui puissent précisément faire ce genre de travail, c'est-à-dire pas simplement éduquer et soigner, mais prévenir.

Le sénateur Cordy : Monsieur Rodney, vous avez parlé d'un service sans couture, ce qui est selon nous essentiel. Vous avez parlé du protocole pour protéger la vie privée du client tout en pouvant transmettre des renseignements sur le client. Nous avons entendu parler d'histoires de clients ou de consommateurs qui

a talk with a different health care professional, and have to retell their stories over and over again, and how traumatic that, in itself, can be. I am wondering about the reaction of the public in terms of enacting this protocol. Is it positive, or are you experiencing challenges to its enactment?

Mr. Rodney: This is one question that I should bounce it to Mr. Bell to answer in this case because he has studied this area more than I have.

Mr. Bell: In relation to where we are with the protocol that is been drafted with Alberta Justice is that in Alberta, when we are talking about sharing information between health regions and AADAC, we have three pieces of legislation and those are the Health Information Act, the Freedom of Information Act, and the Alberta Alcohol and Drug Act. What we have done is we have drafted very specific client consents, because confidentiality is historically a major issue in addictions and for AADAC. The releases will be specific between a health region or a physician and an addictions agency, whether it be AADAC or one of our funded agencies. These consents are very specific and follow the tenets of protecting client confidentiality. The client needs to agree, so therefore they need to understand that this is information that will be helpful for someone else, and give consent to the passing on of pieces of information, not their whole file by any stretch of the imagination but the specific pieces of information to which the client consents that that piece of information can be shared. However, it is not yet operational in Alberta. We are still in conversation with specific health regions around the idea of giving it a try.

When we did our client interviews, clients certainly spoke to the importance of protecting their information, of course, but also the need to fully recognize that some information needs to be shared so that they do not have to share it several times themselves.

Senator Callbeck: Mr. Rodney, you talked about the drug crystal meth. You said that this is the third time we have gone through the ringer. What do you mean by that?

Mr. Rodney: Just that there has been different forms of this drug available in the past. It started in the 1960s, and we had kind of a precursor in LSD; that kind of the thing. It is in a different form but it is not a completely new phenomenon. My point is that these things either come back in a new form or there is a new drug. Ecstasy, for a while, was the thing. These things seem to ebb and flow, and I guess different generations need to re-explore these things.

Senator Callbeck: What have we learned in terms of how best to get the message out to youth?

vont dans un hôpital ou discutent avec un professionnel des soins de santé et qui doivent sans cesse répéter leur histoire, et cela peut déjà en soi être traumatisant. Je m'interroge quant à la réaction du public à la mise en œuvre de ce protocole. Est-elle positive, ou bien son application crée-t-elle pour vous des problèmes?

M. Rodney : Il s'agit là d'une question que je devrais renvoyer à M. Bell, car il a plus étudié cet aspect-là que moi.

M. Bell : Quant à la question de savoir où nous en sommes avec le protocole élaboré par le ministère de la Justice de l'Alberta, en Alberta, lorsqu'on parle échange d'informations entre régions de santé et l'AADAC, nous avons trois projets de loi qui sont la Health Information Act (loi sur l'information en matière de santé), la Freedom of Information Act (loi sur l'accès à l'information) et l'Alberta Alcohol and Drug Act (loi sur l'alcool et les drogues de l'Alberta). Ce que nous avons fait c'est que nous avons élaboré des feuilles de consentement très ciblées, car le caractère confidentiel des renseignements est historiquement une grosse préoccupation dans le domaine de la toxicomanie et de l'AADAC. La transmission d'informations sera très spécifique entre une région de santé et un médecin ou une agence d'intervention, qu'il s'agisse de l'AADAC ou d'une des agences que nous subventionnons. Ces formulaires de consentement sont très spécifiques et adhèrent au principe de la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels. Le client doit être d'accord et il lui faut donc comprendre que les renseignements seront utiles à quelqu'un d'autre et donner son consentement pour la transmission d'éléments précis, et non pas son dossier tout entier — ne seront transmis que les éléments d'information pour lesquels le client a donné son consentement. Cependant, cela n'est pas encore opérationnel en Alberta. Nous discutons toujours avec certaines régions de santé régionales de l'idée de faire un essai.

Lorsque nous avons effectué nos entrevues de clients, ceux-ci nous ont parlé de l'importance de protéger leurs renseignements personnels, bien sûr, mais également de la nécessité de reconnaître pleinement que certains renseignements doivent être transmis afin qu'ils n'aient pas eux-mêmes à les fournir plusieurs fois.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Rodney, vous avez parlé de crystal meth. Vous avez dit que c'était la troisième fois que cette drogue faisait le tour. Que vouliez-vous dire par cela?

M. Rodney : Simplement que différentes formes de cette drogue ont été disponibles par le passé. Cela a commencé dans les années 60 avec un précurseur du LSD et d'autres choses du genre. Cette drogue a donc déjà existé sous différentes formes et il ne s'agit pas d'un phénomène complètement nouveau. Ce que j'ai voulu dire c'est que ou ces produits reviennent sous une forme différente ou alors il y a une nouvelle drogue. Pendant un temps, c'est l'ecstasy qui était à la mode. Ces choses ont tendance à aller et venir et j'imagine que les différentes générations éprouvent le besoin de réexplorer ces choses.

Le sénateur Callbeck : Qu'avons-nous appris quant à la meilleure façon de communiquer ce message aux jeunes?

Mr. Rodney: Mr. Finnerty, you have been at AADAC for a while. Do you want to talk about the evolution over 50 years of dealing? It started first with alcohol but, of course, now there are other substances available, including crystal meth.

Mr. Finnerty: Yes, we have had a lot of experience in this area, and I think we have discussed a number of things we have used in Alberta with regard to prevention and education, and not to repeat all of them, but certainly concentrating on young children and the environment they are being raised in is an important step. We have also had great success in focusing on schools. Kids learn everything in school these days. I know there are huge demands on that system but look at the change in the outlook on environmental matters that has come about, so different to what I can remember from my high school days.

Kids are smart; they know what is going on. You will not fool them. One of the things you must be is extremely honest with them. You cannot give them comments that have been poorly evidenced or researched. For instance, there is a lot of talk that crystal meth is addictive the first time you take it. That is just not true. If you say that to kids, they say, "You do not know what you are talking about," the implication being: so what else is false? You must be extremely careful in terms of what you are doing.

We spend a lot of time in the school curriculum. We have talked about that. We have fully integrated materials and we adjust those in terms of being teacher-ready. We have added crystal meth into the mix in the last year or two.

We find it also extremely important to be on site in schools, and that is a huge resource concern. Even though we have 600 staff in Alberta, and we are blessed in that, to be in every one of the 400 or however many schools there are, is quite a task. However, having our counsellors on site is having a real impact because the kids will sidle up to you and talk, and kids will tell you exactly what is going on.

I think one of the real lessons we have learned is to focus on families, focus on schools, and to focus on the fact that this is everybody's problem; it is a community problem. It is not AADAC's problem or the Mental Health Board's problem or anyone else's problem. Everybody has to get on board.

Just to finish on this issue, the other item that we found very successful was our support for some 39 community drug task forces around the province, where communities come together, the health officials, the school, the police and individuals and

M. Rodney : Monsieur Finnerty, vous travaillez depuis quelque temps à l'AADAC. Pourriez-vous nous parler un petit peu de la façon dont le trafic de drogues a évolué au cours des 50 dernières années? Cela a commencé avec les boissons alcoolisées, mais il y a bien d'autres substances qui sont disponibles aujourd'hui, dont le crystal meth.

M. Finnerty : Oui, nous avons accumulé beaucoup d'expérience dans ce domaine et je pense que nous avons discuté d'un certain nombre de choses que nous avons utilisées en Alberta pour la prévention et l'éducation, et je ne vais pas tout répéter, mais il est certain que le fait de se concentrer sur les jeunes enfants et le milieu dans lequel ils sont élevés constitue une étape importante. Nous avons également eu énormément de succès dans nos interventions en milieu scolaire. De nos jours, les enfants apprennent tout à l'école. Je sais que l'on en demande énormément au système d'éducation, mais voyez le changement de perspective en matière d'écologie qui en est ressorti, ce qui est si différent de ce dont je me souviens de mes années au secondaire.

Les enfants sont intelligents; ils savent ce qui se passe. Vous ne pouvez pas les tromper. Il vous faut notamment être extrêmement honnêtes avec eux. Vous ne pouvez pas leur tenir des propos qui ne s'appuient pas sur de solides preuves et de la bonne recherche. Par exemple, les gens sont nombreux à dire que le crystal meth crée une accoutumance dès la première fois que vous en prenez. Ce n'est pas vrai. Si vous dites cela aux jeunes, ils vous répondent, « Vous ne savez pas de quoi vous parlez », et la question sous-entendue est la suivante : et qu'est-ce qu'on nous a servi d'autre qui est faux? Il vous faut être extrêmement prudent dans ce que vous faites.

Nous avons consacré beaucoup de temps au programme scolaire. Nous en savons parlé. Nous avons du matériel pleinement intégré et nous le rajustons en fonction des enseignants. Nous avons depuis un an ou deux ajouté au programme le crystal meth.

Nous considérons qu'il est extrêmement important d'être sur place dans les écoles, et le problème des ressources est énorme. Bien que nous ayons 600 employés en Alberta et que ce soit là pour nous une chance énorme, ce n'est pas rien d'assurer une présence dans chacune des 400 ou autres écoles. Cependant, le fait que nos conseillers soient sur place a des conséquences concrètes car les enfants s'approcheront de vous et vous aborderont et ils vous diront exactement ce qui se passe.

Je pense qu'une des vraies leçons que nous avons apprises est qu'il nous faut mettre l'accent sur les familles, mettre l'accent sur les écoles et mettre l'accent sur le fait que c'est le problème de tout le monde; c'est un problème communautaire. Ce n'est pas le problème de l'AADAC, ni celui du Mental Health Board, ni de quiconque d'autre. Chacun doit faire sa part.

Pour conclure là-dessus, l'autre élément qui a selon nous très bien réussi est notre appui à quelque 39 groupes de travail communautaire de lutte contre la drogue à l'échelle de la province, initiative dans le cadre de laquelle se retrouvaient

families, and they focus on the problem. That is pretty powerful in terms of engaging kids, because you have to break the peer influence structure that is all around drug use.

Mr. Rodney: AADAC has a very comprehensive website that is used extremely well by both students and teachers.

The other category I will refer to is the public service announcements, the commercials on TV. As an example, take the whole smoking thing. I used to be this guy who climbed Mount Everest twice, and that is true, but this is a whole different Everest, and people are saying, “That commercial about the kid who...” or “That commercial about the parents who...” We are trying, wherever people are, whether it is in school, at work, or just watching television.

Senator Callbeck: When you say you have counsellors on-site in the schools, do you mean that somebody is there all the time?

Mr. Finnerty: We do not have the staff to do that. However, out of our area offices we visit every school on an annual basis. In some of the large high schools we have been able to dedicate the resources such that they are visiting on-site in the schools Monday afternoon, Friday morning, whatever, and the kids get to know you are on call and you are there.

Senator Callbeck: Mr. Rodney, I think you said that in one year you will have compulsory diagnosis and detox here. Did you say that?

Mr. Rodney: I was referring to Bill 202, one of only two private members’ bills passed in this spring session. They are working through the details, so it is not finalized. The devil will be in the details.

What it amounts to is that if a parent really wants their child to have treatment — because the original intention was not only detox and assessment, but treatment. Of course, there could be all sorts of Charter challenges for that because of similar legislation in different realms, and it gets really complicated. In any event, it looks as though we will be able to have a parent have their child brought in for detox and assessment in a five-day period. The hope is that once they get cleaned up and are offered some options, they will indeed seek the treatment, through all kinds of programs that we already have in place.

My hope is that, with the day programs that we already have and the two new detox and assessment centres that are completely voluntary, we may not have to utilize that at all, or not utilize it nearly as much as we might have otherwise; that kids will actually realize these places are here, I do need to go. My friend went through it and I had better clean up my act or I that will be like that other friend who never did, and now they are dead.

responsables des services de santé, écoles, forces de police, individus et familles pour discuter du problème. C’est un outil très puissant pour engager les jeunes, car il faut briser la structure d’influence exercée par les pairs qui entoure la consommation de drogues.

M. Rodney : L’AADAC a un site Web très exhaustif qu’utilisent extrêmement bien et les étudiants et les enseignants.

L’autre catégorie que j’évoquerais est celle des annonces d’intérêt public, les annonces qui passent à la télévision. Prenez par exemple le tabagisme. J’étais autrefois ce type qui a gravi deux fois le Mont Everest, et c’est vrai, mais il s’agit ici d’un tout autre Everest, et les gens disent, « Cette annonce au sujet du gamin qui... » ou « Cette annonce au sujet des parents qui... » Nous faisons des efforts pour cibler où que soient les gens, que ce soit à l’école, au travail, ou simplement devant leur poste de télévision.

Le sénateur Callbeck : Lorsque vous dites que vous avez des conseillers sur place dans les écoles, entendez-vous par là qu’il y a quelqu’un en permanence?

M. Finnerty : Nous n’avons pas le personnel pour cela. Cependant nous rendons visite annuellement à chaque école dans l’aire de rayonnement de nos bureaux. Dans certaines des plus grosses écoles secondaires nous avons pu réunir des ressources telles qu’il y a des visites sur place à l’école le lundi après-midi, le vendredi matin, ou autre, et les élèves finissent par savoir quand vous êtes en disponibilité et quand vous êtes sur place.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Rodney, je pense vous avoir entendu dire que d’ici un an vous aurez ici dans la province un système de diagnostic et de désintoxication obligatoire. Est-ce bien cela?

M. Rodney : Je parlais du projet de loi 202, l’un de deux projets de loi d’initiative parlementaire seulement qui ont été adoptés pendant la session du printemps. Ils sont en train de travailler sur le détail, alors ce n’est pas encore la version finale. Tout est toujours dans les détails.

Ce qu’il prévoit est que si un parent désire vraiment que son enfant suive un traitement — car l’objet original était de couvrir non seulement la désintoxication et l’évaluation, mais également le traitement. Bien sûr, cela pourrait déclencher toutes sortes de contestations fondées sur la Charte à cause de lois semblables dans d’autres domaines, et cela devient très compliqué. De toute façon, il semble que l’on pourra faire en sorte qu’un parent amène son enfant pour évaluation et désintoxication dans un délai de cinq jours. L’espoir est qu’une fois le jeune sevré et une fois qu’on lui aura offert des options, il cherchera à suivre un traitement par le biais de tous les programmes que nous avons déjà en place.

Mon espoir est qu’avec les programmes de jour que nous avons déjà et les deux nouveaux centres de désintoxication et d’évaluation qui sont complètement volontaires, il ne nous sera même pas nécessaire de recourir à cette loi, ou en tout cas moins que cela n’aurait pu être le cas, et que les jeunes verront que ces endroits existent et qu’il leur faut y aller. J’ai un ami qui a vécu cela et il vaudrait mieux que je me reprenne un petit peu en mains sans quoi je vais je retrouver comme l’autre copain qui n’a jamais rien fait et qui est mort.

Senator Callbeck: Has compulsory diagnosis and detox been tried anywhere else?

Mr. Rodney: I believe the attempt at drafting the legislation has come and gone in a number of places. Mr. Finnerty, do you know of any place in North America that has it right now?

Mr. Finnerty: A couple of U.S. states have this kind of legislation in place. The success of it has been mixed. However, I suppose the position that we take, certainly, at AADAC is that anytime we can engage with kids, it gives us a chance.

As Mr. Rodney has indicated, there are many administrative and legal ramifications that we must look at here. However, it is another avenue that allows parents to engage their kids in treatment. To answer your question, there are both sides to the question. There are a couple of places that have tried it.

We have mandatory treatment if youth are in the criminal justice system. We often get referrals from Youth Justice to provide treatment to kids. However, the youth have to have committed a crime and be in the care of the government already. We certainly do not want to criminalize this thing.

Mr. Rodney: Research indicates, of course, that the results are mixed as to how successful it is when kids go through a mandatory program. I spoke with a number of students from around Alberta who are part of a youth advisory committee. These students have been involved with — you name the drug; name the criminal activity, whether it is prostitution, selling the drugs, or whatever it is — and they have been very deep into the dark side, but they have come back. One word of advice that they had, which backed up the research, was: Don't legislate the treatment. Go ahead and clean them up and help to assess them, but it has got to be up to them. It is sad to say, but for so many people they have to hit rock bottom before they will admit to the problem and work on it.

I am very hopeful that, with the voluntary centres that we have coming on stream, that will be the opening that people need and they will not need to be forced, because nobody wants to do something if they are forced to do it.

Senator Callbeck: Ms. Steinhauer, for how long have you had regional boards in this province?

Ms. Steinhauer: Perhaps Mr. Rodney can answer that question better than I can. I would say it was at least 10 years.

Senator Callbeck: You are just moving the mental health programs to regional boards?

Ms. Steinhauer: We did govern the whole system up until about two years ago. The direct services have been transferred to the nine health regions, and the Mental Health Board maintains responsibility for advocacy, monitoring, surveillance and forensic

Le sénateur Callbeck : A-t-on tenté ailleurs le diagnostic et la désintoxication obligatoires?

M. Rodney : Je pense qu'il a été question dans différents endroits d'adopter des lois. Monsieur Finnerty, connaissez-vous un quelconque endroit en Amérique du Nord qui soit aujourd'hui doté d'une loi du genre?

M. Finnerty : Il y a quelques États américains qui ont en place ce genre de loi. Les résultats ont été variables. Cependant, j'imagine que la position que nous adopterons à l'AADAC est que tout outil qui nous permet d'engager avec les jeunes nous donne une chance.

Comme l'a indiqué M. Rodney, il y a ici de nombreuses ramifications administratives et juridiques qu'il me faut examiner. Cependant, c'est encore une autre avenue qui permet aux parents de placer leurs enfants en traitement. Pour répondre à votre question, il y a toujours deux côtés à chaque médaille. Il y a quelques endroits qui ont tenté cela.

Nous imposons un traitement obligatoire si le jeune est dans le système judiciaire. Les services de justice pour les jeunes nous renvoient souvent des jeunes pour traitement. Cependant, il faut que le jeune ait commis un crime et qu'il soit déjà entre les mains des autorités. Nous ne voulons certainement pas criminaliser ceci.

M. Rodney : La recherche indique, bien sûr, que les résultats sont variables dès lors que des enfants passent par un programme obligatoire. J'ai discuté avec un certain nombre d'étudiants d'un peu partout en Alberta et qui font partie de notre comité consultatif de jeunes. Ces jeunes ont expérimenté avec — quantité de drogues, d'activités criminelles, qu'il s'agisse de prostitution, de vente de drogue, ou autres — et ils ont plongé assez bas mais ils s'en sont sortis. Un conseil qu'ils nous ont donné, et qui est appuyé par la recherche est le suivant : ne légiférez pas en matière de traitement. Sevez-les, faites des évaluations mais il faut que ce soit volontaire. C'est triste à dire, mais dans le cas de nombreux jeunes gens il leur faut toucher le fond avant de reconnaître qu'ils ont un problème et de commencer à y travailler.

Je compte beaucoup qu'avec les centres volontaires que nous allons lancer ce sera là l'ouverture dont les gens ont besoin et qu'il ne sera pas nécessaire de les obliger, car personne n'a envie de faire quelque chose s'il y est forcé.

Le sénateur Callbeck : Madame Steinhauer, cela fait combien de temps que vous avez des comités régionaux dans cette province?

Mme Steinhauer : Peut-être que M. Rodney saura mieux répondre à cette question que moi. Je dirais que cela doit faire au moins dix ans.

Le sénateur Callbeck : Vous versez simplement les programmes de santé mentale aux commissions régionales?

Mme Steinhauer : Nous avons bel et bien régi le système tout entier jusqu'à il y a environ deux ans. Les services directs ont été transférés aux neuf régions de santé, et la Mental Health Board demeure responsable des services d'intervention, de contrôle, de

services, which we contract out to a couple of the regions. In other words, there are pieces for which we maintain governance.

However, the huge piece is the development and ongoing implementation of this collaborative provincial plan around mental health. When I first came on the board six years ago, we had 17 health regions and we had 17 different definitions of community outreach services. Now we are bringing some standard knowledge, some common language, some standard practices, and best practices into the system.

How do we bring research into the system? There is an ongoing working group that looks at implementation issues now across the health regions so that we do not end up with nine different forms of mental health services out there.

How do we continue to build the most comprehensive, complete network so that people should be able to go from one system to another and feel that they are getting the same level of care?

The Acting Chairman: I hear the words “mandatory” and “compulsory.” When you use the word “compulsory” in the context of a child, who decides? Is it the parent? Is it the state? What do you mean by compulsory? Then when you go to the prison systems for young offenders, what is it you mean by mandatory? I sense that choice is no longer an option; that it is compulsory and it is mandatory. Could you help me to understand that?

Mr. Rodney: I know AADAC officials were consulted in this process. Perhaps, Mr. Finnerty, you might want to talk about this one. My understanding is that if you, as a parent, have a child whom you know has a problem — again, they are working it out. Now, is it a judge, or how is it decided where they should be sent? No, they would not have a choice. They are a minor, and they would be sent for detox and assessment.

The Acting Chairman: My question is this: Is it the parent or the state who decides?

Mr. Rodney: As I understand it, it is not the state. The state is involved. At one point, we looked at all of the different alternatives: whether it could be a school teacher, a policeman, et cetera, and I believe it was settled on the parent, was it not?

Mr. Finnerty: I do not think we want to dwell too much on this mandatory aspect. The large amount of treatment in North America is voluntary, and we have been very successful with that, and many people say that that is the way it should stay. As the saying goes, you can take a horse to water but you cannot make it drink. They have to make that decision.

What has happened in Alberta is that a private member’s bill has been passed that will allow a parent to obtain a court order to have a child picked up — and that is a child under 18 — and brought to a detox centre for assessment. As you can understand,

surveillance et judiciaires, que nous sous-traitons à certaines des régions. En d’autres termes, il y a des éléments dont nous continuons d’assurer la gouvernance.

Cependant, le gros morceau est l’élaboration et la mise en œuvre continues de ce plan provincial de collaboration visant la santé mentale. Lorsque je suis arrivée à la commission il y a de cela six ans, nous avions 17 régions de santé et 17 définitions différentes de services d’extension communautaires. Nous sommes maintenant en train d’intégrer au système des connaissances communes, un langage commun, des pratiques normalisées et des pratiques exemplaires.

Comment intégrons-nous la recherche dans le système? Il y a un groupe de travail permanent qui examine l’aspect mise en œuvre dans toutes les régions de santé afin que nous ne nous retrouvions pas avec neuf formes différentes de services de santé mentale.

La question est de savoir comment faire pour bâtir le réseau le plus exhaustif possible afin que les gens puissent passer d’un système à un autre et avoir le sentiment de bénéficier du même niveau de soins.

Le président suppléant : J’entends les mots « exécutoire » et « obligatoire ». Lorsque vous utilisez le terme « obligatoire », dans le contexte d’un enfant, qui décide? Est-ce le parent? Est-ce l’État? Qu’entendez-vous par obligatoire? Puis l’on passe au système carcéral pour les jeunes contrevenants, et qu’entendez-vous alors par exécutoire? J’ai le sentiment que ce choix n’est plus une option; c’est obligatoire et c’est exécutoire. Pourriez-vous m’aider à comprendre cela?

M. Rodney : Je sais que les responsables à l’AADAC ont été consultés dans le cadre de ce processus. Monsieur Finnerty, vous voudrez peut-être nous entretenir de cela. D’après ce que je comprends, si vous êtes le parent d’un enfant dont vous savez qu’il a un problème — encore une fois, ils y travaillent. À l’heure actuelle, c’est un juge, et comment décide-t-on où le jeune doit être envoyé? Non, ils n’auraient pas le choix. Ce sont des mineurs et ils seraient envoyés pour désintoxication et évaluation.

Le président suppléant : Ma question est la suivante: est-ce le parent ou l’État qui décide?

M. Rodney : D’après ce que je comprends, ce n’est pas l’État. L’État intervient. À un moment donné, nous nous sommes penchés sur toutes les possibilités : devrait-il s’agir d’un enseignant, d’un policier, et cetera, et je pense qu’on a dit qu’il faudrait que cela vienne du parent, non?

M. Finnerty : Je ne pense pas que nous voulions insister trop lourdement sur cet aspect exécutoire. Le gros des traitements offerts en Amérique du Nord sont volontaires, et nous avons très bien réussi avec cela et les gens sont nombreux à dire que c’est ainsi qu’il faudrait que cela demeure. Comme le veut le bon vieux dicton, on ne saurait faire boire un âne qui n’a pas soif. C’est lui qui doit décider.

Ce qui s’est passé en Alberta c’est que l’on a adopté un projet de loi d’initiative parlementaire qui permettra au parent d’obtenir une ordonnance de la cour pour faire ramasser un enfant — un enfant âgé de moins de 18 ans — et le faire amener à un centre de

there are huge administrative and/or legal problems around that. For instance, courts tend to treat 15, 16, 17 year olds as adults, so they will require their consent. We know that that will happen. Now we are dealing with 12 to 14 year olds, and God forbid, that they are involved.

This is a private members' bill, and has not yet been proclaimed. However, I do not want to dwell over much on that because the majority of our treatment is voluntary, it is in place, it is a good system, and these new centres, we think, will pick up a lot of the slack.

The whole concern was that parents have kids who have run away; they are on the street. The parents know that they are horribly involved, for instance, with crystal meth and they do not know what to do; they do not know where to turn. We certainly understand that frustration, and that is what resulted in the bill. It is not something that is very prevalent. We are probably the first — we are the first province that has any kind of legislation in this regard. However, as I said, it is not yet proclaimed. It is a private members' bill.

The Acting Chairman: I do not know if any of you saw *The National* last night or a part of *The Journal*, because it was a rerun. It portrayed the journey of a parent and a teenager with an addiction, and that journey was an incredible journey. It was aired again last night.

I just wondered where the responsibility for children falls, between the parent and the state. Where do we draw the line? I suppose it is a judgment call, and depending on what province you live in, that will determine what age the child is.

I would like to hear from you, Ms. Steinhauer. When we talk about children and we talk about assessment and early intervention, we use the word "school." My mind goes to where the formative years of children in today's society is spent in a daycare. I am wondering whether we are looking there and should we be looking at that level, for the problems with ADT, even. Children are now spending up to three years in daycare. When we talk about early intervention, what is it we are looking at? I think we need to think outside the box here. Let us face it, when kids are picked up at daycare, it is supertime. The daycare time is school time for other kids. There is no longer a lot of time for families. I think we must be realistic and determine where they spend most of their time.

I am just wondering if you would comment on that, if you have looked at it.

Ms. Steinhauer: I think you are right. I think daycares are one of the places where we should be looking. Through the health programs we should also be building a mental health piece, helping people build the capacity to recognize and respond.

désintoxication pour évaluation. Comme vous pouvez le comprendre, cela soulève d'énormes problèmes administratifs et (ou) juridiques. Par exemple, les tribunaux ont tendance à traiter les jeunes âgés de 15, 16 et 17 ans comme des adultes, alors il leur faudrait donner leur consentement. Nous savons que c'est ce qui va se passer. Nous parlons ici de jeunes âgés de 12 à 14 ans et Dieu sait qu'il ne faudrait pas qu'ils aient leur mot à dire.

Il s'agit d'un projet de loi d'initiative parlementaire qui n'a pas encore été promulgué. Je ne voudrais cependant pas trop insister là-dessus car la majorité des traitements sont volontaires, sont en place; c'est un bon système et nous pensons que ces nouveaux centres viendront combler les lacunes.

Notre souci concernait les parents qui ont des enfants qui se sont enfuis de la maison, qui sont dans la rue. Les parents savent, par exemple, qu'ils sont accros au crystal meth et ils ne savent pas quoi faire. Ils ne savent pas vers qui se tourner. Nous comprenons certainement cette frustration et c'est de là qu'est né le projet de loi. Il ne s'agit pas d'un phénomène prévalent. Nous sommes sans doute les premiers — nous sommes la première province à se doter d'une loi de ce genre. Cependant, comme je l'ai dit, elle n'a pas encore été promulguée. C'est un projet de loi d'initiative parlementaire.

Le président suppléant : Je ne sais pas si certains d'entre vous avez vu *The National* d'hier soir ou une partie de *The Journal*, parce que c'était une rediffusion. L'on y montrait le parcours d'un parent et d'une adolescente droguée, et c'était un voyage incroyable. Le reportage a donc été rediffusé hier soir.

Je me demande simplement où réside la responsabilité à l'égard des enfants, entre le parent et l'État. Où doit-on tirer la ligne de démarcation? J'imagine que c'est une question de jugement, et selon la province dans laquelle vous vivez, ce sera fonction de l'âge de l'enfant.

J'aimerais savoir ce que vous en pensez, madame Steinhauer. Lorsque nous parlons d'enfants, d'évaluation et d'intervention précoce, nous utilisons le terme « école ». Dans ma tête, cela m'amène aux années formatrices que les enfants dans la société d'aujourd'hui passent dans des garderies. Je me demande si nous nous sommes penchés sur ce phénomène et si nous devrions l'examiner, dans le contexte du problème de la déficience de l'attention, par exemple. De nos jours, les enfants passent jusqu'à trois années en garderie. Lorsqu'on parle d'intervention précoce, qu'est-ce qu'on examine? Je pense qu'il nous faut ici chercher à l'extérieur de la boîte. Après tout, lorsque les enfants sont récupérés à la garderie, c'est l'heure du souper. La journée en garderie correspond à la journée d'école pour les plus grands. Cela ne laisse plus beaucoup de temps pour les familles. Je pense qu'il nous faut être réalistes et déterminer là où ils passent le gros de leur temps.

J'aimerais simplement vous inviter à vous prononcer là-dessus, si c'est quelque chose que vous avez examiné.

Mme Steinhauer : Je pense que vous avez raison. Je pense que les garderies comptent parmi les endroits que nous devrions examiner. Nous devrions par ailleurs, par le biais des programmes de santé, bâtir un morceau santé mentale, pour aider les gens à bâtir la capacité requise pour reconnaître et réagir.

Wherever you can have a shared care concept, moving forward, you will get different and better kinds of responses to emerging issues — and, it is to be hoped, earlier. Again, it is to be hoped that we will learn how to respond to that better; that we will do better outreach to parents. Right now, unless parents bring their children forward, we do not have a lot of ways to identify them. How do we move into their homes without being intrusive? There are some big issues.

Today, parents are stressed. We have a significant number of single-parent families. I think they are doing the best they can with the energy and resources available to them. We know that the high risk time for kids to get into trouble, or when they need additional support, is 4 to 6 p.m. every day. It is not Friday evening; it is 4 to 6 p.m. every day.

Do we have options in place for parents? How are we managing that piece? How do we provide extended support to parents so that, in fact, kids are getting the kind of parental supervision, monitoring support they need to be healthy kids? I think in all the venues where kids are to be found, we should have comprehensive understandings about what their issues are without making all of us experts in early childhood education.

The Acting Chairman: What prompted that thought with me was that a couple of weeks ago I was in my daughter's house and she said, "Will you look after the baby next week while I take John for an assessment?" I said, "What for? He is three years old. Why are you taking him for an assessment?" and she said, "He has to have it before he goes to daycare."

Ms. Steinhauer: What?

The Acting Chairman: "He has to have it before he goes to daycare." He is going to play school, daycare, whatever you want to call it, in September. In my province, he has to have an assessment from the family doctor. Does this happen in any other province? Is it something that should be happening?

Ms. Steinhauer: I know that the public health nurses do screen those developmental milestones. They are quite conscientious about that. Again, it is voluntary. However, if a child is not sort of showing up on the radar screen, I do not know to what extent our public health nurse is going out and doing home visits and saying, "We would really like to look at where you are with your child-rearing skills." I mean, I am not sure how I would have responded to that sort of thing if somebody had come to my door.

I think that that is an important piece. Public health nurses are looking at the developmental milestones, and we are trying to capture those kinds of issues that we can address early.

Chaque fois qu'il vous est possible d'avoir un concept de soins partagés cela vous livrera des réactions différentes et meilleures aux problèmes émergents — et, il faut l'espérer, plus rapidement. Encore une fois, il faut espérer que nous apprendrons à réagir mieux, que nous ferons du meilleur travail d'extension auprès des parents. À l'heure actuelle, à moins qu'un parent ne vienne nous voir avec son enfant, nous n'avons pas beaucoup de moyens de l'identifier. Comment pénétrer dans leur maison sans être trop intrusif? Ce sont là de grosses préoccupations.

De nos jours, les parents sont stressés. Il existe de nombreuses familles monoparentales. Je pense qu'elles font de leur mieux avec l'énergie et les ressources dont elles disposent. Nous savons que la grosse période de risque pour les enfants, celle au cours de laquelle ils risquent le plus de s'attirer des ennuis et au cours de laquelle ils ont besoin de soutien supplémentaire c'est la plage de 16 h à 18 h chaque jour. Ce n'est pas le vendredi soir, c'est de 16 h à 18 h chaque jour.

Avons-nous en place des options pour les parents? Comment gérons-nous cet élément-là? Comment assurer un soutien élargi aux parents afin que les jeunes bénéficient du genre de surveillance parentale et de soutien dont ils ont besoin pour être sains? Je pense qu'il importe, dans tous les endroits que fréquentent les enfants et les jeunes, de comprendre quels sont leurs problèmes sans pour autant devoir tous être des experts en éducation des jeunes enfants.

Le président suppléant : Ce qui m'a poussée à poser cette question c'est qu'il y a deux semaines je me suis trouvée chez ma fille et elle m'a demandé, « Pourrais-tu t'occuper du bébé la semaine prochaine pendant que j'emmène John pour une évaluation? » Je lui ai demandé, « Pourquoi faire? Il a trois ans. Pourquoi l'emmènes-tu pour une évaluation? » Et elle m'a dit, « Il lui faut en avoir une avant d'aller à la garderie ».

Mme Steinhauer : Quoi?

Le président suppléant : « Il lui faut en avoir une avant d'aller à la garderie ». Il va aller dans une prématernelle, ou une garderie, je ne sais trop comment appeler cela, en septembre. Dans ma province, il lui faut se faire évaluer par le médecin de famille. Est-ce le cas dans d'autres provinces? Est-ce une chose qu'il faudrait faire?

Mme Steinhauer : Je sais que les infirmières hygiénistes vérifient ces jalons de développement. Elles le font très consciencieusement. Encore une fois, c'est volontaire. Cependant, si un enfant n'apparaît pas sur l'écran radar, je ne sais pas dans quelle mesure une infirmière hygiéniste va aller faire des visites à la maison en disant, « Nous aimerions vraiment voir où vous en êtes avec vos capacités parentales ». Je veux dire, je ne sais trop comment j'aurais réagi à ce genre de chose si quelqu'un était venu frapper à ma porte.

Je pense que c'est là un élément important. Les infirmières hygiénistes surveillent les jalons de développement et nous nous efforçons de repérer les aspects pour lesquels nous pouvons intervenir rapidement.

The Acting Chairman: In this case, it was the initiative of the daycare facility. The daycare facility needed the assessment from the family doctor.

Ms. Steinhauer: That is not a requirement here. I work with a daycare centre. But it is an interesting concept —

The Acting Chairman: It is. I thought it was. At what point do we call it “early intervention”? Is it six years old or four years old? At what point? The same little fellow came home from hospital at two days’ old with a book bag with a book in it called *A Literacy Program*. This was in Nova Scotia.

Ms. Steinhauer: Great.

The Acting Chairman: The emphasis was on learning to read. I guess we are as diverse across the country in our programs as we are in our people.

Senator Tardif: Coming from a university perspective, I was very interested, Ms. Steinhauer, in your comments about research and the importance of the dissemination of research and knowledge transfer. I was wondering, to what extent do you work with universities or research institutes? You mentioned in your brief that there are deterrents to researchers entering the field of the study of mental health. Perhaps you could comment on both of those questions, the relationships with universities and research agendas to make sure that there is that dissemination of important research, as well as the deterrents, and why researchers are not studying the whole field of mental health.

Ms. Steinhauer: At one time there were mental health research dollars available in the province, but that was eroded over time. In fact, there has been nothing for some time, so mental health has sort of been the poor cousin within the whole research field for a number of years, which I think is a disincentive for people in research. Thankfully, we have now tabled a comprehensive research plan which has been developed in collaboration, in fact, with the universities and the various research programs here in the province. It is well integrated and builds on the successes that we have had, and it will place resources into mental health research that have not been available for a long time.

Senator Tardif: This is just coming on stream, is it?

Ms. Steinhauer: Yes. The document is there to look at but it has not yet been actualized. We have not implemented it yet.

Senator Tardif: That is good news.

Ms. Steinhauer: It is good news.

Senator Trenholme Counsell: I want to talk about early intervention. I think that the immunization requirements are such that children must be seen at some point around three years old, and that is the same across the land because of the immunization or booster shots.

Le président suppléant : Dans ce cas-ci, c’était une initiative de la garderie. La garderie exige une évaluation faite par le médecin de famille.

Mme Steinhauer : Ce n’est pas une exigence ici. Je travaille avec une garderie. Mais c’est un concept intéressant —

Le président suppléant : En effet. C’est ce que j’ai pensé. À partir de quel moment appelle-t-on cela « intervention précoce »? À l’âge de six ans ou à l’âge de quatre ans? À partir de quel moment? Le même petit bonhomme est revenu de l’hôpital à l’âge de deux jours avec un sac contenant un livre intitulé *A Literacy Program*. C’était en Nouvelle-Écosse.

Mme Steinhauer : Formidable.

Le président suppléant : L’accent était mis sur la nécessité d’apprendre à lire. Je suppose que nous sommes aussi divers dans ce pays sur le plan de nos programmes que sur celui de nos gens.

Le sénateur Tardif : Étant donné mes antécédents universitaires, j’ai été très intéressée, madame Steinhauer, par vos commentaires au sujet de la recherche et de l’importance de la dissémination des résultats de travaux de recherche et du transfert de connaissances. Dans quelle mesure travaillez-vous avec des universités ou des instituts de recherche? Vous avez mentionné dans votre mémoire qu’il y a des désincitatifs qui découragent les chercheurs de se lancer dans le domaine de l’étude de la santé mentale. Vous pourriez peut-être réagir à ces deux questions, soit les relations avec les universités et les programmes de recherche de façon à veiller à ce que soient distribués les importants résultats de recherche, ainsi que les désincitations, les facteurs qui découragent les chercheurs à se lancer dans tout le domaine de la santé mentale.

Mme Steinhauer : À une époque, il y avait des dollars disponibles pour la recherche en santé mentale dans la province, mais ces fonds ont été grugés au fil du temps. En fait, il n’y a rien eu depuis quelque temps, alors la santé mentale est ainsi depuis plusieurs années en quelque sorte le parent pauvre dans tout le domaine de la recherche, ce qui décourage, je pense, les gens de s’y lancer. Fort heureusement, nous avons déposé un plan de recherche exhaustif qui a été élaboré en fait en collaboration avec les universités et les différents programmes de recherche dans la province. Il est bien intégré et vient se greffer sur les réussites passées, et cela viendra accorder à la recherche en santé mentale des ressources qui n’étaient pas là depuis quelque temps.

Le sénateur Tardif : Cela commence donc tout juste, n’est-ce pas?

Mme Steinhauer : Oui. Le document est là pour consultation, mais il n’a pas encore été actualisé. Nous n’avons pas encore mis en œuvre le plan.

Le sénateur Tardif : C’est une bonne nouvelle.

Mme Steinhauer : C’est en effet une bonne nouvelle.

Le sénateur Trenholme Counsell : J’aimerais que l’on parle un peu intervention précoce. Je pense que les exigences en matière d’immunisation sont telles que les enfants doivent être vus aux environs de l’âge de trois ans, et c’est la même chose à l’échelle du pays à cause du programme d’immunisation ou des piqûres de rappel.

Quite often in these hearings, we hear that the problem is increasing enormously, or it is growing fast, et cetera. I want to hear your opinions: Are people very devoted to this cause? Is that really true, or is it the diagnosis? We had a very fine young man speak about the coming out of people with mental health in Vancouver.

I would like to take the drug use factor out of that, because I think that is a factor in itself. It certainly is a part of mental illness, and can cause mental illness, but I would like to segregate that out as a separate problem, although it is not. What do you think: Is mental illness increasing as much as some would say?

Mr. Rodney: Perhaps we could fill in the blanks and put in child abuse and other phenomenon that we experience. Is there more of it happening now? That is really your question: Is it increasing?

Senator Trenholme Counsell: I mean mental illness. I mean everything from reactive depression to schizophrenia, et cetera. Is there more of it?

Mr. Rodney: Since the senator is asking a question that is more in your realm, Ms. Steinhauer, I would turn it over. I can answer it from the drug perspective, but this is yours.

Ms. Steinhauer: It sounds like a prevalence question, and we do not have good means of gathering that data. We do have examples that sort of illustrate for us a cause for concern, and one that the Mental Health Board is currently looking at, or putting a lens on, is the whole issue of Ritalin, and the number of kids who are being prescribed that drug. We have parents talking to us and school teachers because kids are lining up in hallways to have their drugs dispensed to them, which is untenable, for many people. We are putting a lens on that, to find out what that is all about.

Senator Trenholme Counsell: What percentage of Alberta school children would be on Ritalin?

Ms. Steinhauer: I do not know the answer to that. I am sure we could obtain some of that information.

Senator Trenholme Counsell: Is it 5 per cent, 2 per cent, 10 per cent?

Ms. Steinhauer: I do not know, but there is a persistent belief that there is some overmedicating around that; is this drug the right answer for the right reasons? The questions are there, because the numbers are increasing. They are large enough to cause concern. It is not just individuals but clusters of kids.

Another one is FASD. In some areas, there is a tendency to presume that all behavioural disorders have their source in FASD, depending upon the area you are in, the kinds of history

Bien souvent, dans le cadre de ces audiences, nous entendons dire que le problème augmente énormément ou rapidement, et ainsi de suite. J'aimerais connaître vos opinions : Les gens se consacrent-ils vraiment à cette cause? Est-ce vraiment cela, ou est-ce le diagnostic? Nous avons entendu un jeune homme très bien qui nous a parlé des gens à Vancouver qui commencent à parler de leurs problèmes de santé mentale.

J'aimerais retrancher du tableau le facteur consommation de drogues, parce que je considère que c'est un facteur en soi. Cela fait certainement partie de la maladie mentale et peut en causer, mais j'aimerais mettre cela à part, bien que ce ne soit pas un problème distinct. Qu'en pensez-vous : la maladie mentale augmente-t-elle autant que certains le prétendent?

M. Rodney : Je pourrais peut-être remplir les blancs et y ajouter la maltraitance des enfants et d'autres phénomènes que nous vivons. Est-ce que cela est aujourd'hui plus courant? C'est vraiment là votre question : cela est-il à la hausse?

Le sénateur Trenholme Counsell : Je voulais parler de la maladie mentale. J'entends par là tout l'éventail, allant de la dépression réactionnelle à la schizophrénie, et cetera Est-ce qu'il y en a plus?

M. Rodney : Puisque le sénateur pose une question qui s'inscrit davantage dans votre domaine, madame Steinhauer, je vous cède la parole. Je pourrais donner une réponse côté drogues, mais ce domaine-ci est le vôtre.

Mme Steinhauer : Ce me semble être une question de prévalence, et nous ne disposons pas de bons moyens pour compiler ces données. Nous avons des exemples qui en quelque sorte illustrent pour nous une source d'inquiétude, et je pourrais vous citer une chose qu'examine à l'heure actuelle le Mental Health Board, et c'est toute la question du Ritalin et du nombre d'enfants à qui l'on prescrit ce médicament. Il y a des parents et des enseignants qui viennent nous voir car les enfants font la queue dans les couloirs pour qu'on leur distribue leurs médicaments, ce qui est intenable pour beaucoup de gens. Nous sommes en train d'examiner cela pour voir de quoi il retourne exactement.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quel pourcentage des écoliers albertains prennent du Ritalin?

Mme Steinhauer : Je ne connais pas la réponse à cette question. Je suis certaine que nous pourrions obtenir ce renseignement.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cinq pour cent, 2 p. 100, 10 p. 100?

Mme Steinhauer : Je ne sais pas, mais il a une croyance persistante qu'il se pratique de la surmédication. Ce médicament est-il la bonne réponse pour les bonnes raisons? Les questions sont là, car les nombres augmentent. Ils sont suffisamment importants pour que cela nous inquiète. Ce ne sont pas des cas isolés, mais des groupes d'enfants.

Une autre préoccupation est le syndrome d'alcoolisme fœtal. Dans certaines régions, l'on a tendance à présumer que tous les troubles de comportement sont dus au syndrome d'alcoolisme

there and the emotional, social climate and the relationships of people. They sort of latch on to a way of explaining what is going on, and in some areas it is ADHD.

That is not to say that there is not good diagnosis going on; it is just that people are very quick to refer what may be an acting-out behaviour through poor parenting practices, which then gets expressed as ADHD in the classroom. The question is, is this a medical issue or is this a family issue? I do not think that we have good knowledge around that.

The Acting Chairman: I, too, want to congratulate you on your vision in presenting this report as you move forward in your chosen area. The 50 years of experience should account for something. I personally will be looking forward to getting your document *Building Capacity — A Framework for Serving Albertans*, et cetera.

There is one word we have not talked about this morning — stigma. How do you address the issue of stigma? The other burning question for me is: Have you addressed it in your report as you move forward?

The second thing I would ask you to help me understand is the point of entry. You say that community services should come together and that there should be a primary case manager or a single point of contact. If a person is not feeling well and is looking for a diagnosis, would the family doctor not be the first point of contact in order for that person to access the system, and then the primary case manager would lead them through it? I do not see any mention of the doorkeeper, if you like. We have been hearing across the country that the doorkeeper is the family physician, but unfortunately for some people, there is no family physician. I would like your comments on that.

Mr. Rodney: By “stigma,” are you referring to the fact that many folks do not want to admit that they have a drug problem and that sort of thing, or a mental health one?

The Acting Chairman: Either one.

Mr. Rodney: There are other issues we could put in here as well. I will just answer from my perspective, and I am sure we would love to hear from Ms. Steinhauer on hers.

I think society is helping when it comes to stigma and drug issues. I am not happy to say this but it has almost become cool to have a drug problem because the Hollywood movie stars are experiencing it. Get your *In Style* magazine or whatever it happens to be, and somebody is going to rehab. or detox or whatever. Maybe it is just a matter of taking a little bit of the mystery away, or adding some in a positive peer pressure sort of way. I do not know. Whatever the case, I think people are becoming quicker to admit that there is a problem and going for help, and the same with the people around them. It is just the way

foetal, selon l'endroit où vous êtes, l'histoire de l'endroit, le climat social et émotionnel et les relations entre les gens. Les gens se raccrochent à cela comme explication de ce qui se passe, et dans d'autres endroits, ça va être l'hyperactivité avec déficit de l'attention.

Cela ne veut pas dire qu'il ne se fait pas du bon travail diagnostic; c'est simplement que les gens sont très prompts à renvoyer les enfants qui présentent un comportement de mise en acte, du fait de mauvaises pratiques parentales, exprimé comme hyperactivité avec déficit de l'attention en salle de classe, en pensant qu'il s'agit d'autre chose. La question est de savoir s'il s'agit d'un problème médical ou d'un problème familial? Je ne pense pas que nous soyons bien renseignés en la matière.

Le président suppléant : J'aimerais moi aussi vous féliciter de votre vision présentée dans votre rapport tourné vers l'avenir dans votre domaine. Ces 50 années d'expérience devraient compter pour quelque chose. J'ai personnellement très hâte de lire votre document intitulé *Building Capacity — A Framework for Serving Albertans*, et cetera.

Il est un terme dont nous n'avons pas parlé ce matin — stigmaté. Comment traiter de la question du stigmaté? L'autre question brûlante pour moi est la suivante : En avez-vous traité dans votre rapport sur les perspectives futures?

La deuxième chose que j'aimerais vous demander de m'aider à comprendre est le point d'entrée. Vous dites que les services communautaires devraient s'organiser et qu'il devrait y avoir un gestionnaire de cas primaire ou point de contact unique. Si une personne ne se sent pas bien et est à la recherche d'un diagnostic, est-ce que le médecin de famille ne serait pas le premier point de contact pour que cette personne ait accès au système, le gestionnaire de cas primaire se chargeant ensuite du cheminement? Je n'ai vu aucune mention de gardien, si vous voulez. On nous raconte d'un bout à l'autre du pays que le gardien de la porte est le médecin de famille, mais malheureusement, certaines personnes n'ont pas de médecin de famille. J'aimerais bien entendre vos commentaires là-dessus.

M. Rodney : Par « stigmaté » voulez-vous parler du fait que les gens sont si nombreux à ne pas vouloir reconnaître qu'ils ont un problème de drogue et autre, et un problème de santé mentale?

Le président suppléant : L'un ou l'autre.

M. Rodney : Il y a d'autres éléments que nous pourrions faire intervenir ici également. Je vais répondre depuis ma perspective, et je suis certain que vous aimeriez également entendre la perspective de Mme Steinhauer.

Je pense que la société est en train d'aider s'agissant de stigmaté et de questions de consommation de drogues. Cela ne me fait pas plaisir de le dire, mais cela est presque devenu cool d'avoir un problème de toxicomanie du fait des stars de Hollywood qui vivent cela. Il vous suffit d'ouvrir la revue *In Style* ou autre et vous y verrez qu'il y a quelqu'un qui part en cure ou en désintoxication ou autre. C'est peut-être le fait que l'on démystifie un peu les choses ou que cela injecte une pression positive de la part des pairs. Je ne sais pas. Quel que soit le cas, je pense que les gens reconnaissent plus rapidement qu'il y a un problème et

society is with child abuse and other things. I do not know if there is more or less than there has been in the past, but people are quicker to realize that there is a problem that they need to address.

When it comes to the primary case manager and the family doctor, indeed in this province and across the country we all know that there is such a shortage of family doctors. We mentioned educators earlier. Family doctors are in the same boat. It seems to me that they are just completely overburdened as it is.

I did not draw up the report. Perhaps Mr. Bell or Mr. Finnerty may want to give you a more detailed answer to that.

Mr. Bell: Sure. Our framework builds on the BC model that every door is the right door. Physicians' offices are one of those doors: only one of those doors, but one of those doors, and an important door as well.

Yes, many people do come into addictions treatment or into mental health services through a physician's office. Many in Alberta come directly to an AADAC office if that is the precipitating issue for them, or to a mental health clinic, if that is the precipitating issue for them.

One of the things we also fully recognize is the tremendous informal support system that is out there: the informal mental health services and addiction services that are delivered by school teachers, by clergy, by a whole potpourri of folks. As well, our self-help groups on addictions are a major door through which people begin to access services.

What we are talking about is that any service can be a potential door, and that may start with health, because we have to start some place, start with health agencies. That also includes justice and education, and all of those other services can also be the right door through which someone accesses services. That does not mean they necessarily receive the services there, but walking in through the door gets them referred to the right place.

The Acting Chairman: I understand what you are saying but for the person who is not feeling well, in order to access either one or all of those doors can become — Oh, I am not going to bother; it is just too awesome. The collaborative approach must be paramount, in order to take the individual — you, me, whoever — on that journey to get the best possible service. To me, the key is who is the first door that the ordinary person would access?

Mr. Bell: I think the other essential element is what I would call a warm hand-off; that, as a service provider, if we do a referral to someone else and just say, "Next Tuesday afternoon go there to another stranger," that is one approach. Another approach is to do a warm hand-off and, in fact, go with the person to that other

recherchent plus vite de l'aide, et c'est la même chose autour d'eux. C'est un peu la même chose qu'avec la maltraitance d'enfants et d'autres problèmes que tolère moins la société. J'ignore s'il y en a plus ou moins que par le passé, mais les gens sont plus prompts à constater qu'il y a un problème dont ils doivent s'occuper.

En ce qui concerne le gestionnaire de cas primaire et le médecin de famille, dans cette province et à l'échelle du pays, nous savons en effet tous qu'il y a une grave pénurie de médecins de famille. Nous avons mentionné plus tôt les éducateurs. Les médecins de famille sont dans le même bateau. Il me semble qu'ils sont tout simplement débordés en ce moment.

Je n'ai pas rédigé le rapport. Peut-être que M. Bell ou M. Finnerty pourraient vous fournir une réponse plus détaillée à cette question.

M. Bell : Certainement. Notre cadre s'appuie sur le modèle de la Colombie-Britannique selon lequel chaque porte est la bonne porte. Le cabinet du médecin est l'une de ces portes : ce n'est qu'une porte, mais c'en est une, et c'est une porte importante.

Oui, les gens sont nombreux à atterrir en traitement de toxicomanie ou en services de traitement de santé mentale après être passés par le bureau de leur médecin. En Alberta, beaucoup se présentent directement à un bureau de l'AADAC, si leur problème est de cette nature-là, ou à une clinique de santé mentale, si leur problème s'inscrit dans ce registre-là.

L'une des choses que nous reconnaissons pleinement c'est l'énorme système de soutien informel qui existe : les services de santé mentale et les services de toxicomanie informels qui sont offerts par des enseignants, des membres du clergé, par tout un pot-pourri de gens. Par ailleurs, nos groupes d'auto-assistance pour lutter contre la toxicomanie sont une autre grande porte par laquelle les gens peuvent accéder à des services.

Ce que nous disons, c'est que tout service peut être une porte potentielle, et cela peut commencer avec la santé, car il nous faut commencer quelque part, alors autant commencer par les agences de santé. Cela englobe également la justice et l'éducation et tous ces autres services peuvent eux aussi être la bonne porte par laquelle une personne accède au service dont elle a besoin. Cela ne veut pas dire qu'elle y reçoit forcément les services dont elle a besoin, mais le simple fait de franchir le seuil de la porte l'amène à être renvoyée au bon endroit.

Le président suppléant : Je comprends ce que vous dites, mais pour la personne qui ne se sent pas bien, pour accéder à l'une ou l'autre ou à toutes ces portes, cela peut — Oh, je ne vais pas m'en donner la peine, c'est trop intimidant. L'approche de collaboration doit l'emporter, afin que l'intéressé — vous, moi, n'importe qui — qui est en train de faire ce parcours obtienne les meilleures services possibles. Pour moi la clé est de savoir qui est la première porte par laquelle le citoyen ordinaire aurait accès?

M. Bell : Je pense que l'autre élément essentiel est ce que j'appellerais un transfert chaleureux. En d'autres termes, en tant que prestataire de services, si nous renvoyons quelqu'un en disant simplement, « Mardi prochain en après-midi vous devez vous présenter à tel endroit pour rencontrer un autre étranger », c'est là

place and say, "Here is Sally, and she will meet with you next Tuesday and here are some of the things on which she will work with you."

Our model talks as well about the importance of case management, in terms of one person in the system — presumably, or most usually, that first door — who becomes an advocate for me; that they, in fact, walk with me through whatever services I need, in whatever way I need them.

The Acting Chairman: If we are to deliver a continuum of service for the people who need it most, in this case mental health consumers, there has to be seamless delivery. It is not as though your arm hurts or your leg hurts, that it is a physical thing; it is here. Mental illness is not easily seen. We looked at different models and talked about them. The one that I like, I call it "one-stop shopping." In other words, a place where, in a community setting, there are available the various people who can attend in a holistic way to the person in order to bring them through the continuum to wellness, if you like.

Have you had any experience, or have you looked at those kind of community models: a doctor, a nurse, a psychiatrist, a psychologist, whoever is necessary in that setting? They need not be there, you know, from eight to four or whatever. They could move in and out of clinics as required, especially for our rural populations.

Ms. Steinhauer: Yes.

The Acting Chairman: Our urban populations have different needs than our rural populations. I understand the rural needs. I come from what I call a rural area. My city is 175,000 people, and after that it is small communities. I am wondering how we can deliver these wonderful ideas, services and practices in a practical manner to the isolated parts of our country. Can you help me with that one?

Ms. Steinhauer: You speak to some things that touch me, because I too come from a rural area. The whole issue of stigma, first of all, is unfortunately alive and well in both the addictions and the mental health areas, and we do have some provincial initiatives going on. However, it is an area on which I think we need to have a national campaign.

I think as we move more to shared care models, we do understand that the physician, the family doctor, is the primary entry for people with mental health illness, mental health disorders. The next question is: What are we doing to build their capacity to respond? It is easier in the urban centres where you may be located with a psychiatrist or a psych unit or those kind of resources. In that case the referral and the hand-off and the response is very quick. However, in the rural areas, where you

une approche. Une autre approche est de faire un renvoi chaleureux en accompagnant en fait la personne à l'autre endroit et en lui disant, « Voici Sally, et elle va vous rencontrer mardi prochain et voici certaines choses auxquelles elle va travailler avec vous ».

Notre modèle traite aussi de l'importance de la gestion de dossiers, avec au sein du système une personne — présumément ou en tout cas habituellement la première porte — qui deviendra mon défenseur; cette personne va en fait m'accompagner pour tous les services dont j'ai besoin, selon mes besoins.

Le président suppléant : Si nous allons livrer un continuum de services aux personnes qui en ont le plus besoin, dans ce cas-ci les consommateurs de services de santé mentale, alors il faut qu'il y ait une prestation de services sans couture. Ce n'est pas comme lorsque vous avez mal au bras ou mal à une jambe, auquel cas c'est physique; c'est dans la tête. La maladie mentale, ce n'est pas facile à voir. Nous avons envisagé différents modèles et en avons discuté. Celui que j'aime, j'appelle cela le « guichet unique ». En d'autres termes, c'est un endroit où, dans un cadre communautaire, il y a, réunies ensemble, les différentes personnes pouvant s'occuper holistiquement d'un patient pour l'accompagner tout au long du continuum jusqu'au rétablissement, si vous voulez.

Avez-vous une expérience ou avez-vous regardé ces genres de modèles communautaires : un médecin, une infirmière, un psychiatre, un psychologue, et tout autre intervenant qui serait requis dans ce cadre? Il n'est pas nécessaire que ces gens-là soient sur place, vous savez, de 8 h à 4 h ou autre. Ils peuvent aller et venir dans les cliniques en fonction des besoins, surtout en milieu rural.

Mme Steinhauer : Oui.

Le président suppléant : Nos populations urbaines ont des besoins différents de ceux de nos populations rurales. Je comprends les besoins ruraux. Je viens de ce que j'appellerais une région rurale. Ma ville compte 175 000 personnes, et après cela, ce ne sont que de petites localités. J'aimerais savoir comment nous pourrions livrer ces merveilleux services, idées et pratiques, de façon pratique, dans les régions isolées de notre pays. Pourriez-vous m'aider là-dessus?

Mme Steinhauer : Vous parlez là de certaines choses qui me touchent, car je viens moi aussi d'une région rurale. Toute la question du stigmate, pour commencer, est bien présente, et pour les problèmes de toxicomanie et pour les questions de santé mentale, et nous avons certaines initiatives provinciales en cours. Cependant, c'est un domaine dans lequel il nous faut, je pense, une campagne nationale.

Je pense qu'au fur et à mesure que nous tendons plus vers des modèles de soins partagés, nous comprenons que les médecins, les médecins de famille, sont le point d'entrée principal pour les personnes souffrant de maladie mentale, de troubles de santé mentale. La question suivante est celle-ci : que faisons-nous pour bâtir leur capacité de répondre? C'est plus facile dans les centres urbains où vous êtes peut-être voisin d'un psychiatre, d'une unité de psychiatrie ou d'une autre ressource du genre. Dans de telles

have scattered resources, it is a very different picture; you do not have those specialized kinds of supports. Thus we have been working at building that capacity.

We have also got telehealth and tele-mental health in the province, and that has been a huge assist for family doctors who can access not only immediate access to a psychiatrist and to psych. services support, or whatever, but they can have ongoing training in those areas through tele-mental health sessions.

The whole area of dual disorders and whether there is understanding in the regions on what eating disorders might be, or whatever the issues are, the doctors say, "We need to know more about this." We can offer it as a telehealth training session by video conferencing and through other disciplines, not just medical.

We try and build care teams in those communities where the physician is the primary entry, and the resource support is then how do we use those technologies available to us to enhance their capacity to respond? Gains are being made, but it is not an issue we will resolve quickly, especially in the isolated areas.

As we move to the shared care models, I am happy that we have more and more people and we are actually demystifying mental health, which I think is a good thing. We need to demystify it. We need to put it out there more in the hands of stakeholders because interveners are not just the doctor. They, in fact, may be a family provider. They could be a business owner. As we demystify more of that and put more practical understanding and more practical tools in the hands of front line service workers, I think we can create that shared care concept.

The Acting Chairman: Thank you. Working together, we will make a difference. I look forward to your document and thank you for sharing with us this morning.

The committee adjourned.

EDMONTON, Thursday, June 9, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:16 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Joan Cook (*Acting Chairman*) in the chair.

situations, le renvoi, le transfert de dossier et le suivi peuvent se faire très rapidement. Cependant, en région rurale, lorsque vous avez des ressources éparses, c'est un tout autre tableau; vous n'avez pas ces soutiens spécialisés. C'est pourquoi nous nous sommes attachés à bâtir cette capacité.

Nous avons également dans la province la télésanté et la télésanté mentale, et cela a été d'une aide précieuse aux médecins de famille qui peuvent ainsi non seulement accéder immédiatement à un psychiatre et à des services psychiatriques de soutien ou autre, mais à une formation permanente dans ces domaines par le biais de sessions de télésanté mentale.

Toute la question des troubles doubles, et celle de savoir si les gens comprennent en région ce que sont les troubles de l'alimentation ou autres... Dans tous ces cas les médecins disent, « Il nous faut en savoir plus là-dessus ». Nous pouvons leur offrir des sessions de formation de télésanté par vidéoconférence, et nous pouvons offrir des programmes dans d'autres disciplines, et pas simplement médicales.

Nous nous efforçons de monter des équipes de soignants dans ces collectivités où le médecin est la principe porte d'entrée, et la question côté ressources de soutien est alors celle de savoir comment utiliser ces technologies dont nous disposons pour améliorer leur capacité de répondre aux besoins. Des gains sont en train d'être faits, mais ce n'est pas une question que nous réglerons rapidement, surtout en région isolée.

Maintenant que nous tendons vers des modèles de soins partagés, je suis heureuse qu'il y ait de plus en plus de gens et que nous parvenions véritablement à démystifier la santé mentale, ce qui est, je pense, une bonne chose. Il nous faut la démystifier. Il nous faut mettre plus d'éléments aux mains des parties prenantes, car les intervenants ne se résument pas aux seuls médecins. Il pourrait en fait s'agir d'un soutien de famille. Il pourrait s'agir d'un propriétaire d'entreprise. Au fur et à mesure que nous démystifierons la question et que nous mettrons davantage de connaissances pratiques et d'outils pratiques aux mains des travailleurs des premières lignes, je pense que nous créerons ce concept de soins partagés.

Le président suppléant : Merci. Nous parviendrons à changer les choses en travaillant ensemble. J'envisage avec plaisir de lire votre document et je vous remercie de cet échange que nous avons pu avoir ici ce matin.

La séance est levée.

EDMONTON, le jeudi 9 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est rencontré ce jour à 13 h 16 pour examiner des questions touchant à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Joan Cook : (*présidente suppléante*) occupe le fauteuil.

[English]

The Acting Chairman: Senators, Ms. Geraldine Cardinal, who was to appear before the committee this morning, is with us this afternoon. We also have with us Mr. Sykes Powderface, Ms. Gloria Laird and Ms. Elsie Bastien.

Ms. Cardinal, do you have a presentation to make?

Ms. Geraldine Cardinal, as an individual: I do not have a presentation to make right now.

The Acting Chairman: Take your time. If you would feel more comfortable, we will move on to the next witness and then you can come in when you are comfortable with speaking. Would that be all right?

Ms. Cardinal: I will answer some of the questions that you may have. I would let you know now that I just came back from my older brother's funeral.

The Acting Chairman: It is a difficult day for you.

Ms. Cardinal: Yes, it is.

The Acting Chairman: Perhaps the rest of the panel could identify themselves.

Ms. Elsie Bastien, Aboriginal Liaison Coordinator, Alberta Mental Health Board: With the understanding that we had five to seven minutes per speaker to make a submission, as a group we got together and developed our submission. We have a formal presentation which the group has asked me to read to the committee. We will then respond to any questions.

Mr. Sykes Powderface, Co-Chair, Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee: As Elsie mentioned, we have a written submission that we are prepared to submit, and we are prepared to expand orally on points of concern to the committee.

Ms. Gloria Laird, Co-Chair, Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee: I thought before we started we would give you some background on our Wisdom Committee.

The committee is comprised of elders and community people from across the province of Alberta and Nunavut. We have elders and community people consisting of First Nations people, Metis people, and a lady from Nunavut.

Some of the concerns and issues we will be raising have been raised through our committee regarding Aboriginal mental health. We look forward to sharing this information with you.

In everything we do in our Wisdom Committee, we start with prayers and a sacred ceremony. Those form part of the meetings that we have three times a year.

The Acting Chairman: Ms. Bastien, you may proceed on behalf of your group.

[Traduction]

La présidente suppléante : Sénateurs, Mme Geraldine Cardinal, qui devait comparaître ce matin devant notre comité, s'est jointe à nous cet après-midi. Nous avons également avec nous M. Sykes Powderface, Mme Gloria Laird et Mme Elsie Bastien.

Madame Cardinal, avez-vous un exposé à faire?

Mme Geraldine Cardinal, à titre personnel : Je n'ai pas d'exposé à faire maintenant.

La présidente suppléante : Prenez votre temps. Si cela vous met plus à l'aise, nous allons passer au témoin suivant puis, nous pouvons revenir à vous lorsque vous serez prête à parler. Est-ce que cela vous convient?

Mme Cardinal : Je peux répondre aux questions que vous aurez. Je vous dirai simplement que je reviens juste des funérailles de mon frère aîné.

La présidente suppléante : Cette journée a été difficile pour vous.

Mme Cardinal : Oui c'est difficile.

La présidente suppléante : Peut-être que les autres témoins pourraient décliner leur identité.

Mme Elsie Bastien, coordinatrice des liaisons avec les Autochtones, Alberta Mental Health Board : Vu que nous avons cinq à sept minutes par orateur pour faire une présentation, nous avons décidé de nous regrouper en tant que groupe et d'élaborer notre exposé. Nous avons une présentation formelle que le groupe m'a demandé de lire au comité. Puis, nous répondrons à toutes les questions.

M. Sykes Powderface, coprésident, Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee : Comme l'a mentionné Elsie, nous avons un exposé écrit que nous sommes prêts à vous soumettre et nous sommes prêts à élaborer oralement sur les points qui préoccupent le comité.

Mme Gloria Laird, coprésidente, Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee : Je pensais qu'avant de débiter, nous pourrions vous donner un peu le contexte de notre comité de la sagesse.

Ce comité est constitué des d'ainés et de personnes provenant de communauté dans l'ensemble de la province de l'Alberta et du Nunavut. Nous avons des aînés et des gens de la communauté formés de peuple des Premières nations, de peuple Métis, nous avons une femme originaire du Nunavut.

Certaines des questions et des préoccupations que nous allons soulever, ont déjà été soulevées dans notre propre comité à propos de la santé mentale des Autochtones. Nous sommes prêts à partager ces informations avec vous.

Dans tout ce que nous faisons autour de notre comité de la sagesse, nous commençons par des prières et par une cérémonie sacrée. Elles font partie intégrante des réunions que nous tenons trois fois par an.

La présidente suppléante : Madame Bastien, vous pouvez commencer au nom de votre groupe.

Ms. Bastien: Senators, we would like to take this opportunity to thank you for inviting us to speak today on this topic.

Given our present time frame and the amount of material we would like to discuss with you to give this topic appropriate and respectful coverage, we recognize that we will merely uncover the tip of the iceberg and, like the iceberg, what will remain uncovered is immense.

Mental health amongst Aboriginal people can be described as bleak. The quality of life that can be presented through statistics on the socio-economic indicators of Alberta and/or Canadian society does not accurately reflect the quality of life of Aboriginal people.

Although Aboriginal people make up only 5 per cent of the Albertan population and approximately 3.3 of the Canadian population, we are overrepresented in intrusive social programs including incarceration rates of 31 per cent in Alberta, 73 per cent in Saskatchewan, and 57 per cent in Manitoba. In child welfare involvement, Aboriginal children are placed into care at a rate of 4.5 times that of other Canadian children. We are also more likely to have more suicides, increased alcohol and drug abuse, domestic violence, et cetera.

Statistics Canada figures tell us that our Aboriginal population is primarily young people under the age of 25 with little success in the primary education process and unemployment rates of up to 85 per cent in some communities, which is becoming a growing concern for the next generation labour force. Life chances for our children as described in sociologic terms remain poor as the majority of our population lives below the poverty line.

A report by federal bureaucrats states that the high level of social stress and conflict found in Aboriginal communities is morally, ethically, and politically unacceptable. It also reports that nearly half of Canadians believe that the standard of living of Aboriginals is the same or better than that of the average Canadian and that 40 per cent believe that Aboriginal people have themselves to blame for their problems.

A study by Cardinal tracked the usage of First Nations people in Alberta in the year 2000 and compared their usage of the health care system with that of a control group of non-First Nations people in the same category of age sex, and geographic locations. Some of the conclusions that can be drawn from this study include the following: that the statistics representing Alberta Aboriginal people are higher in illness diagnosis, with the exception of cancer, in comparison to the non-Aboriginal control group; that Alberta Aboriginal people are hospitalized for a longer time than non-Aboriginal people for mental health reasons, with a minimum of one week's hospitalization; and that the utilization by Alberta Aboriginal people of all health facilities

Mme Bastien : Sénateurs, nous aimerions prendre cette occasion pour vous remercier de nous avoir invités à parler aujourd'hui de ce sujet.

Étant donné du temps dont nous disposons et la quantité de matériel que nous aimerions discuter avec vous, afin de donner au sujet le temps et le respect qu'il mérite, nous reconnaissons que nous ne pourrions que découvrir la partie émergée de l'iceberg et, comme pour l'iceberg, ce qui restera en dessous est immense.

La santé mentale parmi les peuples autochtones peut être considérée comme quelque chose de morne. La qualité de vie qui peut être présentée par l'intermédiaire des statistiques sur les indicateurs sociaux économiques de l'Alberta et/ou de la société canadienne ne reflète pas de façon exacte la qualité de vie des peuples autochtones.

Bien que les peuples autochtones ne constituent que 5 p. 100 de la population albertaine et à peu près 3,3 p. 100 de la population canadienne, nous sommes surreprésentés dans des programmes sociaux dérangeants, comprenant des taux d'incarcération de 31 p. 100 en Alberta, de 73 p. 100 en Saskatchewan et de 57 p. 100 au Manitoba. En ce qui concerne la participation à la protection de l'enfance, les enfants autochtones sont confiés à des établissements de soins 4,5 fois plus que les autres enfants canadiens. Nous avons également tendance à retrouver plus de suicides, plus d'alcoolisme et de toxicomanie, de violence domestique et cetera.

Les chiffres de Statistique Canada nous disent que la population autochtone est essentiellement une population jeune de moins de 25 ans, avec peu de réussite au niveau primaire et des taux de chômage qui vont jusqu'à 80 p. 100 dans certaines collectivités, ce qui devient de plus en plus troublant en ce qui concerne la main d'œuvre pour la prochaine génération. Les chances dans la vie de nos enfants tels qu'ils sont décrits en terme sociologique restent pauvres, alors que la majorité de notre population vit en deçà du seuil de la pauvreté.

Un rapport publié par des bureaucrates fédéraux indique que le niveau élevé de stress social et de conflits que l'on retrouve dans les collectivités autochtones est inacceptable d'un point de vue moral, éthique et politique. Le rapport indique également que pratiquement la moitié des Canadiens croient que le niveau de vie des Autochtones est le même que ceux des Canadiens moyens ou meilleur et 40 p. 100 des Canadiens croient que les peuples autochtones sont les seuls responsables de leurs propres problèmes.

Une étude menée par Cardinal a fait le suivi de l'utilisation du système de soins de santé par les peuples des Premières nations en Alberta pendant l'année 2000 et a comparé cette utilisation avec celle d'un groupe témoin de personnes ne provenant pas des Premières nations dans la même catégorie d'âge, de sexe et de lieux géographiques. Voici certaines des conclusions que nous pouvons tirer de cette étude : les statistiques représentant les Autochtones de l'Alberta sont plus élevées en ce qui concerne des diagnostics de maladie, sauf pour le cancer, en comparaison avec le groupe témoin non autochtone; les Autochtones de l'Alberta sont hospitalisés plus longtemps pour des raisons de santé mentale que les non autochtones, avec un minimum d'une

is higher than the control group, with the exception of community mental health clinics. That is the only facility that is used less by Alberta Aboriginal people when compared with the usage by non-Aboriginal people.

The present mental health system does not know how to meet the mental health needs of Aboriginal people. Yet, considerable Aboriginal expertise and best practices in Aboriginal mental health are available as a potential foundation for appropriate mental health services strategies.

The answers to this are available through communication with our elders and through the numerous studies and reports that have been prepared after consultation with Aboriginal people, including the RCAP and other data, yet the appropriateness and the accessibility of resources and services continue to be limited.

The solution will begin by ensuring that Aboriginal people are involved in all stages of the collaborative movement from planning, design, implementation and evaluating program delivery. The problems are community based and need to be defined and determined by the community.

Mental health is a concern for Aboriginal communities not because Aboriginal people have higher rates of severe mental illness such as schizophrenia, but because so many show signs of low level yet debilitating disturbances. The indicators of this are the high rates of alcohol and drug abuse, suicide, accidents, violence, as well as educational failure, unemployment and incarceration.

Many factors have contributed to the present situation of Aboriginal people. Prior to European contact, Aboriginal societies were strong and self-sufficient. While Aboriginal people were never conquered, the process of colonization resulted in debilitating losses. Policies of displacement and assimilation, for example, the residential schools, separating children from their parents in the community, the forbidding of the use of their language, and the banning of social and spiritual practices deprived Aboriginal people of their traditional, social, economic, and political identity and empowerment. There is clear, compelling evidence that the long history of cultural oppression and marginalization has contributed to the high levels of mental health problems found in many Aboriginal communities.

There is evidence that strengthening ethno cultural identity, community integration, and political empowerment can contribute to improving mental health in this population.

For the majority of Aboriginal people, it is important to approach mental health from a holistic wellness context where health means balance and harmony within and among each of the four aspects of human nature: physical, emotional, mental and spiritual. Holistic wellness in Aboriginal culture is inseparable

semaine d'hospitalisation; l'utilisation des centres de soins par les Autochtones de l'Alberta est plus importante que celle du groupe témoin, avec l'exception de l'utilisation de cliniques de santé mentale communautaires. C'est le seul centre de soins qui est utilisé moins souvent par les Autochtones de l'Alberta, lorsque cette utilisation est comparée avec celle des non autochtones.

Le système de santé mentale actuel ne sait pas comment satisfaire les besoins en santé mentale des peuples autochtones. Pourtant, il serait possible d'établir des stratégies de soins en santé mentale appropriées grâce à l'expertise et aux pratiques exemplaires disponibles en matière de santé mentale chez les Autochtones.

On peut trouver des solutions à ces questions en communiquant avec nos aînés et en consultant les nombreuses études et rapports qui ont été préparés après consultation avec les Autochtones, y compris la CRPA et d'autres données; pourtant, il existe toujours des lacunes dans le bien-fondé et l'accessibilité des ressources et des services offerts.

La solution émergera lorsqu'on s'assurera que les peuples autochtones participent à toutes les étapes de l'élaboration des services, soit la planification, la conception, la mise en place et l'évaluation de la prestation des programmes. Les problèmes touchent les collectivités, c'est pourquoi ils doivent être définis et déterminés par les collectivités.

La santé mentale est une préoccupation pour les Autochtones non pas parce que les Autochtones ont des taux plus élevés de maladie mentale aiguë telle que la schizophrénie, mais parce qu'un bon nombre d'entre eux ont des symptômes de troubles mentaux de faible niveau, dont les effets sont pourtant débilissants. Les indicateurs de ce fait sont les taux élevés d'alcoolisme, de toxicomanie, de suicides, d'accidents, de violence, ainsi que les échecs scolaires, le chômage et l'incarcération.

De nombreux facteurs ont contribué à la situation actuelle des Autochtones. Avant tout contact avec les Européens, les sociétés autochtones étaient des sociétés fortes et autonomes. Si les Autochtones n'ont jamais été conquis, le processus de la colonisation a donné lieu à des pertes affaiblissantes. Les politiques de déplacement et d'assimilation, par exemple, les pensionnats, la séparation des enfants de leurs parents dans la communauté, l'interdiction d'utiliser leur propre langue et le bannissement de pratiques sociales et spirituelles ont privé les Autochtones de leur identité traditionnelle, sociale, économique et politique, ainsi que de leur autonomisation. Nous avons des preuves évidentes et péremptoires que cette longue histoire d'oppression culturelle et de marginalisation a contribué à la forte prévalence de problèmes de santé mentale que l'on retrouve dans beaucoup de communautés autochtones.

Il a été prouvé que le renforcement de l'identité ethnoculturelle, l'intégration communautaire et l'autonomisation politique peuvent contribuer à améliorer la santé mentale chez ces gens.

Pour la majorité des Autochtones, il est important d'aborder la santé mentale dans un contexte de bien-être holistique, où la santé signifie équilibre et harmonie dans les quatre aspects de la nature humaine : le physique, l'affectif, le mental et le spirituel. Dans la culture autochtone, le bien-être holistique comprend

from emotional, physical, mental and spiritual health. A holistic approach combines cultural sensitivity and proven clinical practice with traditional healing methods.

Tradition holds, and it is widely believed, that every action in life is centred on the spirit. Spirituality is an integral component of all actions and encompasses all which are prevalent in the world view. There must be balance and, subsequently, a responsibility to seek out ongoing balance and interconnectedness of relationships.

I will now speak to some recommendations. Then we will give you some written responses to some questions in your third report.

The goal of this portion of the submission is to identify key components, within a holistic context, in improving mental health delivery in Aboriginal communities that correspond and complement the diversity of Aboriginal communities. The goal can be implemented through the integration of the following practice methods within the design of mental health in Aboriginal communities: incorporate Aboriginal community values, protocols, into the methodology when working with Aboriginal people, acknowledging that Aboriginal people are not a homogenous group; educate policy-makers and program developers about the unique situation — consider the socio-economic effects of the historical process of Aboriginal people; identify ways for mental health to be more reflective, holistic, including the socio-economic implications of the human ecology, and the unique needs of the Aboriginal community; explore ways to provide resources and to facilitate approaches to increase Aboriginal communities' capacities. We must increase access to culturally appropriate services for Aboriginal children and families and provide training opportunities for those who serve them.

We should develop resources for Aboriginal mental health to include service provision for families and children with FASD and present social issues that include child prostitution and Aboriginal addictions.

We must explore, coordinate and develop models of integrated services that will combine the best practices of traditional Aboriginal holistic healing methods with mainstream mental health care. We should promote resource strategies for Aboriginal culturally relevant services to Aboriginal people.

We must target research to include a community capacity building intervention component that is inclusive of the individual, the family, and the entire community, with a longevity component. At a community level, research has shown that the success of program development and delivery is enhanced when the program includes community capacity-building interventions that encompass the individual, the family and the entire community, and that the process factors in other issues that impact clients' lives such as housing, environmental factors,

obligatoirement la santé affective, physique, mentale et spirituelle. L'approche holistique combine la sensibilité culturelle et les pratiques cliniques éprouvées avec des méthodes de guérison traditionnelles.

La tradition soutient, et c'est une pensée courante, que chaque action de la vie est centrée dans l'esprit. La spiritualité fait partie intégrante de toutes nos actions et touche à tout ce qui existe dans notre vision du monde. Il doit y avoir équilibre et, ainsi, une responsabilité de rechercher un équilibre continu et l'interdépendance des relations.

Je vais maintenant aborder certaines recommandations. Nous vous fournirons ensuite certaines réponses écrites aux questions que renferme votre troisième rapport.

Cette partie du mémoire vise à déterminer les éléments clés, dans un contexte holistique, qui permettent d'améliorer la prestation des soins de santé mentale aux collectivités autochtones afin de tenir compte de la diversité des collectivités autochtones. Cet objectif peut être mis en œuvre par l'intégration des méthodes suivantes dans la conception des soins de santé mentale destinés aux Autochtones : Incorporer les valeurs et les protocoles de la collectivité autochtone dans la méthodologie, lorsque l'on travaille avec des Autochtones, et reconnaître que les Autochtones ne forment pas un groupe homogène; sensibiliser les décideurs et les responsables des programmes à propos de leur situation unique — tenir compte des répercussions socio-économiques du contexte historique entourant les Autochtones; déterminer des façons de rendre la santé mentale plus réflexive, holistique, en tenant compte des aspects socio-économiques de l'écologie humaine et des besoins propres à la collectivité autochtone; trouver des moyens de fournir des ressources et de faciliter des approches qui permettent d'accroître les capacités des collectivités autochtones. Nous devons accroître l'accès à des services adaptés aux réalités culturelles à l'intention des enfants et des familles autochtones et offrir des possibilités de formation à ceux qui les servent.

Nous devrions développer des ressources pour la santé mentale autochtone qui comprennent des services à l'intention des familles et des enfants ayant des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et qui présentent des problèmes sociaux comme la prostitution juvénile et la toxicomanie.

Nous devons étudier, coordonner et élaborer des modèles de services intégrés qui combineront les méthodes traditionnelles de guérison holistique des Autochtones et les soins conventionnels en matière de santé mentale. Nous devrions promouvoir des stratégies en matière de ressources pour mettre sur pied des services adaptés aux réalités culturelles des Autochtones.

Nous devons cibler la recherche afin qu'elle comporte un élément d'intervention communautaire pour le renforcement des capacités qui englobe les particuliers, la famille et la collectivité dans son ensemble, auxquels s'ajoute un élément de longévité. Au niveau communautaire, la recherche a montré que l'efficacité de l'élaboration et de l'exécution des programmes se trouve améliorée lorsque le programme comporte des interventions communautaires en matière de renforcement des capacités qui englobent le particulier, la famille et l'ensemble de la collectivité,

inappropriate educational systems, poverty, lack of comprehensive and responsible health care, high rates of Aboriginal children being apprehended by Alberta Child Welfare and placed in non-Aboriginal homes; and a lack of traditional culturally orientated parenting skills.

We can no longer ignore the political and economic consequences of the poor mental health of our Aboriginal community and its implications on individual and community healing. These must occur together as the individual is not separate from the community to which he or she belongs.

We will now respond to some of the questions. We have a joint response. In preparation for today's meeting, we focused on some specific questions in your third, interim report, *Mental Health, Mental Illness, and Addictions: Issues and Options for Canada*.

Question 1.2 on page 7 is: What mechanisms must be put in place to deliver services and supports in a culturally appropriate manner? Research demonstrates that the present level of programming and services does not evidentially impact the continued overrepresentation of Aboriginal people within our health and social systems. One variable for consideration may lie in the definition of a problem that subsequently will limit our solution alternatives. How one defines a problem will provide the options for the solution.

Within traditional social thought, mental health has foundations in the medical model which is based on reducing the prevalence of the disorder or ameliorating the disorder.

The domain of mental health prevention presupposes some natural assumptions about health that are culturally biased. These assumptions guide our solution inquiry and therefore may result in an ethnocentric solution that delivers poor outcomes and that are then subsequently tagged as non-compliance of the participants.

It is imperative that all planning acknowledges that it arises from a philosophical base, and we must begin to take into account the complex interrelationships between the physical, mental, emotional, and spiritual. These mechanisms, once defined as our indicators, will challenge our work and preclude the design of a more holistic approach that is more appropriate for the target population.

Research concludes that the historical governmental influences through colonization, with the subsequent creation of oppressive conditions, is now operationalized as internalized oppressive dynamics which can be significantly found within Aboriginal communities and continue to perpetuate anomie, horizontal violence, and other dynamics that Duran Duran calls "The walking wounded."

et le processus qui influe sur d'autres aspects ayant des incidences sur la vie des clients comme le logement, l'environnement, les systèmes d'éducation inappropriés, la pauvreté, l'absence de soins de santé complets et responsables, le taux élevé d'enfants autochtones appréhendés par les Services de protection de l'enfance de l'Alberta et placés dans des foyers non autochtones, et l'absence de compétences parentales axées sur la culture traditionnelle.

Nous ne pouvons plus ignorer les conséquences politiques et économiques des problèmes de santé mentale de nos collectivités autochtones et leurs incidences au niveau de la guérison individuelle et communautaire. Cela doit se faire conjointement afin que l'individu ne soit pas séparé de la collectivité à laquelle il appartient.

Nous répondrons maintenant à certaines des questions que vous avez posées. Nous avons préparé une réponse conjointe. En préparation pour la séance d'aujourd'hui, nous avons mis l'accent sur certaines questions particulières de votre troisième rapport provisoire intitulé *Santé mentale, maladies mentales et toxicomanies : Problèmes et options pour le Canada*.

La question 1.2 à la page 7 est la suivante : de quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client? La recherche indique que le niveau actuel de programmes et de services n'influe pas de façon évidente sur la surreprésentation permanente des Autochtones dans nos systèmes de santé et nos systèmes sociaux. Une variable à envisager serait la définition d'un problème, ce qui par la suite pourrait limiter les solutions de rechange à notre disposition. La façon dont nous définirons le problème permettra de déterminer les solutions possibles.

Selon la pensée sociale traditionnelle, la santé mentale s'appuie sur un modèle médical fondé sur la diminution de la prévalence de la maladie ou l'amélioration de la maladie.

Le domaine de la prévention de la maladie mentale repose sur des hypothèses naturelles à propos de la santé qui sont entachées de préjugés culturels. Ces hypothèses orientent notre quête de solutions et peuvent par conséquent aboutir à une solution ethnocentrique qui donne de piètres résultats que l'on attribue par la suite à la non-observance du traitement de la part des participants.

Il est essentiel que la planification dans son ensemble découle d'une position philosophique, et nous devons commencer à tenir compte des liens complexes qui existent entre les aspects physique, mental, émotionnel et spirituel. Ces mécanismes, une fois qu'ils seront définis en tant qu'indicateurs, seront un défi pour notre travail et nous permettront de mettre au point une approche plus holistique et plus appropriée pour la population cible.

La recherche conclut que les influences historiques exercées par le gouvernement par le biais de la colonisation, qui ont entraîné des conditions d'oppression, sont désormais opérationnalisées en tant que dynamique oppressive internalisée dont on peut constater l'existence dans les collectivités autochtones et elles perpétuent l'anomie, la violence horizontale et d'autres dynamiques des écorchés vifs, comme les appellent Duran Duran.

Aboriginal people will predominantly identify significantly more psychosocial and environmental stressors as precipitating suicidal ideation. This suggests that planning needs are more of a holistic nature. When addressing the mental health needs of an Aboriginal community, it is difficult to ignore the impact of social, economic, and health determinants. Any work with Aboriginal people requires an awareness of the historical process that continues to impact present day conditions. Historical awareness is premised on the belief that only through understanding a people's history can an individual begin to develop an understanding of the present day issues. It means that we promote practices that are respectful of people's relationship to the world around them and the ways in which their relative power and prestige shapes their ability to realize their goals.

On page 7, question two, you ask: Is there a specific role for the federal government, given its responsibility for the promotion of multiculturalism?

The majority of Aboriginal people perceive multiculturalism to reflect the empirical description of an ethnic reality in Canada specific to immigrating minority groups. That includes a prescriptive statement on ideas and ideals that extols their virtues of tolerance and diversity to further economic growth within the global markets.

The main objective of the policy of multiculturalism is to promote the cultural heritage of minorities and to break down discriminatory attitudes and cultural barriers to promote the full participation of minorities in society. The policy is limited, with its focus on cultural barriers with little to no recognition of the systemic, historical, and structural roots of racism and ethnic inequality.

The federal government, within its responsibility for the promotion of multiculturalism, might revisit the focus and acknowledge the systemic, historical, and structural roots of racism and ethnic inequality, which would certainly impact changes in employment practices, housing, and education practices, and which would, in the long term, provide a positive impact on the mental health of all Canadians.

Question three on page 7 is: What can the federal government do to help ensure that language is not a barrier to receiving needed care?

In addressing the mental health of Aboriginal people, one cannot understate the importance of working in partnership with Aboriginal people, provincial health authorities, First Nation and Inuit health authorities and, in doing so, ensuring the need for appropriate translators and interpreters as a necessary component to ensure that language is not a barrier to receiving care. The issue in regards to language encompasses the speaker's responsibility to speak in terms that are based in the listener's reality. As professionals, we need to ensure that how we speak is engaging and not intimidating.

Les Autochtones identifient un nombre nettement plus important de facteurs de stress d'ordre psychosocial et environnemental susceptibles d'entraîner des idées suicidaires. Cela semble indiquer qu'il faut planifier de façon plus holistique. Lorsque l'on se penche sur les besoins en santé mentale d'une collectivité autochtone, il est difficile d'ignorer les conséquences des déterminants socio-économiques de la santé. Tout travail avec les populations autochtones exige que l'on soit conscient du processus historique qui continue d'influer sur les conditions qu'ils vivent à l'heure actuelle. Cette sensibilisation à l'aspect historique part du principe que ce n'est qu'en comprenant l'histoire d'un peuple que l'on peut commencer à comprendre les problèmes qu'il vit aujourd'hui. Il faut promouvoir des pratiques qui respectent la relation de ce peuple au monde qui l'entoure et les façons dont leur pouvoir et prestige relatifs déterminent leur capacité à atteindre leurs objectifs.

À la page 7, à la question 2, vous posez la question suivante : le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer à cet égard, puisqu'il lui incombe de promouvoir la diversité culturelle?

La majorité des peuples autochtones considèrent que le multiculturalisme reflète la description empirique d'une réalité ethnique au Canada propre aux groupes minoritaires immigrants. Cette définition comprend une déclaration prescriptive des idées et des idéaux qui vantent leurs vertus de tolérance et de diversité pour favoriser la croissance économique sur les marchés internationaux.

Les principaux objectifs de la politique du multiculturalisme sont de promouvoir le patrimoine culturel des minorités et de renverser les attitudes discriminatoires et les obstacles culturels afin de promouvoir la participation à part entière des minorités à la société. Cette politique est restreinte, puisqu'elle met l'accent sur les obstacles culturels en omettant de reconnaître les racines systémiques, historiques et structurelles du racisme et de l'inégalité ethnique.

Le gouvernement fédéral, dans le cadre de sa responsabilité de promouvoir la diversité culturelle, pourrait revoir l'orientation de sa politique et reconnaître les racines systémiques, historiques et culturelles du racisme et de l'inégalité ethnique, ce qui ne manquerait pas d'entraîner des changements dans les pratiques à l'égard de l'emploi, du logement et des méthodes d'éducation, ce qui à long terme aura une influence positive sur la santé mentale de l'ensemble des Canadiens.

La question 3 à la page 7 est la suivante : Que peut faire le gouvernement fédéral pour qu'aucune barrière linguistique n'empêche un patient de recevoir les soins dont il a besoin?

Lorsque l'on s'occupe de la santé mentale des peuples autochtones, on ne peut sous-estimer l'importance de travailler en partenariat avec les peuples autochtones, les administrations provinciales de la santé et les administrations de la santé des Premières nations et des Inuits, et il faut aussi veiller à ce qu'il y ait des services de traducteurs et d'interprètes appropriés pour que la langue n'empêche pas le patient de recevoir des soins. À cet égard, il incombe à l'interlocuteur de s'exprimer dans des termes qui correspondent à la réalité de celui qui l'écoute. En tant que professionnels, nous devons nous assurer que nous nous exprimons de façon qui favorise le dialogue et qui n'intimide pas notre interlocuteur.

In paragraph 2.1 of your third report, you ask: Should each provincial government establish an agency or a department with the prime responsibility for children and adolescent mental health?

Our response to that is yes. Services for children's mental health are sadly lacking. There are no Aboriginal, culturally specific programs for our children and our youth.

You also ask: Should researchers in mental health devote more attention and resources to issues affecting children and adolescence?

Our answer to that is yes. There are no culturally appropriate services. Children, youths, and families must have the option of being able to access elders, traditional teachers, healers, and medicine people.

The next question is: Who should take responsibility for carrying out an environmental scan to determine what programs exist and identify duplication among governments, departments and organizations, significant gaps in programming, and how best to maximize the effective use of available resources?

"Responsibility" is typically defined as moral, legal and mental accountability. Within the government it also includes monetary or fiscal responsibility. It is necessary that Aboriginal governments be engaged without abrogating or derogating from treaty and Aboriginal rights, and Health Canada must be involved in providing services to First Nations people.

An environmental scan can be cost shared between the federal and provincial governments through the hiring of an independent, non-partisan Aboriginal evaluator within each province to assist in linking with gatekeepers or stakeholders to respond to the environmental scan. It would be an opportunity to explore questions such as: Why are services not being utilized? What type of programming would be more appropriate?

An environmental scan may include an evaluation of service delivery which, in simple terms, is based on measuring outcomes based on a hypothesis. Typically, poor outcomes are determined as individuals' non-compliance, whereas poor outcomes or errors are the result of an application of an imperfect theory.

An error or poor outcome is an indicator of incomplete data or an inadequate hypothesis that did not result in a successful completion of a certain purpose and/or intent. It is imperative that culturally appropriate program indicators are included within the proposed environmental scan.

We will now touch on other components that may be included. We need to develop baseline data of program and service delivery usage by Aboriginal populations. It is important that mechanisms be developed to systemically collect and analyze longitudinal Aboriginal health information. A centralized focussed approach

Au paragraphe 2.1 de votre troisième rapport, vous posez la question suivante : Est-ce que chaque province devrait mettre sur pied un organisme ou un ministère consacré à la santé mentale des enfants et des adolescents?

Notre réponse à cette question est oui. Les services de santé mentale à l'intention des enfants font gravement défaut. Il n'existe aucun programme adapté aux réalités autochtones à l'intention de nos enfants et de nos jeunes.

Vous posez aussi la question suivante : Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?

Notre réponse à cette question est oui. Il n'existe aucun service adapté à leur réalité culturelle. Les enfants, les jeunes et les familles doivent avoir l'option de pouvoir faire appel aux sages, aux enseignants traditionnels, aux guérisseurs et aux hommes de médecine.

La prochaine question est la suivante : qui devrait assumer la responsabilité d'analyser le milieu en vue de dresser l'inventaire des programmes actuels pour déterminer s'il y a dédoublement d'un gouvernement, ministère ou organisme à l'autre, s'il y a des lacunes flagrantes et quelle serait la meilleure utilisation des ressources disponibles?

Le terme « responsabilité » est défini habituellement comme la responsabilité morale, légale et mentale. Au gouvernement, cette responsabilité est aussi monétaire ou financière. Il est nécessaire d'obtenir la participation des gouvernements autochtones sans abroger les droits ancestraux ni déroger aux traités, et Santé Canada doit participer à la prestation de services aux membres des Premières nations.

Une analyse du milieu pourrait être effectuée selon la formule du partage des coûts entre les gouvernements fédéral et provinciaux grâce à l'embauche d'un évaluateur autochtone indépendant et non partisan dans chaque province pour faire la liaison avec les observateurs ou les intéressés, pour réagir à l'analyse du milieu. Ce serait l'occasion d'étudier des questions comme : Pourquoi les services ne sont-ils pas utilisés? Quel est le type de programme qui conviendrait d'avantage?

Une analyse du milieu pourrait comporter une évaluation de la prestation des services qui, en termes simples, se fonde sur l'évaluation des résultats en fonction d'une hypothèse. Habituellement, on attribue de piètres résultats à la non observance des participants, alors que les piètres résultats ou les erreurs sont le résultat de l'application d'une théorie imparfaite.

Une erreur ou un résultat médiocre indique que les données sont incomplètes ou que l'hypothèse est inadéquate, ce qui a empêché l'atteinte d'un certain objectif ou la concrétisation d'une intention. Il est essentiel que des indicateurs de programme adaptés aux réalités culturelles fassent partie de l'analyse du milieu proposée.

Nous allons maintenant aborder d'autres éléments qui pourraient en faire partie. Nous devons développer de données de base sur l'utilisation des services et des programmes par les populations autochtones. Il est important d'élaborer des mécanismes permettant de recueillir et d'analyser de l'information

will be helpful to coordinate, foster comparability, and create linkages among Aboriginal health and data sources. The result will be a strong foundation for decision making in the development and implementation of community-based strategies.

Research that addresses the use of direct service referrals by providers, employers, schools, family members, self-referrals, and others is needed. This research will help communities understand how to make better use of available resources. Augmenting knowledge about service utility rates can increase awareness about who is not being reached and how better to include these individuals.

Stigma also influences utilization rates. Understanding what contributes to the stigma in a particular community and what can be done to minimize the effects of stigma can help the community develop more extensive outreach programs.

On page 14 of your report you ask: What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to Aboriginal Canadians?

Funding development requires strategies based on the level of need for services for Aboriginal people and their communities. Issues of access, delivery and capacity will inform the necessary level of resources required. Collaboration with existing partners such as Health Canada or local wellness centres can produce creative strategies reflective of local needs and customs.

Integrated community-based service delivery strategies which address the determinants of health and ensure that services are available and accessible in the communities where Aboriginal people reside are integral to successful mental health provision. An integrated community-based service delivery strategy and system are required. We can no longer support an approach that is piecemeal in nature, project based, and with unrealistic expectations.

It also requires that an integrated community-based service delivery strategy and system be developed with culturally-based mental health wellness service providers who are educated to become culturally competent to serve Aboriginal people. Mental health providers can only create an environment of culture safety for Aboriginal people if they have been trained to understand and accept the cultural, linguistic, tribal, geographical, economic, political and community context of the various Aboriginal communities. Failure to grasp the significance of these contextual factors often leads to stigmatization, misdiagnosis, and inappropriate treatment.

Capacity building approaches must identify the strength and recognize the expertise within each Aboriginal family and community. Designing and implementing a human resource

longitudinale sur la santé des Autochtones. Une approche ciblée et centralisée permettra d'assurer la coordination, de favoriser la comparabilité et d'établir des liens entre la santé des Autochtones et les sources des données. Le résultat obtenu établira une base solide sur laquelle s'appuieront les décisions prises en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre de stratégie communautaire.

Il faut étudier l'utilisation des services recommandés directement par les fournisseurs, les employeurs, les écoles et les membres de la famille et l'accès direct aux services, entre autres. Cette étude permettra aux collectivités de comprendre comment mieux utiliser les ressources disponibles. De meilleures connaissances à propos des taux d'utilisation des services permettront de mieux déterminer qui sont les personnes que l'on n'arrive pas à atteindre et la façon de mieux les inclure.

La stigmatisation influe également sur les taux d'utilisation. En comprenant ce qui contribue à la stigmatisation dans une collectivité en particulier et les mesures que l'on peut prendre pour en minimiser les répercussions, on pourra aider la collectivité à élaborer davantage de programmes d'extension des services.

À la page 14 de votre rapport, vous posez la question suivante : Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et le traitement contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones?

Pour développer le financement nécessaire, il faudra des stratégies établies en fonction du niveau de service dont ont besoin les Autochtones et leurs collectivités. Les aspects concernant l'accès, la prestation et la capacité permettront de déterminer le niveau de ressources nécessaires. La collaboration avec des partenaires existants comme Santé Canada ou des centres locaux de bien-être pourront permettre d'établir des stratégies créatives qui tiennent compte des besoins et des coutumes locaux.

Des stratégies de prestation de services intégrés et communautaires qui tiennent compte de déterminants de la santé et assurent des services sont disponibles et accessibles dans les collectivités où résident les Autochtones constituent un aspect intégral de l'efficacité des services de santé mentale. Il faut donc une stratégie intégrée de prestation de services communautaires. Nous ne pouvons plus appuyer une approche fragmentée, par projet, et dont les attentes sont irréalistes.

Cette stratégie doit aussi être élaborée en collaboration avec des fournisseurs de services en santé mentale adaptés aux réalités culturelles et qui possèdent la formation culturelle nécessaire pour servir les Autochtones. Les fournisseurs de services en santé mentale ne pourront créer un environnement culturel sûr pour les Autochtones que s'ils ont été formés pour comprendre et accepter le contexte culturel, linguistique, tribal, géographique, économique, politique et communautaire de diverses collectivités autochtones. La méconnaissance de l'importance de ces facteurs contextuels entraîne souvent la stigmatisation, de mauvais diagnostics et un traitement inapproprié.

Les approches axées sur le renforcement des capacités doivent déterminer les points forts et reconnaître les compétences qui existent au sein de chaque famille et collectivité autochtone. La

strategy would include a comprehensive workforce plan outlining strategic priorities and strategies that encompass the unique needs of Aboriginal staff and consumers/clients. It would also recognize the opportunities and benefits to the mental health system in training, hiring, retraining, and supporting a workforce that reflects the cultural diversity of our local communities.

Aboriginal staffing at every service level, including traditional healers and elders, must be part of an integrated service provision. Cultural awareness training and orientation should be provided to mental health staff as well as other service providers, including educators, police, social services providers, children's services providers in both facilitating access to mental health services and in providing prior services that support mental health wellness.

Designing and implementing a research evaluation requires that Aboriginal people assume a leading role in research. Evaluation and planning related to the design and delivery of Aboriginal mental health services, requires that the participants be part of the process as it relates to specific communities.

A research guide should be developed and identified for the design, implementation and dissemination of information. It must acknowledge Aboriginal cultures and protocols.

I will now touch on funding development as well as information collection and management. We acknowledge that there is little information on the prevalence of mental health problems among Aboriginal people in Canada. I would refer to your first report which was published in 2004. Therefore, considerable work needs to be done in this area to gain an accurate picture.

An accurate picture would be data not generated from a Western medical model, which is our current practice, but generated from an Aboriginal world view on health and wellness.

Finally, all research and data collected on Aboriginal people needs to be spearheaded by Aboriginal people and be supported by the National Aboriginal Health Organization guiding principles that are Aboriginal ownership, control, access and possession.

Those working with Aboriginal people must follow proper protocols and approach spiritual elders and traditionalists to receive spiritual direction, guidance, and sanctions. Cultural clashes occur when Aboriginal and non-Aboriginal people work together because of their different world views. This creates internal and external differences that interfere with Aboriginal peoples' access to appropriate mental health services.

conception et la mise en œuvre d'une stratégie en matière de ressources humaine comporterait un vaste plan de main d'œuvre énonçant les priorités stratégiques et les stratégies qui tiennent compte des besoins propres au personnel et aux consommateurs et clients autochtones. Il faudrait également reconnaître les possibilités et les avantages pour le système de santé mentale en matière de formation, d'embauche, de recyclage et d'appui pour une main d'œuvre qui reflète la diversité culturelle de nos collectivités locale.

La dotation de personnels autochtones à tous les niveaux de service y compris les guérisseurs traditionnels et les sages doit faire partie d'une prestation de services intégrés. Des séances d'orientation et de sensibilisation culturelles devraient être offertes au personnel du secteur de la santé mentale ainsi qu'à d'autres fournisseurs de services, y compris des pédagogues, des policiers, les fournisseurs de services sociaux, les fournisseurs de services aux enfants dans le but de faciliter l'accès aux services de santé mentale et de fournir des services préalables qui favorisent le bien-être et la santé mentale.

Pour concevoir et mettre en œuvre l'évaluation de la recherche, il faut que les Autochtones jouent un rôle important dans la recherche. En ce qui concerne l'évaluation et la planification de la conception et de la prestation des services de santé mentale à l'intention des Autochtones, il faut que les participants fassent partie du processus.

Il faudrait préparer un guide de recherche pour la conception, la mise en œuvre et la diffusion de l'information. Ce guide doit reconnaître les cultures et les protocoles autochtones.

J'aborderai maintenant le développement du financement ainsi que la collecte et la gestion de l'information. Nous reconnaissons qu'il existe peu d'information sur la prévalence des problèmes de santé mentale parmi les Autochtones au Canada. Je vous renvoie à votre premier rapport publié en 2004. Par conséquent, pour avoir une idée exacte de la situation, il faut faire beaucoup de travail dans ce domaine.

Pour obtenir une idée exacte de la situation, il ne faut pas utiliser les données provenant d'un modèle médical occidental, ce qui est la pratique actuelle, mais des données provenant d'une perspective autochtone sur la santé et le bien-être.

Enfin, ce sont les Autochtones qui doivent diriger la collecte de l'ensemble des renseignements et des données sur les Autochtones et cette initiative doit s'appuyer sur les principes directeurs de l'organisation nationale de la santé autochtone, à savoir la propriété, le contrôle, l'accès et la possession par des Autochtones.

Ceux qui travaillent avec les Autochtones doivent suivre les protocoles appropriés et s'adressent aux aînés spirituels et aux traditionalistes pour recevoir une orientation spirituelle, des conseils et des sanctions. Des conflits culturels se produisent lorsque les Autochtones et les non Autochtones travaillent ensemble parce qu'ils voient le monde différemment. Cela crée des différences internes et externes qui entravent l'accès des Autochtones aux services de santé mentale appropriés.

There is much shame and stigma associated with having mental health problems. There is also a lack of information about mental health issues. Therefore people are not diagnosed or treated until their condition becomes chronic and difficult to treat.

It is important to be able to relay information about mental health issues at a grassroots level. For example, medical terminology is difficult to understand in most societies, including Aboriginal communities. Culturally speaking, it is often considered impolite to ask questions, so one must listen. This often creates misunderstanding.

Urban Aboriginal people have a difficult time obtaining mental health services, resources are often limited, and many urban Aboriginal people cannot afford to pay for appropriate medical services or access traditional Aboriginal treatment due to the poverty and the lack of transportation. Sweat lodges are not available in the cities. Urban Aboriginal people who would choose to follow the traditional way find it difficult to do so.

What would be the most appropriate structure to ensure that Aboriginal peoples have input into the design of services they need? The answer is internal organization and quality control through performance measures. The organization can develop internalized quality control by developing performance measures that include the following: recruitment and employment of Aboriginal personnel in a ratio that is reflective of the potential Aboriginal population served; the development of employee retention strategies to retain Aboriginal personnel that support cultural safety; the provision of culture training programs appropriate to areas served; the development and implementation of appropriate outreach Aboriginal programs; the development of mechanisms to ensure that Aboriginal representatives are members of the consultation process; and the building of relationships with Aboriginals and their communities.

How can the federal government organize itself to deliver those services most efficiently and effectively? The planning and management of effective Aboriginal mental health services requires both formal and informal intergovernmental and interministerial collaboration. Aboriginal governments need to be engaged without abrogating or derogating from treaty and Aboriginal rights. As well, Health Canada must be involved in providing services to First Nation people.

From the outset, the design, planning, and implementation of mental health and wellness services need to adhere to the broad principles that come from Aboriginal people. The Royal Commission on Aboriginal People, 1994, lists four principles. Equity of access to health and healing services and equity of health outcomes is the constant objective. There should be holism in approaches to problems, their treatment, and their prevention. There should be Aboriginal authority over health treatment, promotion, and prevention systems and, where possible,

Il y a beaucoup de honte et une grande stigmatisation qui se rattachent à la maladie mentale. Il existe également un manque d'information à propos des problèmes de santé mentale. Par conséquent, les gens ne sont pas diagnostiqués ou traités jusqu'à ce que leur état devienne chronique et difficile à traiter.

Il est important de pouvoir vulgariser l'information concernant les problèmes de santé mentale. Par exemple, la terminologie médicale est difficile à comprendre dans la plupart des sociétés, y compris dans les collectivités autochtones. Sur le plan culturel, il est souvent considéré impoli de poser des questions. Donc il faut écouter. Cela crée souvent des malentendus.

Les Autochtones qui vivent en milieu urbain ont de la difficulté à obtenir des services de santé mentale, les ressources sont souvent limitées, et un grand nombre d'Autochtones en milieu urbain n'ont pas les moyens de payer les services médicaux appropriés ou d'avoir accès à un traitement autochtone traditionnel parce qu'ils sont pauvres et n'ont pas de moyen de transport. Les sueries n'existent pas dans les villes. Les Autochtones en milieu urbain qui préféreraient opter pour les méthodes traditionnelles ont de la difficulté à le faire.

Quelles seraient les structures idéales pour que les Autochtones puissent participer réellement à la conception des services dont ils ont besoin? Il leur faudrait un contrôle interne de la qualité au sein de l'organisation grâce à des mesures de rendement. L'organisation établit un contrôle interne de la qualité en élaborant des mesures de rendement qui tiennent compte des éléments suivants : le recrutement et l'embauche de personnel autochtone dans une proportion qui reflète la population autochtone qui peut être servie; l'élaboration de stratégies de conservation du personnel pour conserver le personnel autochtone qui appuie la sécurité culturelle; la prestation de programmes de formation culturelle qui conviennent aux régions desservies; l'élaboration et la mise en œuvre de programmes autochtones appropriés d'action directe; l'instauration de mécanismes permettant de s'assurer que les représentants autochtones font partie du processus de consultation; et l'établissement de relations avec les Autochtones et leurs collectivités.

Comment le gouvernement fédéral pourrait-il s'organiser pour fournir ces services avec le plus d'efficacité possible? Pour planifier et administrer des services de santé mentale efficaces à l'intention des Autochtones, il faut une collaboration formelle et informelle entre gouvernements et entre ministères. Les gouvernements autochtones doivent en être partie prenante sans abroger les droits ancestraux ni déroger aux traités. Il faut également que Santé Canada participe à la prestation de services aux membres des Premières nations.

Dès le départ, la conception, la planification et la mise en œuvre de services de santé mentale et de mieux être doivent souscrire aux grands principes émanant des Autochtones. La commission royale d'enquête sur les peuples autochtones de 1994 énonce quatre principes. L'équité en matière d'accès aux services de santé et de guérison et l'état de santé comparable en sont l'objectif constant. Il faut assurer une approche holistique des problèmes, de leur traitement et de leur prévention. Il faut une prise en charge des systèmes de soins de santé, de promotion et de

community control over programs and services. The fourth principle is the diversity in design of systems and services to accommodate differences in cultural and community priorities.

Integral to any research, evaluation, or service implementation project is the principle that Aboriginal people assume a leading role. In addition, a guide needs to be developed or identified for the design, implementation, and dissemination of information.

This guide must acknowledge Aboriginal cultural approaches and protocols that are identified and maintained within specific Aboriginal communities. Outcomes, indicators, and measures that relate to Aboriginal programs and services need to be developed in collaboration with affected Aboriginal communities.

You ask: Should the federal government offer financial incentives to encourage Aboriginal Canadians to train to become mental health workers? Our response to that is yes. Research continues to support the importance of increasing access potential for Aboriginal Canadians. Scholarships and/or bursaries need to be developed and awarded to Aboriginal students working toward a whole range of disciplines in the area of medical science and mental health.

The section on homelessness needs to be addressed. The number of Aboriginal people who are homeless and on the streets is increasing. They have been asked to leave their homes or communities because of their addictions and mental health issues and they find themselves on the streets of major urban areas.

In section 7 you ask specific questions about government roles. Before engaging in any of the following activities or decision making it is imperative that Aboriginal governments be engaged, without abrogating or derogating from treaty and Aboriginal rights, and that Health Canada should be involved in the planning and management of effective Aboriginal mental health services. This will require both formal and informal intergovernmental and interministerial collaboration.

We would respond to questions one through five of section 7 in the following statement.

Planning and management of effective Aboriginal mental health services requires both formal and informal intergovernmental and interministerial collaboration. Aboriginal governments must be engaged without abrogating or derogating from treaty and Aboriginal rights, and Health Canada jointly with First Nations must be involved in providing services to First Nations.

The province must ensure that any discussion with the federal government includes Aboriginal people and honour the sovereignty of Aboriginal communities.

I would conclude with a statement that supports the following vision for Aboriginal mental health in Canada. It is the vision of our Wisdom Committee.

prévention par les Autochtones et, si possible, une prise en charge des services par la collectivité. Le quatrième principe porte sur la diversité dans la conception des systèmes et des services de façon à tenir compte des réalités culturelles et communautaires différentes.

Le principe selon lequel les Autochtones doivent jouer un rôle de premier plan est un aspect intégral de tout projet de recherche, d'évaluation ou de mise en œuvre de services. De plus, il faut préparer un guide pour la conception, la mise en œuvre et la diffusion de l'information.

Ce guide doit reconnaître les approches et les protocoles culturels autochtones qui existent dans certaines collectivités autochtones. Les résultats, les indicateurs et les mesures ayant trait aux programmes et services autochtones doivent être élaborés en collaboration avec les collectivités autochtones visées.

Vous demandez la question suivante : le gouvernement fédéral devrait-il offrir des incitatifs monétaires aux Autochtones du Canada pour les encourager à suivre une formation de travailleurs en santé mentale? Notre réponse à cette question est oui. La recherche continue de souligner l'importance d'accroître les possibilités d'accès pour les Autochtones du Canada. Il faut développer des bourses d'études à accorder aux étudiants autochtones qui travaillent dans toutes les disciplines des sciences médicales et de la santé mentale.

Il faut aborder la question des sans-abri. Le nombre d'Autochtones sans abri qui vivent dans la rue augmente. On leur a demandé de quitter leurs foyers ou leurs collectivités à cause de leurs problèmes de toxicomanie et de santé mentale, et ils se retrouvent dans les rues des grands centres urbains.

À la partie 7, vous posez des questions précises à propos du rôle du gouvernement. Avant d'entamer l'une des activités suivantes ou de prendre des décisions, il est essentiel que l'on obtienne la participation des gouvernements autochtones, sans abroger ni déroger aux droits issus des traités et des droits ancestraux, et que Santé Canada participe à la planification et à la gestion de services efficaces en matière de santé mentale à l'intention des Autochtones. Cela nécessitera une collaboration formelle et informelle aux niveaux intergouvernemental et interministériel.

Nous répondrons comme suit aux questions une à cinq de la partie 7.

La planification et la gestion de services efficaces en matière de santé mentale à l'intention des Autochtones exige à la fois une collaboration formelle et informelle aux niveaux intergouvernemental et interministériel. Il faut obtenir la participation des gouvernements autochtones sans abroger aux droits issus de traités et aux droits ancestraux et sans y déroger, et Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations, doit participer à la prestation des services aux Premières nations.

La province doit s'assurer que toute discussion avec le gouvernement fédéral inclut les Autochtones et respecte la souveraineté des collectivités autochtones.

Je terminerai par une déclaration qui appuie la vision suivante en matière de santé mentale des Autochtones au Canada. C'est la vision exprimée par notre comité des sages.

The lifelong aspirations and potential of healthy First Nations, Métis, and Inuit individuals, families, and communities are realized through a responsive and accountable mental health system that is recognized as a national leader in Aboriginal wellness and well being.

I would thank you for allowing me this time. I would also thank the Wisdom Committee for giving me the honour of reading their submission.

Senator Trenholme Counsell: I listened in awe to a profound presentation. You have put a great deal of work into it. Thank you all for being here, especially you, Geraldine, on a difficult day.

I wanted to ask specifically whether there is good news about the number of Aboriginal young people who are becoming educated in the health care professions. Of course, today, we are particularly interested in mental health nurses, mental health social workers, psychologists and psychiatrists. To what extent is this education happening? Is it slow, and is there some hope that more Aboriginal young people will undergo training?

Ms. Bastien: I believe we have one Aboriginal psychiatrist in Canada. Mental health and the health field generally have never really drawn in young Aboriginal people.

In the last five or six years the number of Aboriginal social workers has increased. The University of Calgary developed an access program to provide the bachelor of social work training in rural areas. One of those satellite campuses is on the Blood Reserve. There are also some in the Far North. We have increased our numbers but, in equitable terms, our numbers are still very low.

Senator Trenholme Counsell: I know that St. Thomas University in New Brunswick has a specific program where some Aboriginal young people are studying and are graduating.

Do you think that the federal government is doing enough to ensure that your people gain the expertise they need? I know you must have a balance to encompass traditional and elders' wisdom — my grandfather would say, the "schooling." However, schooling alone will not do it. Are we doing enough, and if not, what has to be done to empower your people to work side by side with your elders and your community leaders to address these issues?

Ms. Laird: We have an Aboriginal mental health program at the Grant MacEwan Community College here in Edmonton. They bring in elders to work with the students, so the students are taught some of the traditional ways.

A major issue we face in our community is the fact that many of our young people have lost their traditional ways and are seeking to rediscover those. There is a strong interest in those students taking the Aboriginal mental health program. However,

Tout au long de leur vie, les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits de même que leurs familles et leurs collectivités en bonne santé pourront réaliser leurs aspirations et leurs possibilités grâce à un système de santé mentale, souple et responsable, reconnu comme modèle national en matière de mieux-être et de bien-être autochtone.

Je tiens à vous remercier de m'avoir accordé la possibilité de prendre la parole devant vous. Je tiens également à remercier le comité des sages pour m'avoir fait l'honneur de lire sa présentation.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'ai écouté avec admiration votre excellente présentation. Vous y avez consacré beaucoup de travail. Merci à tous d'être ici, surtout vous, Geraldine, en cette journée difficile.

Je voulais vous demander particulièrement si la situation est bonne en ce qui concerne le nombre de jeunes autochtones qui font des études dans les professions de la santé. Bien sûr, aujourd'hui, nous nous intéressons en particulier aux infirmières en santé mentale, aux travailleurs en santé mentale, aux psychologues et aux psychiatres. Dans quelle mesure les jeunes autochtones font-ils ce genre d'études? Est-ce que cela prend du temps et peut-on espérer qu'un plus grand nombre de jeunes autochtones suivront cette formation?

Mme Bastien : Je crois que nous avons un psychiatre autochtone au Canada. La santé mentale et le domaine de la santé en général n'ont jamais vraiment attiré les jeunes autochtones.

Au cours des cinq ou six dernières années, le nombre de travailleurs sociaux autochtones a augmenté. L'Université de Calgary a mis au point un programme d'accès pour offrir un baccalauréat en travail social dans les régions rurales. L'un de ces campus satellites se trouvent dans la réserve Blood. Il en existe aussi quelques-uns dans le Grand Nord. Les nombres ont augmenté mais tout compte fait, ils demeurent très faibles.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je sais que l'Université St-Thomas au Nouveau-Brunswick a un programme particulier auquel sont inscrits de jeunes autochtones.

Croyez-vous que le gouvernement fédéral en fait suffisamment pour s'assurer que les Autochtones acquièrent les compétences dont ils ont besoin? Je sais que vous devez établir un équilibre afin d'inclure la sagesse traditionnelle et la sagesse des aînés — mon grand-père parlerait d'« instruction ». Cependant, l'instruction seule ne suffit pas. En faisons-nous suffisamment, et dans la négative, que doit-on faire pour habiliter les jeunes Autochtones à travailler au côté de vos aînés et de vos dirigeants communautaires pour s'attaquer à ces questions?

Mme Laird : Nous avons un programme autochtone en santé mentale au Collège communautaire Grant MacEwan ici à Edmonton. Des aînés viennent travailler avec les étudiants afin d'enseigner aux étudiants certaines des méthodes traditionnelles.

Un grand problème auquel nous faisons face dans notre collectivité, c'est qu'un grand nombre de nos jeunes ont perdu leurs méthodes traditionnelles et cherchent à les redécouvrir. Les étudiants qui suivent le programme autochtone en santé mentale

since I work with children services here in Edmonton, I know that some of these young people have a difficult time finding employment after they finish this two-year program. Yes, more needs to be done.

Another problem some of our Aboriginal college graduates have — and this applies to even those who have gone on to university — is that they have a difficult time working in a dominant society. There is no real understanding of the gifts of our elders and our traditionalists. It is difficult to bring that knowledge into a dominant society and into large organizations such as children's services. In our region, approximately 54 per cent of the children in care are Aboriginal but only 5 per cent of the staff is Aboriginal.

The federal government needs to do a lot of work with all of our communities, First Nations, Metis, and Inuit.

Senator Trenholme Counsell: How would you rate education itself as part of the solution? Perhaps "solution" is not quite the right word. What is required to make progress?

Ms. Laird: I have strong feelings on that. There is a very high school drop-out of our Aboriginal children. The children have a difficult time finishing even Grade 9. Few attend high school.

We have one Aboriginal high school in my location, so things are improving. However, many of the children I work with in the child welfare system miss so much schooling that they drop out. It is difficult for the children, especially in the urban areas, to make it to school.

We need more early intervention programs and more cross-cultural awareness programs for the educators themselves so that they can work with our younger children and encourage them to stay in school and support them when they are dealing with a lot of issues at home.

Senator Trenholme Counsell: You mentioned early intervention. I know something about the Aboriginal Head Start Program. What is your opinion of that program as it is in 2005? How well is it being introduced to communities? How well is it being implemented? How well is it being received? Is it getting them off to a good start or not?

Ms. Laird: I have heard good things about it. Last year I wanted to enrol my grandchild in the program but it was full. That is a good sign. It is being utilized.

A major issue we face is poverty. The families need any kind of support that they can get. Many children, especially inner city children, are going hungry. There are many family violence issues and mental health issues to be addressed. Mental health covers addiction and social issues, and those are increasing as drug

manifestent un vif intérêt à cet égard. Cependant, depuis que je travaille avec les services aux enfants ici à Edmonton, je sais que certains de ces jeunes ont de la difficulté à trouver un emploi une fois qu'ils terminent le programme de deux ans. Effectivement, il faut en faire plus.

Un autre problème que connaissent certains de nos jeunes Autochtones qui ont obtenu leur diplôme collégial — et cela s'applique même à ceux qui sont allés à l'université — c'est qu'ils ont de la difficulté à travailler dans une société dominante. On ne comprend pas vraiment les dons de nos aînés et de nos traditionalistes. Il est difficile d'intégrer ce savoir dans une société dominante et de grandes organisations comme les services à l'enfance. Dans notre région, environ 54 p. 100 des enfants en foyer nourricier sont Autochtones mais seulement 5 p. 100 du personnel est autochtone.

Le gouvernement fédéral doit faire beaucoup de travail avec l'ensemble de nos collectivités, qu'il s'agisse des Premières nations, des Métis ou des Inuits.

Le sénateur Trenholme Counsell : Dans quelle mesure considérez-vous que l'éducation fait partie de la solution? Le terme « solution » n'est peut-être pas le terme tout à fait approprié. Que faut-il faire pour réaliser des progrès?

Mme Laird : C'est une question qui me tient beaucoup à cœur. Le taux de décrochage au secondaire est très élevé chez nos enfants autochtones. Les enfants ont de la difficulté à terminer même leur septième année. Peu fréquentent l'école secondaire.

Nous avons une école secondaire autochtone dans ma localité, donc la situation s'améliore. Cependant, un grand nombre d'enfants avec qui je travaille dans les organismes de protection de la jeunesse manquent tellement l'école qu'ils décrochent. Il est difficile pour les enfants, surtout dans les centres urbains, de se rendre à l'école.

Nous avons besoin d'un plus grand nombre de programmes d'intervention précoce et de programmes de sensibilisation interculturelle à l'intention des pédagogues afin qu'ils puissent travailler avec nos plus jeunes enfants et les encourager à rester à l'école et les aider lorsque ces jeunes doivent faire face à un grand nombre de problèmes à la maison.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez parlé de l'intervention précoce. Je suis un peu au courant du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Que pensez-vous de ce programme tel qu'il existe en 2005? Est-il présenté efficacement aux collectivités? Sa mise en œuvre est-elle efficace? Est-il bien accueilli? Est-ce que cela leur permet de prendre un bon départ ou non?

Mme Laird : J'ai entendu de bonnes choses à propos de ce programme. L'année dernière, je voulais y inscrire mon petit-fils mais le programme était complet. C'est un bon signe. Cela indique que l'on utilise ce programme.

Un grave problème auquel nous faisons face, c'est celui de la pauvreté. Les familles ont besoin de toute forme d'aide qu'elles peuvent obtenir. Un grand nombre d'enfants, surtout les enfants des quartiers défavorisés, ne mangent pas à leur faim. Il existe de nombreux problèmes de violence familiale et de santé mentale

additions increase. The kinds of drugs that are being manufactured on the street are poisonous and they present a real danger to the children who live in this environment. Many of them end up with mental health problems.

In the outlying communities there is real shame attached to mental health. The mental health office in the northern community is right downtown, so everybody can see who goes in and out of there. Someone told me that she would rather wait and take her son to Edmonton when she could afford it, than have the whole community know that her son has mental health problems. That was in 1995 when I was working up North. I found this to be quite common in many communities.

Senator Trenholme Counsell: I am interested to hear you say that because I think we should stop hanging signs that read: "Mental Health Clinic." We should use "Community Health Clinic" or some other name.

You mentioned scholarships and/or bursaries and awards for Aboriginal students. If we can help more of your young men and women through high school, then there is every chance that they will go on to all these careers. I know of some scholarship and bursary programs for Aboriginal students. However, the real problem is getting them through high school, is it not? That is a bigger challenge than encouraging them to go into the professions and become teachers, nurses, doctors and so on.

Ms. Laird: Both are a problem. Many young Aboriginal people feel hopeless. For one thing, we do not have a whole lot of role models. It is difficult for them to get funding to attend school. The few that do get funding do not like the idea of having to pay back large amounts of money for the rest of their lives. Many have large families.

It is a whole process. The young people who want to pursue their education first have to go back to school for upgrading, and then they spend four or five years in university. However, when they get into the system, they discover that they do not fit into the system and so they cannot work in a particular, specific field. I have seen that a lot.

Senator Trenholme Counsell: I know that some small Aboriginal communities do not have a high school, but I think that all of them do have community centres. Could young people in those communities have access to education through tele-education?

Mr. Powderface: A major problems in this area with First Nations is that it is difficult to have a voice in the education of your children, especially when they go off the reserve. We are not

dont il faut s'occuper. La santé mentale regroupe la toxicomanie et les problèmes sociaux et ces problèmes s'aggravent lorsque la toxicomanie s'accroît. Les drogues fabriquées dans la rue sont toxiques et représentent un réel danger pour les enfants qui vivent dans cet environnement. Un grand nombre d'entre eux finissent par avoir des problèmes de santé mentale.

Dans les collectivités éloignées, on attribue un caractère honteux à la maladie mentale. Le bureau de santé mentale dans la communauté du Nord se trouve en plein centre-ville donc tout le monde peut aller voir qui s'y rend. Une femme m'a dit qu'elle préférerait attendre et amener son fils à Edmonton lorsqu'elle en aurait les moyens parce qu'elle ne veut pas que l'ensemble de la collectivité sache que son fils a des problèmes de santé mentale. C'était en 1995, lorsque j'ai travaillé dans le Nord. J'ai constaté qu'il s'agissait d'un comportement assez courant dans un grand nombre de collectivités.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je m'intéresse vivement à ce que vous dites parce que je crois que nous devrions cesser d'employer des affiches qui disent « Clinique de santé mentale ». Nous devrions plutôt employer un autre terme comme « Clinique de santé communautaire ».

Vous avez mentionné des bourses d'études et des prix pour les étudiants autochtones. Si nous pouvons aider un plus grand nombre de jeunes hommes et de jeunes femmes autochtones à terminer leurs études secondaires, il y a beaucoup plus de chances qu'ils auront ce genre de carrière. Je connais certains des programmes de bourse offerts aux jeunes Autochtones. Cependant, le problème est de les convaincre de terminer leurs études secondaires, n'est-ce pas? C'est un plus grand défi, comparativement au fait de simplement les encourager à choisir cette profession et à devenir des enseignants, des infirmières ou des médecins.

Mme Laird : En fait, ces deux problèmes existent. Nombre de jeunes Autochtones sont sans espoir. Cette situation est attribuable aussi au fait qu'ils n'ont pas beaucoup de modèles d'identification. De plus, il leur est difficile d'obtenir le financement nécessaire pour aller à l'école. Ceux qui reçoivent une aide financière sont peu encouragés par le fait qu'ils devront rembourser d'importants montants pour le reste de leur vie. Nombre d'entre eux ont de grosses familles.

C'est tout un cheminement. Les jeunes qui veulent poursuivre leurs études doivent d'abord retourner à l'école pour se recycler puis passer quatre ou cinq ans à l'université. Et une fois qu'ils font partie du système, ils constatent qu'ils ne sont pas à leur place et qu'ils ne peuvent pas travailler dans un domaine particulier. J'ai été témoin de ce genre de choses à plusieurs reprises.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je sais que certaines petites communautés autochtones n'ont pas d'école secondaire, mais je crois qu'elles ont tout au moins des centres communautaires. Les jeunes de ces collectivités pourraient-ils avoir accès à l'enseignement grâce à des services d'enseignement à distance?

M. Powderface : Un grand problème dans le domaine de l'éducation quand on parle de programmation est qu'il est difficile d'avoir voix au chapitre dans l'éducation de vos enfants

allowed to sit on any school boards. As a result, we have no direct say in the transitions that our young people have to make during their school years.

Another major problem has to do with the representation that is directed by the federal government and not by the community leaders themselves. I am referring to the tuition that is received by the adjacent communities that educate our children. For some reason if our children do not stay in that school, the tuition fees are lost. Therefore, it costs the band more dollars for the children to finish school back home. Funds are not available from the federal government to pursue that. As a result, we are losing a lot of young children with ambition and potential. There is no ability to pay for their schooling.

The federal government should consider how best it can allow representatives from each First Nation to sit on the school board of the school, which is outside the reserve, where our children are educated. A number of suggestions have been made. This is a century-old problem that we have still not resolved. I am referring to this lack of representation and the loss of the tuition fees when the children return to the reserve.

Ms. Laird: In response to your specific question, I think that would be one of the solutions. It is difficult for families, and we have many single parents in our communities, to leave their home communities and travel hundreds of miles to an urban area with which they are unfamiliar in order to attend university.

Getting programs to them so that they can take the training in their home communities, is a step in the right direction. I have heard of several programs like that that have been successful.

Senator Trenholme Counsell: I was thinking of a program at the high school level where kids could stay home and take high school courses at your community centre with supervision from the elders, parents and some community leaders. I do not know whether our federal government is considering that or not. Education is fundamental, is it not?

Ms. Laird: Totally.

The Acting Chairman: Elsie, one question preoccupies me. That is the old issue of the legacy of abuse in the schools that was inflicted on parents and grandparents. How much of that has manifested itself in today's children? How much of that is moving through the continuum, if you like? Do you have any data on that, or have you looked at that research?

particulièrement lorsqu'ils fréquentent des institutions qui ne sont pas dans la réserve. Nous n'avons pas droit de faire partie des commissions scolaires. Nous ne pouvons donc jouer aucun rôle direct en ce qui a trait au changement et à la transition que doivent vivre nos jeunes lorsqu'ils vont à l'école.

Un autre gros problème est la façon dont le financement est accordé par le gouvernement fédéral et non pas par les chefs de la communauté. Je parle ici des frais de scolarité qui sont reçus par les communautés voisines qui s'occupent de l'enseignement de nos enfants. Pour une raison que je n'arrive pas à expliquer, si nos enfants cessent de fréquenter cette école, les frais de scolarité ne sont plus remboursés. Ainsi, il en coûte plus cher à la bande si ses enfants décident de terminer leur éducation dans leur propre communauté. Le gouvernement fédéral ne finance pas cet enseignement. C'est pourquoi plusieurs de nos jeunes qui ont de l'ambition et qui promettent sont perdus par nos communautés. Nous ne pouvons pas payer pour leur éducation.

Le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied un système qui permettrait aux représentants de chacune des Premières nations de faire partie des commissions scolaires responsables des écoles que fréquentent nos enfants, des écoles qui ne se trouvent pas sur la réserve. Plusieurs suggestions ont déjà été formulées à cet égard. C'est un problème qui existe depuis 100 ans, un problème qui n'a pas encore été réglé. Il s'agit encore une fois du manque de représentation par les Autochtones et de la perte des frais de scolarité lorsque les enfants reviennent étudier dans la réserve.

Mme Laird : Pour revenir à votre question, je crois que l'enseignement à distance serait une des solutions à votre problème. Il est très difficile pour les familles, et nous avons beaucoup de parents célibataires dans nos collectivités, de quitter leur communauté et de voyager des centaines de milles pour se rendre dans une région urbaine qu'ils connaissent mal pour aller à l'université.

Nous ferions un pas dans la bonne direction si nous pouvions importer des programmes pour qu'ils puissent suivre leur formation dans leur propre communauté. J'ai entendu parler de plusieurs programmes de ce genre qui ont été couronnés de succès.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pensais à un programme au niveau secondaire qui permettrait aux enfants de rester à la maison et de suivre des cours dans votre centre communautaire sous la surveillance des anciens, des parents et de certains chefs de la communauté. Je ne sais pas si notre gouvernement fédéral se penche sur cette possibilité. L'éducation c'est un droit fondamental, n'est-ce pas?

Mme Laird : Absolument.

La présidente suppléante : Elsie, une question m'inquiète un peu, soit l'héritage des mauvais traitements reçus par les parents et les grands-parents dans les écoles résidentielles. Dans quelle mesure cela a-t-il un impact sur les jeunes d'aujourd'hui? Est-ce que cela est transmis d'une génération à l'autre? Avez-vous des données sur la question? Vous êtes-vous penchés sur ce problème?

Ms. Bastien: There is an increasing amount of research on the residential school impact. It has had a significant impact. My father was four years old when he went to residential school. When my son was four years old and I told his story, and tears came to my eyes because, as a mother, I could not imagine relinquishing my child of four years of age to an institution.

From a mental health therapist's point of view, when you take children from a home and you place them in an institutional setting the supervisor's role is to discipline, it is not to nurture, to have fun and provide the loving things that a mother would for her children.

What our parents lost was the ability to parent. What they learned to be the parenting role was how the supervisors treated them within the school, and a lot of that treatment was very harsh, authoritative. We also know that a lot of physical and sexual abuse occurred in those schools. Children were placed in that environment at an early learning stage and they lived there until they were 18. That is what they took out with them. Then they had their own children. How would they know how to parent their children? The children who went to those schools are now parents. How do we learn how to parent?

As well, there is an enormous impact on a person's spirit when the very person who should be your most significant person, your parent, has no parenting skills and treats you or raises you in a very authoritative, disciplinary way.

I think this has been a huge contributing factor to the alcoholism and to the suicides. Community involvement is most important when considering specific programs.

A story was told to me just this week. In a school in a community — that will remain unnamed — there was a complaint about hygienic issues to do with clothing. The federal government decided that it would buy washing machines for all of the families. However, they failed to realize, that the majority of those families did not have running water, and some did not have electricity. Some of our communities still do not have running water and some communities do not have electricity. When planning for communities we must consider the importance of social, economic factors.

It is difficult for our children to go to school and learn if the poverty level at home is such that they may have to leave home without breakfast. Many of our reserves will provide a hot lunch for their students, but children who are bused off to non-Aboriginal schools — and I will not mention any community — may not have a lunch.

A number of years ago I worked in a community where we were able provide a hot lunch for the kids, but they had to purchase it. We managed to set up an arrangement whereby the

Mme Bastien : Un nombre croissant de travaux de recherche portent aujourd'hui sur l'impact des écoles résidentielles. Il est clair que cet impact est important. Mon père avait 4 ans lorsqu'on l'a envoyé à une école résidentielle. Lorsque mon fils avait 4 ans et que je lui ai compté ce qui s'était passé, j'ai pleuré parce que je ne pouvais pas m'imaginer comme mère laisser mon enfant me quitter pour aller dans une institution.

Je peux vous dire à titre de thérapeute dans le domaine de la santé mentale que lorsque vous éloignez un enfant de sa famille et que vous le placez dans une institution, le rôle du surveillant est d'assurer la discipline, non pas d'entourer l'enfant de soins, de jouer avec lui et de faire toutes les petites choses qu'une maman fait pour ses enfants.

Nos parents ont en fait perdu l'habilité d'être des parents. Ce qu'ils ont appris du rôle de parent était ce que les surveillants faisaient, la façon dont ils les traitaient à l'école; dans bien des cas ce traitement était très dur. Nous observons également qu'il y a eu beaucoup de violence physique et sexuelle dans ces écoles. Les enfants se retrouvaient dans ce milieu lorsqu'ils étaient encore tout jeunes, et à une époque importante de l'apprentissage, et ils y restaient jusqu'à l'âge de 18 ans. C'est ce qu'ils ont appris là-bas. Puis ils ont eu leurs propres enfants. Comment pouvaient-ils savoir ce que faisait un parent avec son enfant? Les enfants qui ont fréquenté ces écoles sont aujourd'hui des parents. Comment apprendre comment être un parent?

De plus, ces écoles ont eu un impact extraordinaire sur le moral des particuliers quand la personne qui devrait jouer le rôle le plus important dans votre vie, votre parent, ne sait pas comment être parent et vous traite de façon dure avec trop de discipline.

Je crois que cela explique dans une large mesure les problèmes d'alcoolisme et le taux de suicide. C'est pourquoi la participation de la communauté est très importante lorsque l'on met sur pied des programmes.

On m'a compté quelque chose la semaine dernière. Dans une école d'une collectivité — je ne la nommerai pas — on s'était plaint de problèmes d'hygiène associés aux vêtements portés par les enfants. Le gouvernement fédéral a décidé d'acheter des machines à laver pour toutes les familles. Cependant, il ne s'était pas rendu compte que la majorité de ces familles n'avaient pas accès à l'eau courante et certaines n'avaient même pas accès à l'électricité. Certaines de nos collectivités n'ont toujours pas d'eau courante et d'autres même pas d'électricité. Lorsque vous planifiez quelque chose pour les communautés, vous devez tenir compte de ces facteurs sociaux et économiques. Ils revêtent une très grande importance.

Ce n'est pas facile pour nos enfants d'aller à l'école et essayer d'apprendre si le niveau de pauvreté à la maison est tel qu'ils quittent la maison sans avoir pris un petit déjeuner. Dans nombre de nos réserves, on prévoit un déjeuner chaud pour les étudiants, mais les enfants qui vont en autobus à des écoles non autochtones — et je ne nommerai pas de collectivités — n'auront peut-être pas de déjeuner.

Il y a plusieurs années, je travaillais dans une communauté où nous offrions un déjeuner chaud aux enfants, mais ils devaient l'acheter. Nous avons conclu une entente qui assurait le paiement

cost of those hot lunches would be covered, but I understand from speaking to the counsellor who is now there, that that has been taken away. This is a basic need.

I think Aboriginal Head Start is a wonderful program. My nephew was able to attend for a year. Yes, their waiting lists are very long and we were lucky he was able to get in. He was four years old. They provide really good stimulus around mental cognitive development. His parents cannot speak Blackfoot, and this little four year old can now pray in Blackfoot. It is just a huge step as far as strengthening his identity is concerned.

For many years we were ashamed to be Indians, and a lot of that stemmed from a fear of discrimination. When we went to school we often became the ghosts in the school unless we could find another group of ghosts to hang around with. Now my nephew, at the show and tell in Grade 1 took a drum to school. His father sings traditional music. He brought a drum to school and he sang for his class. To me, those are the remarkable milestones that can come out of some of our programming.

The Aboriginal Head Start Program is unique in that it gives the community a lot of flexibility about what they will incorporate into their programs and their curricula.

The Acting Chairman: You addressed, in a concise manner, the options and issues that we set out for this study, and they are all worthwhile comments, but is there anything practical that we should consider? What advice would you give to the government today? We cannot turn back the clock, but surely we can learn from our experience. To give back parenting skills to a generation that lost them will take generations to do. What practical things can we do today? How can we begin? Does the responsibility for education lie with Health Canada or Indian Affairs?

Would it help if you had autonomy with regard to education and funding? Your children are not staying in school for a number of reasons. We talked about only one of them, but there are others. What practical steps can we take so that your children and, of course, their parents become well-balanced citizens, if I could use that term?

Ms. Bastien: That is a good question, and it certainly deserves a good answer. I will try to respond to some of it.

de ces déjeuners chauds, mais d'après ce que m'a dit le conseiller qui travaille là maintenant, ce programme n'existe plus. C'est un besoin fondamental.

Je crois que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones est une initiative extraordinaire. Mon neveu a pu y participer pendant un an. Il est vrai que les listes d'attente sont très longues et que nous avons été chanceux qu'il puisse être accepté. Il avait 4 ans. Ce programme offre d'excellents stimulus pour le développement cognitif. Ses parents ne parlent pas la langue blackfoot, et ce petit garçon de 4 ans peut maintenant faire ses prières dans cette langue. C'est une réalisation très importante pour qui lui permettra de renforcer son identité.

Pendant plusieurs années, nous avons honte d'être Indiens, et dans une large mesure parce que nous avons peur d'être victimes de discrimination. Lorsque nous allions à l'école, nous devenions souvent des fantômes jusqu'à ce que nous puissions trouver un autre groupe de fantômes avec qui nous tenir. Les choses ont bien changé; l'autre jour lors d'une séance d'expression libre et de partage à l'école, mon neveu a apporté un tambour. Son père chante des chansons traditionnelles. Il a apporté le tambour à l'école et a chanté pour ses compagnons. À mon avis il s'agit là de moments remarquables qui peuvent être le résultat de certains de nos programmes.

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones est unique, car il donne à la communauté beaucoup de marges de manœuvre quant aux services qui seront offerts dans le cadre du programme et des cours.

La présidente suppléante : Vous avez abordé de façon concise les diverses options et questions qui ont été identifiées pour cette étude; il s'agit de commentaires fort enrichissants, mais pouvez-vous me dire s'il y a un élément pratique sur lequel nous pourrions nous pencher? Quels conseils donneriez-vous aujourd'hui au gouvernement? Nous ne pouvons revenir en arrière, mais nous pouvons certainement tirer une leçon de notre vécu. Il faudra plusieurs générations avant de redonner à une génération qui les a perdues ses compétences parentales. Quelles choses pratiques pouvons-nous faire dès aujourd'hui? Comment pouvons-nous commencer? La responsabilité de l'éducation des Autochtones relève-t-elle de Santé Canada ou du ministère des Affaires indiennes?

Les choses seraient-elles plus simples si vous aviez pleine autonomie en ce qui a trait à l'éducation et au financement? Vos enfants cessent d'aller à l'école pour plusieurs raisons. Nous n'avons parlé que d'une raison, mais il y en a bien d'autres. Quelles mesures pratiques pouvons-nous prendre pour que vos enfants et évidemment leurs parents deviennent des citoyens bien équilibrés, si je puis m'exprimer ainsi?

Mme Bastien : C'est une bonne question, et elle mérite certainement une bonne réponse. J'essaierai de répondre à partir de cette question.

Many of our communities do have some autonomy in planning education. The difficulty, though, is the resources. As we said, many resources are provided on a piecemeal basis for short-term projects with unrealistic expectations. Those program dollars only get something started.

Our education dollars are limited. For First Nation people under the treaty rights and under the the British North American Act, the government promised education for all Aboriginal people, but the funding that is provided will pay for post-secondary study for perhaps 10 students, depending on the size of the community. Many communities have long waiting lists of people who have applied for funding to go to school and, because of their grades, they do not qualify for scholarships or grants. Funding often require students to have a certain GPA.

From a practical aspect, right now we should look to increasing Aboriginal staffing in mental health if we are to be equitable in terms of the need of the target population. Then that staff could start to assess the programs. I think that would prevent misdiagnosis. Then they could consider appropriate care and services.

The major issue is lack of resources. Many communities are still struggling with meeting basic needs. Some communities are struggling to provide water in every home. When we look at the hierarchy of needs, that is basic. If you are still at that level, it is difficult to get to the next stage. Resources are a major issue. If we build infrastructures that meet the basic needs, the possibilities for Aboriginal people are something we can only imagine.

Mr. Powderface: In our recommendation No. 8, we list a number of things. We talk about community capacity building, which is important, because if you are to provide some ability to the communities to deal with their particular problems, you must have adequate resources for them. This is where the federal government is lacking, that is, in providing adequate resources to deal with a lot of the problems that are associated with mental health and mental illness.

I will give you an example of the healing foundation related to the impact of the residential school. All the funding related to that does not address the mental state of health that we experience. I experienced this myself. Attending residential school caused me to have a complete mental alteration. I attended residential school at a time when I needed my mother's loving arms and guidance. I needed my parents' guidance to learn how to be a person and how to live the kind of life that was intended for me by the Creator. I was sent to a residential school. Had I been with my parents, if I

Nombre de nos communautés jouissent d'une certaine autonomie en matière de planification des services d'éducation. Le problème cependant est celui des ressources. Comme nous l'avons signalé, plusieurs ressources sont offertes au coup par coup, pour des projets à court terme assortis d'attentes peu réalistes. En fait, il ne s'agit en quelque sorte que des fonds d'amorce.

Les montants bloqués pour l'éducation sont limités. Pour les Premières nations, conformément aux droits conférés par le traité et à l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, le gouvernement a promis l'éducation de tous les Autochtones, mais le financement qui est débloqué ne permettra que de payer l'éducation postsecondaire d'environ 10 étudiants, selon la taille de la collectivité. Nombre de communautés ont de longues listes d'attente de gens qui ont demandé une aide financière pour aller à l'école et, en raison de leurs notes, ne sont pas admissibles au programme de prêts ou de bourses. Pour être admissible au programme de financement, l'étudiant doit souvent avoir une certaine moyenne pondérée cumulative.

D'un point de vue pratique, nous devrions chercher maintenant à augmenter le nombre d'Autochtones travaillant dans le secteur de la santé mentale si nous voulons vraiment avoir un nombre adéquat d'employés par rapport à la population ciblée. Puis, ce personnel pourrait commencer à évaluer les programmes disponibles. Je pense que de cette façon nous pourrions éviter les mauvais diagnostics. On pourrait alors penser aux soins et aux services appropriés.

Le plus gros problème est le manque de ressources. Nombre de collectivités doivent faire des pieds et des mains simplement pour répondre aux besoins de base. D'autres essaient d'assurer l'approvisionnement en eau dans toutes les maisons. Quand on étudie la liste des priorités au niveau des besoins, ce sont là des choses vraiment fondamentales. Si vous êtes toujours à ce niveau, il est bien difficile de passer au prochain. Nos ressources sont le gros problème. Si nous créons les infrastructures qui permettront de répondre aux besoins essentiels, Dieu seul sait les débouchés qui s'offriront aux Autochtones.

M. Powderface : À notre recommandation 8, nous proposons certaines choses. Nous parlons par exemple du renforcement des capacités des communautés, ce qui est important parce que si vous voulez permettre aux communautés de composer avec des problèmes particuliers, vous devez leur offrir les ressources adéquates. C'est là où le gouvernement fédéral manque à l'appel, c'est-à-dire qu'il n'offre pas aux communautés les ressources adéquates pour leur permettre de composer avec certains des problèmes associés à la santé mentale.

Permettez-moi de vous donner l'exemple de la fondation de guérison en ce qui a trait à l'impact des écoles résidentielles. Tout le financement offert à la fondation de guérison ne prévoit rien pour la santé mentale de ceux qui ont vécu ce que c'était que d'aller dans les écoles résidentielles. J'ai vécu cela moi. Le fait d'aller à l'école résidentielle a changé la façon dont je pense. J'ai fréquenté cette école au moment même où j'avais besoin d'être embrassé par ma mère, être guidé par elle. J'avais besoin que mes parents m'apprennent comment être une personne, comment

had had a problem, I would have gone to them and they would have shown me love and compassion. They showed me passion, and I learned from that, and I am a passionate person. Instead, in residential school, I had to fight my way through all my problems. I learned to be violent. Now the impact of residential schools extends to third generations.

I do a lot of work with young people who are struggling to deal with the violence in their lives, alcohol abuse, substance abuse, poverty, suicides and gangs. They tell me, "It is nice for you to tell us about traditional teachings, but how can I teach my children what I have not been taught by my parents because they were in residential school?" They were totally alienated and dissociated from the teachings of what life is all about.

We point to this lack of traditional culturally oriented parenting skills and we make recommendations in that regard. Many of our young people do not have the skills to raise their children to be responsible, respectable individuals. We have been asking for program funding. We develop programs but they are not funded because they are seen to be outside of the scope of funding policies. That is most unfortunate.

If we are to give communities the capacity to rebuild with adequate resources, that will be a start, because we have to deal with not only two generations, but three generations of our people and try to get them out of the mess that they ended up in because of residential schools.

The Acting Chairman: If I understand what you are saying, the capacity that is needed to build must, of necessity, come from within not without?

Mr. Powderface: That is right. Throughout our presentation we talked about the community base and about involvement. We talk about the joint ventures that have to take place with First Nations directly, with the people from the community, because it is not somebody from the outside who identifies the problem. We know what the problems are. We can identify the problems, and if we can be resourced, I am sure we can find the solutions.

The Acting Chairman: We are at Maslow's theory where basic human needs are not yet met, so the first step will be capacity building within your own community with the appropriate personnel. How much of that do we have? We will have to walk in solidarity with others until we build that capacity within your culture and your communities. Am I correct in following that line?

vivre le genre de vie que le Créateur avait prévu pour moi. Cependant j'ai été envoyé à une école résidentielle. Si j'étais resté avec mes parents, si j'avais eu un problème, je me serais tourné vers eux et ils m'auraient montré amour et compassion. Ils m'ont appris ce qu'était la passion, et je suis plein de passion aujourd'hui. Cependant, à l'école résidentielle, j'ai dû me débrouiller tout seul pour régler mes problèmes. J'ai appris à être violent. Aujourd'hui l'impact des écoles résidentielles se fait sentir trois générations plus tard.

Je travaille énormément avec les jeunes personnes qui composent avec des problèmes de violence, d'alcoolisme, de toxicomanie, de pauvreté, de suicide et de gangs. Ils me disent : « C'est bien beau de nous parler des enseignements traditionnels, mais comment puis-je enseigner à mes enfants ce que mes parents ne m'ont pas appris puisqu'ils étaient en pensionnat? » Ils ont été totalement désaffectés et déconnectés des enseignements sur le sens de la vie.

Nous signalons ce manque de compétences parentales à saveur traditionnelle et culturelle et nous faisons des recommandations à cet égard. En effet, bon nombre de nos jeunes ne possèdent pas les compétences nécessaires pour apprendre à leurs enfants à devenir des êtres responsables et respectables. Nous demandons de l'aide financière pour financer nos programmes. Nous élaborons des programmes, mais ceux-ci ne peuvent pas être financés puisqu'ils ne cadrent pas avec la portée des politiques de financement. C'est vraiment dommage.

Si nous voulons donner aux collectivités le moyen de se reconstituer en leur allouant des ressources adéquates, ce sera un point de départ, car nous devons composer pas seulement avec deux générations, mais trois générations d'Autochtones que nous tentons de sauver du gâchis causé par leur passage dans les pensionnats.

La présidente : Si j'ai bien compris ce que vous dites, la capacité de se reconstituer doit inéluctablement provenir de l'intérieur et non pas de l'extérieur?

M. Powderface : C'est exact. Tout au long de notre exposé, nous avons parlé de la base communautaire et de la contribution de tous. Nous parlons aussi des actions qui doivent être prises de concert avec les Premières nations directement, c'est-à-dire avec les membres de la communauté, car ce n'est pas à quelqu'un de l'extérieur qu'il appartient de cerner le problème. D'ailleurs, nous savons déjà quels sont les problèmes. Nous pouvons déjà les cerner, et si l'on pouvait avoir les moyens, je suis sûr que nous pouvons trouver des solutions.

La présidente : Nous en sommes à la théorie de Maslow, où les besoins humains essentiels ne sont pas encore satisfaits, et c'est pourquoi la première étape sera de renforcer les capacités de votre propre communauté et de vous doter du personnel approprié. De quoi disposez-vous actuellement? Nous allons devoir travailler solidairement avec d'autres jusqu'à ce que nous puissions renforcer la capacité de votre culture et de vos collectivités. Mon raisonnement tient-il debout?

Ms. Bastien: If you are asking if the community has the people to do the work, the answer is that yes, we do. We have the people to do the work; we just do not have the funds.

In my home community, people are taking training through an addiction program in Alberta. Alcohol services pays for their education and then they volunteer. That is available. However, now the Social Services program has changed, and people who are considered employable need to look for employment or fill out cards so they no longer have time to volunteer. They will not accept volunteering.

We have the people and the capacity. We have the wonderful support of elders. The difficulty, though, is the resources. We have elders who have to take on two jobs. They are not available to go into the schools and teach the children because they are working night shifts at different programs because they do not qualify for social assistance and their pension dollars are not adequate.

There are few jobs in our communities. Many of us have to seek out employment. In seeking out employment, we lose the support that we have at home. The racism around housing issues and employment issues make it difficult to live in an urban area.

As Gloria said, we have a wonderful mental health program in the North but, yet, students cannot find employment within our Alberta mental health system or within our mental health system. Responsibility for that is now with the regional health authorities, and that is really very sad.

How do we deal with increasing employment? In Alberta we have a policy that looks at working with Aboriginal people and to have that as part of the program planning. If we considered something like that around employment, that would be another way of going.

Senator Callbeck: Elsie, I am wondering if I misunderstood. You told us that people used to volunteer. Then you went on to talk about the employment card, and now they have no time. Has there been a change?

Ms. Bastien: It has to do with the Welfare Act and social services. Most of our people are unemployed because there is no work. Our unemployment rate is at 85 per cent. The community looked at funding people to take training so that they could then volunteer to work in some of the programs. However, at the beginning of this year, the federal government changed the Welfare Act to reflect, I believe, what the province has, and so many of those people who would have, could have, been doing some of the community work, because we do not have the dollars to pay them, now cannot do that because they have to be looking

Mme Bastien : Si vous me demandez si la communauté possède les moyens humains pour faire le travail, la réponse est oui, tout à fait. Nous avons les ressources humaines nécessaires pour faire le travail; ce qui nous manque, ce sont les fonds.

Chez moi, les membres de ma collectivité sont en train de suivre une formation dans le cadre d'un programme de désintoxication en Alberta. Les services de lutte contre l'alcoolisme paient pour leur éducation, et les membres font du bénévolat. C'est ce qui existe actuellement. Cela étant, maintenant que le programme des Services sociaux a été modifié, les personnes que l'on considère comme employables doivent chercher un emploi ou remplir des formulaires, ce qui ne leur laisse plus de temps pour faire du bénévolat. Ils doivent alors refuser le bénévolat.

Nous avons les moyens humains et la capacité. En outre, nous avons l'appui inestimable des aînés. La difficulté consiste à trouver les ressources. Nous avons des aînés qui doivent occuper deux emplois, si bien qu'ils n'ont plus le temps d'aller dans les écoles et de prodiguer des enseignements aux enfants, puisqu'ils doivent travailler le quart de nuit aux termes de différents programmes, parce qu'ils ne sont pas admissibles à l'assistance sociale et parce que leur pension n'est pas adéquate.

Par ailleurs, il y a peu d'emplois dans nos collectivités. Nous sommes nombreux à chercher un emploi. Ce faisant, nous perdons le soutien que nous avons chez nous. Le racisme qui entache les secteurs du logement et de l'emploi nous rend la vie difficile dans les centres urbains.

Comme Gloria l'a dit, nous avons un excellent programme de santé mentale dans le Nord mais, encore une fois, les étudiants ne peuvent pas trouver d'emploi dans notre système de soins en santé mentale en Alberta ou dans le système de soins en santé mentale en général. Cela relève maintenant des régies de santé régionale, et c'est vraiment tragique.

Comment surmonter le problème du chômage croissant? En Alberta, nous avons une politique en vertu de laquelle on prévoit la collaboration avec les Autochtones et qu'on envisage d'intégrer à la planification des programmes. Si nous envisageons quelque chose de semblable en matière d'emploi, cela pourrait être une autre approche.

Le sénateur Callbeck : Elsie, j'ai dû mal comprendre. Vous avez d'abord dit que les gens acceptaient naguère de travailler bénévolement, puis vous avez ensuite parlé du relevé d'emploi et expliqué qu'ils n'avaient plus le temps aujourd'hui de travailler comme bénévoles. Qu'est-ce qui a changé?

Mme Bastien : C'est à cause de la Loi sur l'assistance sociale et les services sociaux. La plupart de nos gens sont en chômage parce qu'ils ne trouvent pas d'emplois, notre taux de chômage atteignant les 85 p. 100. La communauté a cherché à subventionner les gens pour qu'ils puissent suivre une formation, ce qui leur aurait permis de travailler ensuite dans certains de ces programmes comme bénévoles. Mais au début de l'année, le gouvernement fédéral a modifié la loi pour tenir compte, à mon avis, de ce que fait la province. Par conséquent, une bonne partie de ces gens qui auraient pu faire du travail

for gainful employment. They need to demonstrate that they have been seeking gainful employment before they get their welfare cheque at the end of the month.

Senator Callbeck: I understood it correctly then. Thank you.

Senator Cordy: The detailed report that you have given us will be very helpful. I recognize that it was not written in a short period of time.

What we have heard from you is something we have heard from many people, that is, when we make changes it cannot be top down, we have to consult with people who will be directly affected.

I liked what you had to say about taking a more holistic approach. That is true whether we are talking about Aboriginal peoples or about mental health over the whole spectrum. You cannot look at mental health in isolation.

Elsie, you talked about nutrition, housing and employment but you made no mention of the justice system in spite of the fact that the justice system is a major consideration. We have said that the prison system and the streets have become the psychiatric units of the past. You are nodding, Gloria, so I think you would agree with that.

I would like to touch on the area of Aboriginals who are living in urban areas. When I grew up, my uncles and aunts lived two streets over or whatever, and there were always family members around. However, young people find the need to leave home and to go to urban areas where they do not have those support systems in place. They do not have the elders, the family members, and they do not have the healers or the medicine people in close proximity. How great a problem is this for Aboriginal youth particularly, who are living in urban areas?

Ms. Laird: It is a problem that is growing. We have quite a number of gangs in the urban areas, Aboriginal gangs, and some are quite violent. Once young people get involved in the gangs, they cannot get out. We have no kind of resources in place to help them other than a couple of ex-gang members who volunteer to help these young people get out of gangs. The gangs are becoming more sophisticated. They are reaching the First Nations and to our Metis communities in the urban areas and recruiting these young people.

There are a number of gangs here in this particular city. I think this is a part of all these issues that we brought forward to do with mental, physical, emotional, spiritual health, the lack of parenting skills, and the lack of traditional and spiritual awareness. Many of these young people have nothing to look forward to.

I have heard stories of parents supporting these young people who are 14 and 15 years old and who are involved in gangs because they bring the money into the home and support the family by putting food on the table. You cannot approach the

communautaire pour nous, ne peuvent plus le faire puisque nous n'avons pas les fonds voulus pour les rémunérer et puisqu'ils doivent désormais se chercher du travail rémunéré. Ils doivent démontrer qu'ils ont continué à chercher un emploi rémunéré, avant de pouvoir toucher leur chèque de bien-être à la fin du mois.

Le sénateur Callbeck : J'avais donc bien compris. Merci.

Le sénateur Cordy : Votre rapport détaillé nous sera très utile. Je vois bien qu'il vous a fallu beaucoup de temps pour le rédiger.

Vous avez confirmé ce que nous avons entendu dire par beaucoup de témoins, à savoir que les changements ne peuvent pas être imposés d'en haut, mais qu'il faut d'abord consulter les premiers intéressés.

J'aime bien ce que vous avez dit au sujet de la nécessité d'opter pour l'approche plus holistique. C'est vrai que l'on songe aux Autochtones ou à la santé mentale d'un bout à l'autre du spectre. La santé mentale ne peut être prise isolément.

Elsie, vous avez mentionné la nutrition, le logement et l'emploi, mais vous n'avez rien dit du système judiciaire, même si celui-ci joue un rôle important. On a entendu dire que les prisons et la rue étaient devenues les unités de psychiatrie d'hier. Je vous vois hocher la tête affirmativement, Gloria, ce qui me semble indiquer que vous êtes d'accord avec cette affirmation.

J'aimerais aborder la question des Autochtones qui vivent en région urbaine. Lorsque je grandissais, mes oncles et tantes habitaient à deux rues de chez moi, ou presque, et j'étais toujours entourée de membres de ma famille. Toutefois, les jeunes qui ressentent le besoin de quitter le foyer familial pour s'installer en ville n'y trouvent pas les systèmes d'appui qu'il leur faudrait. Ils n'y trouvent les aînés, les membres de leur famille, ni les guérisseurs ou chamans qu'ils avaient l'habitude d'avoir à proximité. Est-ce un grave problème pour la jeunesse autochtone qui habite en ville?

Mme Laird : C'est un problème qui croît. Dans les zones urbaines, on trouve beaucoup de gangs autochtones, dont certains sont très violents. Une fois que les jeunes tombent dans leurs filets, ils ne peuvent pas en sortir. Nous n'avons pas ce qu'il faut comme ressources pour les aider, mis à part un ou deux anciens membres de gang qui se portent volontaires pour aider les plus jeunes à en sortir. Mais ces gangs ont des méthodes de plus en plus raffinées et parviennent à étendre leurs filets jusque dans les communautés des Premières nations et des Métis de nos zones urbaines pour recruter les jeunes.

Il y en a plusieurs dans cette ville ici même. Ce phénomène s'inscrit dans tous les problèmes que nous vous avons présentés comme les problèmes de santé mentale, de santé physique, de santé émotionnelle et spirituelle, le manque de compétences parentales et le manque d'éveil traditionnel et spirituel. En effet, beaucoup de ces jeunes n'ont rien à espérer.

J'ai entendu parler de parents qui acceptaient que leurs enfants de 14 et de 15 ans fassent partie de gangs tout simplement parce qu'ils rapportaient l'argent à la maison et faisaient vivre leur famille. Comment reprocher la situation à ces familles et leur

families and talk about how dangerous it is for their youth being involved in gangs when they are totally dependant on them for finances.

I have heard that gang members are doing a lot of recruiting in the outlying communities across Alberta. That is a major issue.

How do you deter people when they are getting good money, are living well, are well dressed, and they have all their colours? My belief is the lure of the gangs gives these young people a place where they belong. They do not belong anywhere else. They are not accepted anywhere else. They are faced with racism. They do not fit into the school system. In a gang, they have the tribal mentality. They belong somewhere; they fit in somewhere.

We need to turn that around so that they belong, even in the urban areas, to a community. We need to help them develop their self-image. As Aboriginal people we have the history, the mentality of being ashamed of who we are. We are still dealing with that. You still see that in the schools.

Another major problem is child prostitution. Where there is child prostitution, you will find that over 50 per cent of those children are Aboriginal.

For a number of years I have been advocating for a holistic healing centre. That has not been supported. You can talk until you are blue in the face, but there is no change. The young people are saying that they want to go out to the country and they want to have elders present. They say they want to do sweats and they want to clean themselves up. They need something different. They need to get out of the cities.

Who will open a holistic healing centre for those young people who do not have a voice? These children are getting younger and younger; 10 and 11 years old. It is difficult to get out of that lifestyle if you are addicted to drugs such as crystal meth. It is a real problem. They come into the child welfare system. They come in one door, and they run out the other. Many of them get lost. They can support themselves. Some of them have told me that they do not need the system. They say, "I don't need anybody to support me. I can make a living myself, and I have a lot of friends out there that will help me." You hear a 12-year-old kid saying that we have got some major social problems out there.

Mr. Powderface: You have to realize where they come from. Because of our reserve system, our communities are in confined areas. They come from our communities that are closely knit, family-oriented societies. In many cases that creates some problems for them in adapting to urban life. Moving from this type of a society to a hierarchical corporate structured society is very difficult for them. The structure advocates individualism.

I will give you an example. We are used to family living. If I moved into a city, the only accommodation I could afford would be a one- or two-bedroom apartment and, because of my close

expliquer à quel point il est dangereux pour leurs jeunes d'appartenir à des gangs alors que les parents dépendent complètement de leurs enfants pour se nourrir?

Apparemment les gangs recrutent activement dans les régions éloignées de l'Alberta. C'est un gros problème.

Que pouvons-nous faire pour convaincre ces jeunes de ne pas faire partie d'un gang alors qu'ils gagnent bien leur vie, qu'ils ne manquent de rien, qu'ils sont bien habillés et qu'ils arborent leurs couleurs? D'après moi, les jeunes sont attirés par les gangs parce qu'ils leur donnent un sentiment d'appartenance, sentiment qu'ils n'ont pas ailleurs parce qu'ils ne sont acceptés nulle part ailleurs. Ils sont victimes de racisme et sont marginalisés à l'école. Par contre, dans les gangs, il existe une mentalité tribale qui leur donne un sentiment d'appartenance.

Il faut que nous renversions les choses pour que les jeunes aient l'impression d'appartenir à une collectivité, même dans les zones urbaines. Nous devons les aider à se sentir bien dans leur peau. Les Autochtones souffrent du fait qu'ils traînent depuis longtemps la honte qu'ils ressentent par rapport à leur identité. C'est quelque chose qui n'a pas encore disparu et qui se manifeste à l'école.

La prostitution enfantine est un autre problème d'envergure. En effet, plus de 50 p. 100 des enfants qui se prostituent sont autochtones.

Ça fait des années que je demande qu'on crée un centre de guérison holistique. Mais cela n'a rien donné. On peut discuter jusqu'à plus soif, mais rien ne change. Ce sont les jeunes qui disent qu'ils veulent aller en campagne en compagnie des aînés. Ce sont eux qui demandent de faire des sueries afin de se purifier. Il leur faut des solutions innovatrices. Ils doivent quitter les villes.

Qui créera un centre de guérison holistique pour ces jeunes qui n'ont pas de voix? Les enfants sont de plus en plus jeunes; ils ont maintenant 10 et 11 ans. Il est difficile d'arrêter de se prostituer quand on est toxicomane et qu'on consomme les drogues comme le crystal meth. C'est un problème grave. Ces enfants sont pris en charge par la protection de l'enfance mais disparaissent rapidement, certains à tout jamais. Ils arrivent à subvenir à leurs besoins. Il y en a même qui m'ont dit qu'ils n'avaient pas besoin de l'aide du gouvernement. Ils nous disent qu'ils n'ont pas besoin qu'on s'occupe d'eux, qu'ils sont capables de gagner leur vie et qu'ils ont beaucoup d'amis qui peuvent les aider. Quand un gamin vous dit ce genre de choses, c'est là qu'on se rend compte qu'il y a de graves problèmes sociaux.

M. Powderface : Il faut bien comprendre d'où viennent ces jeunes. En raison de notre système de réserves, nos communautés se trouvent dans des zones confinées. Les jeunes viennent donc de communautés qui sont des sociétés étroitement unies et axées sur la famille. Dans bien des cas, il est difficile de s'adapter à la vie urbaine. La transition entre leur communauté et la société hiérarchique et individualiste est très difficile.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Nous avons l'habitude de vivre en famille. Si je voulais m'installer en ville, je ne pourrais payer qu'un appartement avec une ou deux

relationship with my family around those family values, many family members would visit me and would like to stay overnight. However, I would be stuck with strict stipulations on the size of the home that we live in. This makes it very difficult for our people moving into the urban areas.

Senator Callbeck: You have given us a detailed and compelling presentation. Your statistics in the first part are devastating and certainly unacceptable.

You say that Health Canada must be involved in providing services to First Nations people. Is Health Canada not involved?

Ms. Bastien: They are involved. When we looked at some of the questions in your report, it seemed that Health Canada was not identified. I think for Aboriginal people, because of the sovereignty rights and the agreement with the federal government, we just want to ensure that, whatever we do to move forward, we continue to honour that relationship. We need to keep them involved. That is what our Aboriginal leaders are working towards. We just wanted to ensure, by putting it in here, that it was acknowledged that they be involved.

Senator Callbeck: They are involved now, and you want to keep them involved.

Ms. Bastien: Yes. We want to keep them involved. Health Canada is involved with First Nations and in Inuit health. I will let Gloria speak for our Metis people. The Inuit have some contracts with Alberta.

However, if Bessie were here, she would talk to how very sad the situation is for Inuit people. She sometimes, tongue in cheek teases, says that her homeland is called Nunavik, and that what it really is, is: "none of it." She tells us that they do not get anything. They have a really tough time.

I will let Gloria speak to the issues around health for Metis people.

Ms. Laird: When you mention Health Canada not working with the First Nations people, I think that people are beginning to look at a health service for Metis people. Therein lies a real problem also.

We would have access to Alberta Health Care. However, we have such a high unemployment rate in our community, many Metis people do not have access to Alberta Health Care. They have no access to health services because they do not have the health care card. A few fortunate people have Blue Cross, but unless your employer helps you pay for Blue Cross then you do not have it. The majority of Metis people do not have that. That is a real issue in our community.

I used to get a lot of calls for assistance. I no longer get very many because I was not able to help very much. People come into our Aboriginal agencies that work with families. We have only one in Edmonton, the Metis Child and Family Services Authority. Metis people with mental health problems will to

chambres à coucher, mais comme je suis très proche de ma famille, je les recevrais et les hébergerais souvent. Mais je n'aurais pas droit à un appartement plus grand pour autant. C'est pour cela qu'il est très difficile pour notre peuple de s'installer dans les zones urbaines.

Le sénateur Callbeck : Vous avez fait un exposé détaillé qui nous a marqués. Les statistiques que vous nous avez données dans la première partie sont terribles et tout à fait inacceptables.

Vous avez dit que Santé Canada devait assurer la prestation de services aux peuples des Premières nations. N'est-ce pas déjà le cas?

Mme Bastien : Oui. Comme on a examiné certaines des questions de votre rapport, on a eu l'impression que Santé Canada n'avait pas été identifiée. En raison des droits à la souveraineté et de l'accord avec le gouvernement fédéral, les Autochtones veulent tout simplement s'assurer que tout se fait dans le respect de cette relation. Il faut que le gouvernement fédéral continue à être partie prenante. C'est en ce sens que travaillent les leaders autochtones. Nous voulons tout simplement dire de façon claire que le gouvernement devrait participer.

Le sénateur Callbeck : En deux mots, le ministère de la Santé est présent et vous voulez vous assurer que ça continue.

Mme Bastien : Oui. Nous voulons que le ministère continue à être présent. Santé Canada assure des services de santé auprès des Premières nations et des Inuits. Je demanderais à Gloria de vous parler de la situation des Métis. Les Inuits, pour leur part, ont des contrats avec l'Alberta.

Par contre, si Bessie était ici, elle pourrait vous dire à quel point la situation des Inuits est triste. D'après ce qu'elle nous dit, ils n'ont droit à rien du tout et en souffrent beaucoup.

Mais Gloria est mieux placée pour vous en dire plus sur la santé des peuples métis.

Mme Laird : Par rapport à ce que vous avez dit sur le manque d'intervention de Santé Canada auprès des Premières nations, je pense qu'on commence à s'intéresser à un service de santé pour les Métis. Il s'agit d'un autre grave problème.

On devrait avoir accès aux soins de santé dispensés par la province de l'Alberta. Par contre, il y a beaucoup de Métis qui n'y ont pas accès en raison du taux de chômage élevé de notre communauté. Ces personnes n'ont pas accès aux services de santé parce qu'elles n'ont pas de carte d'assurance-santé. Il y en a certains qui ont la chance d'avoir une assurance de la Croix-Bleue, mais seuls ceux dont les employeurs assument les coûts d'assurance peuvent se le permettre. Ce doit être le cas de l'ensemble de la population métisse. C'est un problème qui pèse lourdement sur notre communauté.

J'ai connu une époque où on m'appelait souvent pour me demander de l'aide. Mais comme je n'ai pas vraiment pu venir en aide aux personnes qui m'appelaient, le nombre d'appels a diminué. Les gens font appel aux organismes autochtones qui travaillent avec les familles. Mais à Edmonton, nous n'en avons

there. They have a tremendously difficult time finding resources for these people. Usually the obstacle is financial. I just want you to be aware of that.

Senator Callbeck: On the multiculturalism issue, you said that the federal government might revisit its policy which could bring about some changes in employment, housing and education. Could you elaborate on that?

Ms. Bastien: Aboriginal people do not see multiculturalism as specific to Aboriginal people, because Aboriginal people perceive themselves as the first people of Canada. The multiculturalism policy speaks to people of other cultures who are entering Canada as immigrants. That is how Aboriginal people perceive that.

They see that the momentum behind the policy is to build in some tolerance and some diversity, but it is based on enhancing economic growth within the global economy. Initially, it was intended to deal with structural and historical racism within Canada. However, that has never been its primary focus. Given that that was written into the policy, if we were to look at multiculturalism from an Aboriginal perspective, that would be an appropriate place for multiculturalism to start. What are the historical structural racisms? Those are the racisms that you do not see, but you feel them and you know they are there. Our statistics show that racism is there. Going by the number of people incarcerated, there has to be structural racism. People are responding to racial profiles.

It is obvious. In anything that we do, if we do not examine the systemic or the structural components of racism, systemic racism and inequality will remain. Anything that we pile on top of it, if that is the foundation we build on, it will change nothing.

Affirmative action may have created something, but did it actually work to reduce racism? A recent study done about racism in Canada was just reported in the last couple of weeks. A study was also done by the University of Lethbridge — the area where I live — that documents the fact that racism is prevalent.

Senator Callbeck: When you talked about the most appropriate structures to ensure that Aboriginal peoples have adequate input, you listed a number of things. Has there been any progress on any of those things you listed?

Ms. Bastien: Which page?

Senator Callbeck: Page 9, Question 3. These are the things you list for the appropriate structures to ensure Aboriginal people have adequate input into the design of services they need. Has there been any progress on any of those items you have listed?

Ms. Bastien: No.

qu'un, un organisme qui assure la prestation de services auprès des familles et les enfants métis. On y retrouve aussi des Métis souffrant de troubles mentaux. Il est très difficile de trouver des ressources pour ces gens et, en général, les obstacles sont de nature financière. Je voulais que vous le sachiez.

Le sénateur Callbeck : Pour ce qui est du multiculturalisme, vous avez indiqué que le gouvernement fédéral ferait bien de réexaminer sa politique afin d'améliorer la situation de l'emploi, de logement et de l'éducation. Pourriez-vous préciser votre pensée?

Mme Bastien : Le multiculturalisme ne touche pas précisément les Autochtones, parce que ceux-ci se définissent comme étant le premier peuple du Canada. Pour les Autochtones, la politique en matière de multiculturalisme vise les étrangers qui arrivent au Canada en tant qu'immigrants.

Même si, à l'origine, la politique a été conçue pour assurer une certaine tolérance et une certaine diversité, elle est fondée sur l'amélioration de la croissance économique dans un contexte économique mondial. Au départ, on voulait s'attaquer au racisme culturel historique au Canada. Mais cela n'a jamais été l'objectif premier de la politique. Étant donné que cela fait partie intégrante de la politique, si nous abordions le multiculturalisme d'une perspective autochtone, ça constituerait un bon point de départ. Qu'est-ce qu'on entend par racisme historique et structurel? Ce sont les formes de racisme qu'on ne voit pas, mais qu'on sent et qui existent réellement. D'après nos statistiques, on sait que le racisme est une réalité. Il suffit de prendre connaissance du nombre de personnes incarcérées pour se rendre compte que le racisme structurel existe. Certains sont victimes de profilage racial.

C'est pourtant simple. Dans tout ce que nous entreprenons, si nous n'examinons pas les composantes systémiques structurelles du racisme, le racisme et l'inégalité systémiques perdureront. Si nous adoptons des mesures sans nous attaquer à ce problème clé, rien ne changera.

La discrimination positive a sans doute eu des effets, mais est-ce qu'elle a véritablement permis de faire reculer le racisme? Il y a une étude portant sur le racisme au Canada qui n'a été rendue publique qu'au cours des dernières semaines. Il y a aussi une autre étude qui a été effectuée par l'Université de Lethbridge, près de chez moi, qui démontre, preuves à l'appui, que le racisme est répandu.

Le sénateur Callbeck : Vous avez donné une liste de séries de structures qui permettraient aux peuples autochtones d'avoir voix au chapitre. Parmi les éléments de votre liste, y a-t-il eu des progrès réalisés?

Mme Bastien : À quelle page?

Le sénateur Callbeck : Page 9, question 3. Ce sont les choses que vous énumérez comme structures appropriées pour veiller à ce que les populations autochtones aient voix au chapitre dans la conception de services dont ils ont besoin. Y a-t-il eu des progrès sur chacun des critères que vous avez énumérés?

Mme Bastien : Non.

I worked as a therapist in the community clinics when they were under the governance of the Mental Health Board. At that time we had 10 identified people of Aboriginal descent on staff. I think we had two First Nations on staff. That was in Alberta. I am sure the statistics across our provinces would reflect the same situation. I work with the commissioner for the redesign of children services in Alberta, and in our work we have noted that our Aboriginal staffing does not reflect the population that we serve. The numbers are very low.

With respect to all of those items on our list, I would say no. We have some short-term piecemeal projects, but they do not have a significant impact.

The Acting Chairman: Thank you all very much for such a compelling presentation.

Senators, we now welcome Dr. Alan Gordon, Mr. Peter Portlock and Mr. George Lucki. We will begin with Dr. Gordon.

Dr. Alan Gordon, Regional Mental Health Program: Thank you for inviting me to meet with your committee. I am a psychiatrist with the Capital Health Authority, which is the regional authority here in Edmonton that is responsible for providing health care services.

I have drafted three recommendations that I would hope you will consider incorporating with any other recommendations you may make.

The first one is to improve funding. I recognize, however, that you are keen on reform, but I do not think that reform will work without improved funding. The first recommendation is as follows:

Given the prevalence of mental illness and addictions, and the associated mortality, morbidity, and disability, the committee recommends that the Federal Government should set a target for funding for mental health services at X% of total health expenditure.

This would be a meaningful statement coming from the committee. It would impact on the provinces. It would set a guideline. It would achieve press interest. It would meet your goal of raising the profile of mental health services.

I leave you to decide what the X percentage should be. I, personally, given the amount of mental health issues, illness, and so forth out there, would like to see 20 per cent. However, 15 per cent would be a good start.

The second recommendation is to reduce the stigma attached to mental illness. It states:

Individuals with mental illness and addiction are often subject to a life of poverty, exclusion, and early death, facing stigma and discrimination in relation to housing, employment, insurance, education, criminal justice, parenting and health care. The committee recommends that the Federal Government set aside X dollars over 10 years to fund a national anti stigma campaign.

J'ai travaillé comme thérapeute dans les cliniques locales quand elles relevaient du Conseil pour la santé mentale. À l'époque, on a recensé 10 personnes d'origine autochtone dans le personnel. Je pense qu'il y avait deux employés des Premières nations. C'était en Alberta. Je suis certaine que les chiffres dans les autres provinces sont semblables. J'ai travaillé avec les commissaires à la réforme des services pour les enfants en Alberta et nous avons constaté que le nombre d'employés autochtones ne reflète pas la population que nous desservons. Les chiffres sont très bas.

En ce qui concerne les critères qui figurent sur notre liste, je dirais non. Il y a bien des projets à court terme ici et là, mais rien qui ait des conséquences majeures.

La présidente suppléante : Merci beaucoup de l'exposé très convaincant.

Mesdames et messieurs les sénateurs, nous accueillons maintenant le Dr Alan Gordon, M. Peter Portlock ainsi que M. George Lucki. Nous allons commencer par le Dr Gordon.

Le docteur Alan Gordon, Regional Mental Health Board : Je vous remercie de m'avoir invité à rencontrer le comité. Je suis psychiatre à la Capital Health Authority, c'est-à-dire l'autorité régionale d'Edmonton chargée d'assurer des services de santé.

J'ai rédigé 30 recommandations que vous envisagerez, j'espère, d'incorporer aux autres que vous avez.

La première est d'améliorer le financement. Je sais bien que vous êtes en faveur d'une réforme mais elle ne saura se faire sans un meilleur financement. Voici la première recommandation :

Vu la prévalence de la maladie mentale et des toxicomanies ainsi que de la mortalité, de la morbidité et de l'invalidité qui y sont associées, le comité recommande que le gouvernement fédéral fixe comme objectif de financement des services de santé mentale à X p. 100 de l'ensemble des dépenses de santé.

Une déclaration comme celle-là du comité aurait beaucoup de portée. Elle aurait des effets sur les provinces. Elle fixerait un jalon. Elle piquerait l'intérêt des médias et permettrait d'atteindre votre objectif d'accroître la visibilité des services de santé mentale.

Je vous laisse le soin de décider quel devrait être le pourcentage. Vu l'ampleur des problèmes de santé mentale, je le fixerais pour ma part à 20 p. 100. Un chiffre de 15 p. 100 serait toutefois un bon départ.

La deuxième recommandation est d'atténuer la stigmatisation occasionnée par la maladie mentale. Je lis :

Les personnes atteintes de maladies mentales ou de toxicomanies sont souvent réduites à une vie de misère, d'exclusion et de mort précoce et sont en butte à la stigmatisation et à la discrimination en matière de logement, d'emploi, d'assurance, d'études, de justice criminelle, d'éducation des enfants et de soins de santé. Le comité recommande que le gouvernement fédéral réserve telle somme sur 10 ans en vue de financer une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation.

That would be a meaningful thing to do. It is something that the federal government could achieve, and it would make a difference in all of those areas I mentioned.

Again, I leave it to you to decide what X dollars over 10 years should be. I would point out, though, that \$1 billion over 10 years is only \$100 million per year, which translates into \$10 million for Alberta. It may sound like a lot but, if you are serious about reducing stigma, then the federal government needs to take the lead, and this is the way to do it.

The third recommendation is to set clear mental health goals. I preferred personally to go this route rather than a national mental health plan. We can talk about that in the discussion, if you wish. The recommendation reads:

The committee recommends that the Federal Government provide leadership in mental health by setting national goals to encourage the provinces to focus more on specific and crucial mental health issues. These should include:

1. A reduction in the suicide rate.
2. Improved outcomes for serious chronic mental illnesses such as schizophrenia.
3. A reduction in alcohol and drug use.
4. Improved streamlined access to mental health services —

The key is access. There must be access to assessment in a number of ways, including in primary care and in specialized services. There should be access to treatment, both hospital and community treatment, and crisis treatment as well as support. That includes access to housing, income, living skills, social skills, vocational programs, counselling, psychoeducational programs and family support.

These are the necessary components of a mental health system. We should be emphasizing access to all of these components. If you have improved access, then you need not worry about who runs or who funds the institution, the key is whether people can access them, and access not just the assessment but access treatment services and these crucial support services. This applies to children, adults, seniors, and particularly to populations with greater and special needs. For instance, Aboriginal people, immigrants, people with dual and complex diagnoses, rural and remote populations, people in prison, the poor and homeless. Those are your special groups, your special needs groups.

My third recommendation continues:

The committee recommends that the Federal Government support and encourage the use of outcome measures and informative databases to achieve these goals.

Ce serait une autre chose utile. C'est quelque chose que le gouvernement fédéral pourrait faire et qui apporterait des améliorations dans tous les secteurs énumérés.

Encore une fois, je vous laisse le soin de décider quel devrait être le montant échelonné sur 10 ans. Je précise toutefois qu'un milliard de dollars sur 10 ans, cela ne revient qu'à 100 millions par année, ce qui représente 10 millions pour l'Alberta. Ça peut sembler beaucoup, si vous tenez à atténuer la stigmatisation, le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative et ceci est une façon de le faire.

La troisième recommandation est de fixer des objectifs nets en matière de santé mentale. Personnellement, je préfère cela à un plan national pour la santé mentale. Nous pourrions discuter pendant les échanges, si vous le souhaitez. La recommandation se lit comme suit :

Le comité recommande que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership en matière de santé mentale en fixant des objectifs nationaux destinés à encourager les provinces à se concentrer davantage sur des problèmes précis et cruciaux de santé mentale, notamment :

1. Une diminution du taux de suicide.
2. De meilleurs résultats dans le cas des maladies mentales chroniques graves comme la schizophrénie.
3. Une réduction de la consommation d'alcool et de drogues.
4. Un accès simplifié aux services de santé mentale [...]

La clé, c'est l'accès. Il faut avoir accès à une évaluation de diverses façons, aussi bien pour les soins primaires que pour les services spécialisés. Il faut avoir accès aux traitements, en milieu hospitalier et auprès des services de proximité, en situation de crise et au service d'aide. Cela comprend le logement, le revenu, les compétences psychosociales, l'acquisition de métier, le counselling, les programmes psycho-éducatifs et le soutien familial.

Tels sont les éléments nécessaires d'un système de santé mentale. Il faut insister sur l'accès à tous ces éléments. Si l'accès est amélioré, vous n'avez pas à vous préoccuper de qui dirige ou finance l'établissement; la clé c'est si les gens peuvent y avoir accès et avoir accès non seulement à l'évaluation mais aussi aux services de traitement et à ces services de soutien essentiels. Cela s'applique aux enfants, aux adultes, aux personnes âgées et en particulier aux populations qui ont des besoins plus grands et spéciaux. Par exemple, les populations autochtones, les immigrants, les personnes à diagnostic double et compliqué, les populations rurales et en région éloignée, les détenus, les pauvres et les itinérants. Voilà les populations à besoins spéciaux.

Voici la suite de ma troisième recommandation :

Le comité recommande que le gouvernement fédéral appuie et encourage le recours à des mesures de résultat et des bases de données dans l'atteinte de ces objectifs.

If you are asked for brief recommendations, I think these are those. I believe that they capture the essence of what you have tried to achieve in your report. I think it is catchy. I think it is doable. I think it raises the profile of mental health. I think that it gives the federal government some responsibility in this without treading on the toes of the provinces.

I submit it to you for your consideration.

The Acting Chairman: Thank you. These are the challenges we are faced with as the committee in developing a mental health strategy from a federal perspective but which can be implemented province by province. Therein lies the challenge. We hear you well.

Mr. Portlock, you have the floor.

Mr. Peter Portlock, Executive Director, Canadian Mental Health Association, Alberta Division: Madam Chairman, senators, ladies and gentlemen, I would like to thank you on behalf of the Alberta division of the Canadian Mental Health Association for the opportunity to appear before you this afternoon. I have speaking notes which I will try to abridge in the interests of time.

This is the best time to be working in mental health. In large measure, your work has made it so, and it would be remiss of me to move on to my presentation without acknowledging, with appreciation, the efforts of the committee to date in focusing Canadian's attention on the opportunities to improve our mental health system.

More than any other initiative, the consultations and interim reports of this committee have brought mental health into the kitchen, onto the stove, indeed onto the front burner where we are committed to keeping it until our collective work is done thoroughly and well. Thank you for getting us there.

You are probably aware that yesterday in the House of Commons a motion was introduced by MP Steven Fletcher and received nearly unanimous support from the Conservatives, the Liberals, and the New Democrats. In part, the motion reads:

That, given a national strategy is needed now to reduce the growing human and economic costs of cancer, heart disease, and mental illness,...and given that Canada is one of the few developed countries without a national action plan for effectively addressing mental health and heart disease, the government should immediately develop and initiate a comprehensive national strategy on mental illness, mental health...

I submit that such a motion might never have been entertained let alone passed without the diligent and visible efforts of this Senate Committee, and for that we thank you as well.

We have prepared a written submission, copies of which I have distributed. In this brief presentation I will deal with three areas that are dealt with in more detail in our written submission. We will not mirror in our presentation the presentation made by our national body, which you have heard, and I think has been echoed to some degree by our regional affiliates across Canada.

Vous vouliez des recommandations précises, les voilà. Je pense qu'elles cernent l'essence de ce que vous essayiez de faire dans votre rapport. Je pense que ça accroche et que c'est faisable. Cela accroît la visibilité de la santé mentale. Je pense que cela donne au gouvernement fédéral des responsabilités dans le dossier sans marcher sur les pieds des provinces.

Je le soumets à votre attention.

La présidente suppléante : Merci. Voilà bien les défis auxquels le comité est confronté dans l'élaboration d'une stratégie pour la santé mentale du point de vue fédéral mais qui peut être mise en œuvre province par province. C'est bien là où se situent les difficultés. Le message est bien reçu.

Monsieur Portlock, à vous la parole.

M. Portlock, directeur administratif, Association canadienne pour la santé mentale, section de l'Alberta : Madame le présidente, mesdames et messieurs les sénateurs, mesdames et messieurs, je vous remercie au nom de la section de l'Alberta de l'Association canadienne pour la santé mentale de l'occasion qui nous est donnée de comparaître devant vous aujourd'hui. Je vais abréger mon allocution vu que le temps presse.

C'est le moment idéal pour travailler dans le secteur de la santé mentale. Dans une grande mesure, c'est grâce à votre travail et j'aurais tort de poursuivre mon exposé sans reconnaître avec gratitude les efforts du comité à ce jour pour braquer l'attention des Canadiens sur des possibilités d'améliorer notre système de santé mentale.

Plus que toute autre initiative, les consultations et les rapports intermédiaires du comité ont mis la santé mentale sur la place publique, voire sur le devant de la scène et il en restera ainsi tant que notre œuvre collective ne sera pas accomplie. Merci de nous avoir menés jusque-là.

Vous savez sans doute qu'hier une motion déposée à la Chambre des communes par le député Steven Fletcher a reçu un appui quasi unanime des conservateurs, des libéraux et des néo-démocrates. Voici un extrait de la motion :

Que, puisqu'il faut élaborer dès maintenant une stratégie nationale pour réduire les coûts humains et économiques de plus en plus lourds du cancer, des cardiopathies et des maladies mentales, la Chambre demande au gouvernement [...] d'élaborer et d'appliquer sans délai une stratégie d'ensemble sur les maladies mentales[...], le Canada étant un des rares pays développés à ne pas avoir de plan d'action national pour réduire l'incidence des maladies mentales et des maladies du cœur.

Une motion comme celle-là n'aurait jamais été examinée et encore moins adoptée sans les efforts assidus et visibles du comité du Sénat, et nous vous en remercions.

Nous avons préparé un mémoire dont j'ai distribué des exemplaires. Dans mon court exposé, je parlerai des trois secteurs développés plus en détail dans mon mémoire. Nous n'allons pas reprendre l'exposé fait par notre association nationale, que vous avez entendu, et que nos antennes régionales du pays ont répété dans une certaine mesure.

This afternoon I will talk about the appropriateness of national leadership in bringing about necessary improvements in the Canadian mental health system, measures to improve the information available on the prevalence of mental disorders, and measures to improve access to the mental health system.

I would also offer a word of caution in respect of one of the downsides in the move to regionalize the design, delivery and evaluation of mental health services and programs.

With regard to national leadership — and I am glad my friend Dr. Gordon mentioned national leadership — mental health, which is the orphan child of the health care system, does need its champion at the national level. Yesterday's motion in the House notwithstanding, the provinces and territories have required little encouragement to address on their own the importance of heart and kidney disease, diabetes, obesity, and other physical conditions. Existing in the shadows for so long, mental health and addictions can only gain a place on the priority health agendas of the provinces and territories with focused and enduring national leadership.

Such recent initiatives as the appointment of a special advisor of the Minister of Health on mental health in the workplace, the creation of an interministry team at the federal level to address mental health issues in the federal workforce, and the federal government's commitment to set the example to public and private sector employers nationwide through how it addresses the mental health needs of its own clients, the military, the RCMP, Aboriginal populations, and federal prisoners, will do much to legitimize a renewed focus and emphasis on mental health at the provincial level and to maintain its profile. For us, it is all about profile at this stage.

Other initiatives might include legislating greater equity between physical and mental illnesses as well as mandating at least one of the regularly scheduled, periodic meetings of federal, provincial, and territorial ministers of health to deal exclusively with mental illness and mental health issues, and even creating a ministry of state for mental health as has been done in British Columbia.

The value and power of federal leadership initiatives in mental health cannot be underestimated.

Concerning measures to improve the information available on the prevalence of mental disorders, we strongly support the more frequent repetition of the Canadian community health survey and the expansion of the survey base to cover a wider range of mental disorders, age groups and population sub groups, notably among Aboriginal peoples, the homeless, and the prison population.

Similarly, we support the creation of a national information database on the prevalence of mental illness and addiction and an information system necessary for measuring the mental health status of Canadians, a system that we currently lack.

Cet après-midi, je vais parler de l'opportunité d'un leadership national pour apporter les améliorations nécessaires au système de santé mentale canadien, de mesures destinées à améliorer l'information disponible sur la prévalence des troubles mentaux et de mesures destinées à améliorer l'accès au système de santé mentale.

D'abord, une mise en garde au sujet d'un des inconvénients de la régionalisation de la conception, de la prestation et de l'évaluation des services et des programmes de santé mentale.

En ce qui concerne le leadership national — et je me réjouis que mon ami le Dr Gordon en ait parlé — la santé mentale, l'orphelin du système de soins de santé, a effectivement besoin de son champion au niveau national. Malgré la motion présentée à la Chambre hier, les provinces et les territoires n'ont guère eu besoin d'être poussés pour mesurer l'importance des maladies du cœur et du rein, du diabète, de l'obésité et d'autres affections physiques. Reléguées dans l'ombre pendant si longtemps, la santé mentale et la toxicomanie ne trouveront leur place sur les programmes prioritaires de santé des provinces et des territoires que grâce à un leadership national ciblé et tenace.

Des initiatives récentes comme la nomination d'un conseiller spécial du ministre de la Santé en matière de santé mentale au travail et la création d'une équipe interministérielle au niveau fédéral vont se pencher sur les questions de santé mentale dans l'effectif fédéral ainsi que l'engagement du gouvernement fédéral de donner l'exemple aux employeurs des secteurs public et privé d'un bout à l'autre du pays, grâce à la façon dont il répond aux besoins de santé mentale de ses propres clients — les militaires, la GRC, les populations autochtones et les détenus fédéraux — feront beaucoup pour légitimer un regain d'attention pour la santé mentale au niveau provincial et pour assurer sa visibilité. Pour nous, tout se résume actuellement à la visibilité.

Parmi d'autres initiatives, on pourrait compter l'adoption d'une loi qui établisse une plus grande équité entre les affections physiques et mentales et qui forcerait la tenue d'au moins une réunion à intervalles réguliers des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, consacrée exclusivement à la santé mentale et à ses problèmes, et qui créerait même un ministère d'État à la santé mentale comme cela s'est fait en Colombie-Britannique.

L'intérêt et la puissance des initiatives du gouvernement fédéral en matière de leadership dans le dossier de la santé mentale ne sauraient être sous-estimés.

En ce qui concerne les mesures destinées à améliorer l'information disponible sur la prévalence des troubles mentaux, nous appuyons vigoureusement la réalisation plus fréquente de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'expansion du questionnaire pour y inclure un éventail plus large de troubles mentaux, de groupes d'âge et de sous-groupes de population, notamment parmi les populations autochtones, les itinérants et la population carcérale.

De même, nous appuyons la création d'une base de données nationale sur la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie et d'un système d'information permettant de mesurer l'état de santé mentale des Canadiens.

Regarding measures to improve access to the mental health system, we deal every day at CMHA with people who have summoned the courage to ask for help, who are repelled by the system either because that system is so fragmented it is difficult to discern the appropriate entry point, or because their ability to articulate their specific needs is somehow compromised. In our experience, there is an absolute need for mental health advocates to assist individuals in accessing needed support.

CMHA Alberta division is preparing a proposal to introduce a centralized one-stop ombuds-type service in this province on a trial basis whereby individuals will be supported and helped in their attempts to successfully access the mental health system so that they may receive appropriate interventions sooner rather than later. We look forward to reporting on the success of this initiative in due course.

The final point I would make concerns an unanticipated downside to regionalization of mental health services and programs which we believe deserves mention.

Provincial organizations such as CMHA have generally derived some of their infrastructure funding from the provincial entity responsible for mental health service delivery, whether it is the provincial ministry of health or, as in Alberta, formerly the Alberta Mental Health Board. We have, in turn, allocated some of that funding to our regional branches to sustain programs at the regional or community level which, in many cases, they have offered by agreement with the RHAs.

With the move to regionalization and the transfer of responsibility for mental health services from a central authority to the community, our regional branches have forged new alliances with the RHAs which, while not historically accustomed to providing funding support to outside agencies, that is, outside the health authority, have accepted that responsibility and have entered into funding agreements with our regional entities for local programs and services.

The central authority having divested itself of its funding responsibilities to provincial organizations, those organizations are left without sources of infrastructure funding at the provincial level. Our branches are doing fine relatively speaking in their new funding partnerships with the RHAs.

The provincial head office, however, is less fortunate. In promoting the divestment of responsibility for mental health service delivery from a central authority to a regional or community service model, we would urge the committee to note that some mechanism must be retained by which the important and necessary function fulfilled by non-governmental organizations such as CHMA can be funded and therefore sustained at the provincial, not just the regional, level.

The Acting Chairman: Thank you very much.

Mr. Lucki please proceed.

Mr. George Lucki, Chair, Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health: Madam Chairman, senators, thank you very much for the invitation to present to the committee this afternoon.

S'agissant de mesures destinées à ouvrir l'accès au système de santé mentale, chaque jour l'Association traite avec des gens qui ont trouvé le courage de demander de l'aide mais qui sont rejetés par le système, soit parce que celui-ci est à tel point fragmenté qu'il est difficile de trouver le point d'entrée approprié, soit qu'ils n'arrivent pas à exprimer clairement leurs besoins. Nous savons d'expérience qu'il faut absolument des défenseurs de la santé mentale capables d'aider les personnes à trouver de l'aide.

La section de l'Alberta de l'ACSM prépare actuellement une proposition en vue d'instaurer dans la province à titre expérimental un guichet unique qui aiderait le client à avoir accès plus tôt aux services de santé mentale. Nous ferons le bilan de cette initiative en temps opportun.

J'aimerais enfin parler des effets négatifs imprévus de la régionalisation des services et des programmes de santé mentale.

Les homologues provinciaux de l'ACSM obtiennent d'ordinaire une partie de leur financement pour les infrastructures de l'entité provinciale chargée de la prestation de ces services, qu'il s'agisse du ministère provincial de la Santé ou, en Alberta, de l'Alberta Mental Health Board. Nous répartissons à notre tour une partie de ces fonds à nos directions régionales pour financer les programmes au niveau régional ou local, souvent offerts en collaboration avec les autorités sanitaires régionales.

À l'occasion de la régionalisation et du transfert de responsabilité des services de santé mentale d'une autorité centrale aux autorités locales, nos sections régionales ont noué de nouvelles alliances avec les ASR qui, même si elles n'avaient pas l'habitude de financer des organismes extérieurs, c'est-à-dire à l'extérieur de l'autorité sanitaire, ont accepté la responsabilité et conclu des accords de financement avec nos entités régionales pour les programmes et services locaux.

L'autorité centrale ayant dévolu ses responsabilités de financement aux organes provinciaux, ceux-ci se retrouvent sans source de financement pour les infrastructures au niveau provincial. Nos sections se débrouillent bien, relativement parlant, dans leur nouveau partenariat de financement avec les ASR.

Le siège provincial, toutefois, a moins de chance. Dans l'effort de délégation des pouvoirs de prestation des services de santé mentale d'une autorité centrale à un service régional ou de proximité, nous exhortons le comité à faire observer qu'un mécanisme quelconque doit être maintenu pour que l'importante et nécessaire fonction remplie par les organisations non gouvernementales comme l'ACSM puisse être financée et conservée au niveau provincial et non seulement régional.

La présidente suppléante : Merci beaucoup.

Monsieur Lucki, vous avez la parole.

M. George Lucki, président, Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health : Madame la présidente, mesdames et messieurs les sénateurs, merci de m'avoir invité à comparaître devant le comité aujourd'hui.

I will speak from rather than read the notes that I have provided. We have also provided some additional reading material relating to work that we have done on issues that we believe in Alberta have paralleled some of the interests of the Senate Committee in your fine reports.

I will just take a moment to describe the organization and to introduce myself. I am George Lucki, a psychologist by trade. I work in private practice, but in a volunteer capacity I chair the Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health, a coalition established in 1999 that included at that time, and has continued to include, the major stakeholders in mental health in the province.

The Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health is a unique provincial coalition of all of the major mental health professions, the not-for-profit agencies dedicated to mental health advocacy and community support, associations representing mental health consumers and family members. We comprise all of the large stakeholders in the mental health field outside those charged with financing and delivering mental health services. We came together with some concern about the state of mental health in the province of Alberta and about some significant deficiencies both in funding and the way in which systems were organized.

Our first paper, of which I provided a copy to you, was titled very aptly, and I think from our perspective addressed the crux of the problem, "Good People... Good Practices... No System." We lacked in this province a system of mental health care, a condition that we believe exists in other provinces across the country.

Our attention as a coalition was first of all addressed to the matters that we held universally. The strong consensus that developed among these divergent interests was amazing regarding what the problems were and what needed to be done.

The solution started not with examining the funding or the services, it started with an examination of what was happening at the top of the system. We recognized that we needed a system of governance of care that would address the problem. Services were fragmented and insufficient. There were significant gaps in services, in equities. Some people could get services that other people could not.

Wherever we looked, we found ourselves targeting only a portion of the real mental health problems, because outside of even developing the best possible services for people in sufficient quantity, unless we also address the social determinants of health, of mental health — poverty, homelessness, income support, family problems of various sorts — we will be unable to tackle the problem effectively.

We were also concerned in this province that mental health had found itself in a bit of a dead end — a cul-de-sac of sorts. We can use the analogies of stove pipes or silos, but mental health was separated from the rest of the health system, and mental health problems do not exist separate from problems of the body or problems of the soul or problems of interactions with people.

Je vais m'inspirer de mes notes plutôt que de lire celles que je vous ai fournies. Nous avons également remis d'autres documents relatifs au travail que nous faisons dans des dossiers qui, à notre avis en Alberta, rejoignent certains des intérêts exprimés dans les excellents rapports du comité sénatorial.

Je vais prendre quelques instants pour décrire notre association et me présenter. Je m'appelle George Lucki et je suis psychologue de formation. J'exerce dans le privé mais j'occupe bénévolement la présidence de l'Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health, coalition créée en 1999 qui regroupait et continue de regrouper les principaux intéressés dans le domaine de la santé mentale dans la province.

L'Alliance est une coalition provinciale unique en son genre qui regroupe toutes les grandes professions de la santé mentale, les organismes à but non lucratif de défense de la santé mentale et d'aide de proximité, les associations de consommateurs de services de santé mentale et les membres de leurs familles. Nous regroupons tous les grands acteurs du domaine à l'exception de ceux qui se chargent du financement et de la prestation des services de santé mentale. Ce qui nous a amenés à nous regrouper, c'est notre inquiétude pour l'état de la santé mentale en Alberta et les importantes lacunes du financement et de l'organisation des systèmes.

Notre premier document, dont je vous ai remis un exemplaire, allait droit au cœur du problème puisqu'il s'intitulait : « Good People... Good Practices... No System. » En effet, c'est le système de soins de santé mentale qui fait défaut dans notre province, situation à notre avis que l'on retrouve dans d'autres provinces du pays.

La coalition s'est d'abord penchée sur les questions qui nous tenaient tous à cœur. Le fort consensus qui s'est dégagé au sein de ce groupe disparate est étonnant quand on considère la nature des problèmes et des mesures à prendre.

La solution n'a pas été d'examiner le financement ou les services mais bien ce qui se produisait au sommet du système. Nous avons admis qu'il nous fallait un système de gouvernance de soins qui répondrait au problème. Les services étaient fragmentés et insuffisants. Il y avait des lacunes importantes des services, des inégalités. Certains pouvaient obtenir des services, d'autres pas.

Partout où nous avons regardé, nous nous sommes aperçus que nous ne nous occupions que d'une partie des véritables problèmes de santé mentale car même si nous devions concevoir les meilleurs services qui soient en quantité suffisante, à moins de nous attaquer aux déterminants sociaux de la santé, de la santé mentale — la pauvreté, l'itinérance, le soutien du revenu, les problèmes familiaux de types divers — il nous sera impossible de lutter utilement contre le problème.

Nous nous inquiétons aussi du fait que dans notre province la santé mentale se trouvait plus ou moins dans une impasse. Qu'il s'agisse d'un vase clos ou d'une tour d'ivoire, quelle que soit la métaphore, la santé mentale était à l'écart du reste du système de santé. Or, les problèmes de santé mentale n'existent pas dissociés des problèmes de l'organisme ou de l'âme ou des interactions avec autrui.

We need to work to integrate services, not only across the social determinants of health but effectively integrate health and mental health services. There is not a health service that does not have a mental health component, and we need to be able to effectively organize services so that they address the whole person and the real needs that contribute to dysfunction or disease or less than optimum performance.

We are pleased that we have had a couple of excellent health ministers in Alberta and real support through the Mazankowski report, through the initiatives of the Mental Health Board and the provincial health department, to move the agenda forward in mental health in line with the recommendations that the alliance and alliance member organizations have been making.

It is time for us to take this even further. It is time for us to move from passion to action.

I provided you with a copy of a document that looks at how we rationally separate issues of the governance and the operation of the mental health system, and how we evaluate, after a period of time, the outcomes of our efforts.

We also developed a blueprint for reform which is a checklist or report card to help us determine whether we have, in fact, had a positive impact on the system of care, not just on the funding and the services that are delivered.

Today, I come to speak to you about your *Issues and Options* paper and to make some, hopefully, welcome recommendations. Our interest has been largely as a provincial alliance, but some of what needs to be done in mental health requires the efforts of the federal government. It requires a pan-Canadian, an interprovincial, a national approach.

We believe that the federal government has important jobs to do. The first is that the federal government must lead by example as a quality and a policy leader. The federal government does have responsibilities in mental health care that do extend into our province as well, and they need to do as good a job in that area as we hope to do in terms of our own provincial responsibilities.

You have heard about the care for individuals in the Armed Forces, and those who are police officers. Very passionately you heard of some of the difficulties with Aboriginal care. These are all areas of direct federal mental health involvement.

We are concerned about a two-tiered health care system, but we have tolerated two-tiered health care in mental health. Those issues need to be articulated and there needs to be a debate across the country about that deficiency.

The Canada Health Act excludes mental health care. There is no federal legislative protection for public mental health care. We need a federal mental health act that addresses these considerations; an act that supports provinces in delivering comprehensive mental health services.

I do not believe any dedicated transfer payments have been made to the provinces to help fund or encourage the funding of needed mental health care. Mental health funding needs to

Il faut travailler pour intégrer les services non seulement entre les déterminants sociaux de la santé mais aussi entre la santé en général et la santé mentale. Il n'y a pas de service de santé qui ne sera pas également doté d'un service de santé mentale et il faut être capable d'organiser efficacement ces services pour qu'ils s'occupent de l'être tout entier et des vrais besoins qui sont à l'origine des dysfonctions, de la maladie ou de troubles.

Nous avons eu la chance d'avoir un ou deux excellents ministres de la Santé en Alberta et d'avoir reçu l'appui du rapport Mazankowski du Mental Health Board et du ministère provincial de la Santé pour faire avancer le dossier de la santé mentale dans le sens des recommandations de l'alliance et de ses organisations adhérentes.

Il est temps pour nous d'aller plus loin. L'ardeur doit céder le pas aux actes.

Je vous ai remis une copie d'un document qui examine la façon dont on peut séparer rationnellement les problèmes de gouvernance et de fonctionnement du système de santé mentale et comment nous pouvons évaluer, après un certain temps, le résultat de nos efforts.

Nous avons aussi tracé un plan de réforme qui est une sorte de liste de contrôle ou de bulletin nous permettant de déterminer si nous avons effectivement eu un effet positif sur le système de soins, et non seulement sur le financement et les services offerts.

Aujourd'hui, je viens vous parler de votre document *Questions et options* et faire des recommandations auxquelles vous ferez, j'espère, bon accueil. Nous sommes d'abord et avant tout une alliance provinciale mais certaines des choses qui doivent être faites en santé mentale exigent la participation du gouvernement fédéral. Il faut une démarche nationale pancanadienne, interprovinciale.

Nous pensons que le gouvernement fédéral a un travail important à faire. Il doit d'abord prêcher par l'exemple sur le plan de la qualité et par ses politiques. Ses responsabilités en matière de santé mentale se prolongent jusque dans notre province et nous espérons qu'il fera aussi bien que la province.

On vous a parlé des soins pour les militaires et les policiers. Avec passion vous avez entendu parler des difficultés que rencontrent les Autochtones. Ce sont autant de secteurs qui relèvent directement du gouvernement fédéral.

Nous craignons un système à deux vitesses mais nous le tolérons quand il s'agit de santé mentale. Ces problèmes doivent être énoncés et faire l'objet d'un débat partout au pays.

La Loi canadienne sur la santé exclut la santé mentale. Il n'y a pas de protection législative fédérale dans ce domaine. Il nous faut une loi fédérale pour la santé mentale qui aide les provinces à fournir des soins exhaustifs.

À ma connaissance, il n'y a pas eu de paiements de transfert aux provinces pour les aider à financer ces soins. Le financement doit augmenter pour que les services offerts soient davantage à la

increase so that the services provided better reflect the burden of suffering and disability related to mental health. That has not yet occurred in our province or in many parts of the country.

A pan-Canadian mental health strategy also needs to consider a mechanism to provide equitable funding to help address the needs of those affected by mental illness.

The federal government is also a leading purchaser of non-insured benefits that provide those who work for the federal government or those whose health care is a federal responsibility with mental health care that is not available to the people of Canada at large. These services themselves are often not particularly well coordinated with other health services that are delivered by provincial authorities. We believe that these programs should be comprehensively reviewed to ensure that they reflect best practices, address the mental health needs of those they serve, Aboriginal people being probably a priority.

Mental health services need to be provided to the same degree to those who have the private insurance that the federal government affords its own employees or provides in non-insured benefits. Those benefits are available to all Canadians.

Through income support, employment, housing and many other federal programs, the government plays an important role in supporting mental health care outcomes, but these programs need to work well together and work well with provincial programs operating in areas that relate to mental health. There is a lot of work to be done in that regard.

The federal government can be a champion for mental health reform and a strong supporter of all of the community initiatives in that regard.

Mental health needs to stay on the policy agenda. It has at times briefly been on the national policy agenda, but not on a consistent basis. Federally, as provincially, there are good people and good programs, but there is no system of care. Services are fragmented and insufficient.

We need a mental health system and we need a plan. The plan needs to be developed with the active participation of everybody who is involved. A first ministers' conference dedicated to mental health is needed to set the policy agenda, but then everybody needs to be involved, because mental health requires the involvement of coalitions such as our own and the diverse groups across Canada whose needs are unique and particularly relevant.

We cannot develop a mental health system with a one-size-fits-all model. We must take into account individual needs and the preferences and requirements of the people that we serve.

How we build the system has to mirror the sort of system that we want. The plan has to be integrative and transcend traditional boundaries. Mental health crosses so many jurisdictions, so many departments, so many mandates, that we do need to find some way of pulling those all together.

hauteur des souffrances et des épreuves reliées à la santé mentale. Cela n'est pas encore chose faite dans notre province ni dans de nombreuses parties du pays.

Une stratégie pancanadienne de santé mentale doit aussi envisager un mécanisme de financement équitable pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale.

Le gouvernement fédéral est aussi un important acheteur d'avantages non assurés qui fournissent à ceux qui travaillent pour le gouvernement fédéral ou ceux dont les soins de santé sont une responsabilité fédérale des soins de santé mentale qui ne sont pas offerts à l'ensemble de la population canadienne. Ces services eux-mêmes sont souvent mal coordonnés avec les autres services de santé offerts par les autorités provinciales. Nous pensons que ces programmes doivent être révisés au complet pour s'assurer qu'ils reflètent les pratiques exemplaires, répondent aux besoins de santé mentale de ceux qu'ils desservent, les populations autochtones constituant sans doute la priorité.

Les services de santé mentale doivent être fournis au même niveau à ceux qui ont l'assurance privée que le gouvernement fédéral accorde à ses propres employés ou qu'il fournit en avantages non assurés. Ces avantages sont disponibles pour tous les Canadiens.

Grâce aux programmes de soutien du revenu, d'emploi, de logement et de beaucoup d'autres programmes fédéraux, le gouvernement joue un rôle important dans l'aide qu'il accorde aux résultats de soins de santé mentale, mais ces programmes doivent bien travailler ensemble et travailler bien avec les programmes provinciaux qui opèrent dans les secteurs reliés à la santé mentale. Il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine.

Le gouvernement fédéral peut être un champion de la réforme de la santé mentale et un défenseur vigoureux de toutes les initiatives communautaires dans ce domaine.

Il faut que la santé mentale continue de figurer au programme stratégique. Elle a à l'occasion été brièvement au programme stratégique national, mais pas de façon systématique. Fédéralement tout comme provincielement, il y a de bonnes personnes et de bons programmes, mais il n'y a pas de systèmes de soins. Les services sont fragmentés et insuffisants.

Il nous faut un système de santé mentale et il nous faut un plan. Le plan doit être élaboré avec la participation active de tous les intéressés. Une conférence des premiers ministres consacrée à la santé mentale est nécessaire pour fixer le programme stratégique, mais il faut que tout le monde soit de la partie parce que la santé mentale exige la participation de coalitions comme la nôtre et de divers groupes de partout au pays dont les besoins sont uniques et particulièrement pertinents.

Nous ne pouvons pas élaborer un système de santé mentale de taille universelle. Nous devons tenir compte des besoins de chacun et des préférences et des besoins des personnes que nous servons.

Le système que nous bâtissons doit être le miroir de la sorte de système que nous voulons. Le plan doit être intégrant et transcender les frontières traditionnelles. La santé mentale traverse tant de juridictions, de ministères, de mandats que nous devons trouver une façon de tous les rassembler.

Even within health care, mental health and addictions are tied together. A significant proportion of all primary care visits have a mental health component. Hospitalizations are not without their mental health component. Addictions and mental health together account for a significant proportion of morbidity, absence from work and social problems in this country.

Excluding mental health care from health care may lead to the stigmatization of the mental health components. We need to develop new ways of delivering mental health care in our communities.

The services need to be coordinated. They need to be consumer centred. One consumer said quite eloquently that the system is so complex that you have to be a healthy person to be able to navigate through it. There is truth to that. Mental health issues are complex, but we need to create a system that, from the consumer's perspective, is easy to access and easy to navigate. Services need to be equitable. I believe I have addressed that.

Mental health care is not a supplementary health benefit. Credit does need to go to employers that have provided plans to address the large gap in services in the public health care system.

How would Canadians react if we were comparing notes and speaking of employer-funded cardiac care? What would the reaction be if employees had to pay 50 per cent of the cost of bypass surgery? Yet, we do this with our mental health care by providing it as a supplemental health benefit.

Finally, I will deal with the question of stigma. Stigma is built into the system. Addressing stigma is more than just funding a public education campaign or a media campaign with posters and television commercials. The existence of a separate mental health care system with poor legislative protection, with poor funding, emphasizes the stigma.

In many ways, government policy has underscored that mental health problems are different from other problems and less worthy of our support and attention. Addressing stigma can occur by bringing mental health considerations into the main stream of health care and by effectively funding and integrating mental health and other health care delivery.

Stigma is also heightened by the experience of other social problems. When you are poor, homeless, unemployed, when you have involvement with the justice system, these conditions all add to the stigma, and these are all correlated with poor quality, less coordinated mental health services. We need to be able to see that connection, that is, addressing those problems will help reduce stigma.

Empowering consumers to help lead mental health initiatives will reduce stigma as well. Mental health consumers have been the passive recipients of services and we need to provide an opportunity for them to have their own voice, choice, and the

Même à l'intérieur des soins de santé, la santé mentale et les toxicomanies sont liées. Une portion importante de toutes les visites de soins primaires ont une composante de santé mentale. Les hospitalisations ne sont pas sans leur élément de santé mentale. Les toxicomanies et la santé mentale ensemble représentent une proportion importante de la morbidité, de l'absentéisme et de problèmes sociaux au pays.

Exclure les soins de santé mentale des soins de santé peut conduire à la stigmatisation des éléments de santé mentale. Nous devons développer de nouvelles façons d'assurer les soins de santé mentale dans nos localités.

Les services doivent être coordonnés. Ils doivent être axés sur le client. Un consommateur a dit avec beaucoup d'éloquence que le système est si complexe qu'il faut être en santé pour s'y retrouver. Il y a du vrai là-dedans. Les problèmes de santé mentale sont complexes mais nous devons créer un système qui, du point de vue du consommateur, est facile d'accès et de navigation facile. Les services doivent être équitables. Je pense en avoir parlé.

Les soins de santé mentale ne sont pas des services de santé complémentaires. Il faut savoir reconnaître aux employeurs le mérite d'avoir fourni des régimes qui comblent les grandes lacunes dans les services du système public de soins de santé.

Comment les Canadiens réagiraient-ils si on faisait une comparaison et si l'on parlait de soins cardiaques financés par l'employeur? Quelle serait la réaction si les employés devaient payer 50 p. 100 du coût d'un pontage? Pourtant, c'est ce que nous faisons dans le cas de la santé mentale quand nous parlons de services de santé complémentaires.

Enfin, je vais parler de la stigmatisation. Elle fait partie intégrante du système. Lutter contre la stigmatisation c'est plus que de financer une campagne de sensibilisation générale ou auprès des médias à l'aide d'affiches et de spots télévisés. L'existence d'un système de soins de santé mentale distinct mal protégé par les lois, mal financé, ne fait qu'ajouter à cette stigmatisation.

À bien des égards, la politique du gouvernement met en relief le fait que les problèmes de santé mentale sont différents des autres problèmes et méritent moins notre attention. On peut lutter contre la stigmatisation en ne différenciant pas les problèmes de santé mentale des autres problèmes de santé et en finançant effectivement et en intégrant la santé mentale aux autres soins.

La stigmatisation est également exacerbée par les autres problèmes sociaux dont on fait l'expérience en même temps. Lorsque vous êtes pauvres, itinérants, sans emploi, et qu'en plus vous avez des démêlés avec la justice, toutes ces conditions se combinent pour exacerber la stigmatisation, à laquelle vient s'ajouter la piètre qualité et la moins bonne coordination des services de santé mentale. Il faut comprendre la corrélation entre les deux, et comprendre par conséquent que régler ces problèmes aidera à réduire la stigmatisation.

Permettre aux bénéficiaires de lancer des initiatives en santé mentale aidera également à réduire cette stigmatisation. À ce jour, les bénéficiaires en santé mentale ont toujours été les récipiendaires passifs des services, et il faut désormais leur

greatest possible opportunity to direct their own care as they do in other areas of the health system. The development of a pan-Canadian strategy with new services and national discussion will help reduce stigma.

Education and the dissemination of research will obviously increase not only self-awareness of the problems that people face, because there is a large gap in self-awareness sometimes, but also the awareness of the problems that others face.

Finally, perhaps, in response to a very timely question, I spent much of the morning reading *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, and many Canadians are probably asking themselves, not quite knowing, today: What does this decision mean for me? What does it mean in terms of the health care that I receive?

The experience of Canadians seeking mental health assistance may be informative here, because the question that concerns Canadians today is the one that we have been living with for quite a while. Mental health has forever been outside of the Canada Health Act, and though that legislation is set up as an expression of our health care values, it does exclude mental health. The issues that were determined by the Supreme Court give people access, perhaps, in some cases to private insurance. Private insurance is the only way that Canadians have been able to purchase needed psychological and other services in the past. That has been the only way to avoid waiting lists and program limitations.

Employer-funded mental health programs make up a significant portion of all mental health expenditures. By some estimates, the employer-funded mental health programs approximate half of all of the publicly funded mental health expenditures.

There has been little incentive for or little demand for governments to provide these same sorts of benefits to all Canadians. Canadians with means have purchased these additional mental health benefits. Vulnerable Canadians have not, and they have often not had a voice in this matter. Even those who purchased such benefits may not have received optimum care because these supplemental benefits have not been well integrated with other health and social programs. They are better suited to those whose needs are moderate rather than to those whose needs are significant or severe. They fall through the cracks.

permettre d'avoir voix au chapitre, de faire leur propre choix et d'orienter leur propre choix de la façon qu'ils le souhaitent, comme cela se fait déjà dans d'autres secteurs du système de santé. Mettre au point une stratégie pancanadienne qui offrirait de nouveaux services et lancer un débat national ne peuvent qu'aider à réduire la stigmatisation.

L'éducation et la diffusion de la recherche permettront non seulement de mieux sensibiliser la population aux problèmes auxquels font face les bénéficiaires de santé mentale, puisqu'il y a souvent de graves lacunes dans la conscience de ces problèmes, mais permettra également de sensibiliser les autres aux problèmes auxquels ces bénéficiaires font face.

Enfin, pour aborder un sujet de grande actualité, j'ai passé une bonne partie de la matinée à lire l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli c. le procureur général du Québec*, et beaucoup de Canadiens se demandent sans doute aujourd'hui ce que cet arrêt aura comme conséquence pour eux et quelles conséquences cela pourrait avoir sur les soins de santé qu'ils reçoivent.

L'expérience qu'ont les Canadiens qui ont dû avoir recours à de l'aide en santé mentale peut être très révélatrice ici, puisque cette question qui préoccupe les Canadiens aujourd'hui nous préoccupe déjà depuis quelque temps. On a toujours exclu la santé mentale de la Loi canadienne sur la santé, et même si la loi est censée exprimer les valeurs du Canada à l'égard des soins de santé, elle ne s'applique pas à la santé mentale. Or, l'arrêt de la Cour suprême donnera sans doute accès à certains Canadiens à l'assurance privée, et ce, dans certains cas. Or, jusqu'à maintenant, l'assurance privée a souvent été la seule façon pour certains Canadiens d'acheter des services psychologiques et autres qui leur étaient chèrement offerts. L'assurance privée a parfois été la seule façon pour eux de contourner les listes d'attente et les limites des programmes.

Les programmes de soins en santé mentale financés par les employeurs représentent une partie importante de toutes les dépenses en santé mentale. D'après certains chiffres, ces programmes financés par les employeurs représentent environ la moitié de toutes les dépenses en santé mentale financées à même les deniers publics.

Or, les gouvernements ont été peu incités à fournir les mêmes prestations de maladie à tous les Canadiens, car la demande a été faible à ce jour. Les Canadiens qui en avaient les moyens ont jusqu'à maintenant payé pour pouvoir s'offrir des indemnités de maladie mentale supplémentaires. Ce n'est pas le cas des Canadiens vulnérables, et ils n'ont souvent pas eu voix au chapitre dans ce dossier. Même ceux qui achetaient des prestations supplémentaires n'avaient pas toujours accès aux meilleurs soins qui soient, du simple fait que ces prestations supplémentaires n'étaient pas bien intégrées aux autres programmes sociaux et de santé. En effet, elles conviennent mieux à ceux dont les besoins sont modestes plutôt qu'à ceux dont les besoins sont grands, voire graves. Ce sont ces derniers qui tombent entre les mailles du filet.

Again, how would Canadians feel about cardiac programs available only to those with private coverage in addition to public coverage? Mental health consumers have had to face that two-tiered mental health system all the way along.

If the federal government is serious about a universal, publicly funded health care system, it might start by trying to provide additional funding through transfers and payments for the full range of mental health services the provinces need to offer.

A Canada mental health act should be enacted that places mental health on as strong a footing as the Canada Health Act places the health system on. We need that pan-Canadian mental health plan. It is sad that we are one of the few developed countries that does not have such a strategy, that does not have such a plan.

Finally, we cannot ignore the two-tiered health care that is there for people with mental health problems while purporting to care about two-tiered health care altogether. We are pleased that the opposition has taken the initiative, brought forward a motion, had a day's debate on mental health and other serious health concerns and has called for a national strategy on mental health care. The federal Liberals, the government party, has also adopted that motion.

Now we must take immediate action to address the problem. It is time to move from passion to action. We would be happy to be a part of helping you in the next steps along that road.

The Acting Chairman: I would thank all of you most sincerely, particularly Mr. Lucki. I want to personally thank you for helping me to roll away that stone called stigma. I appreciate the insight that you have shown regarding stigma.

Mr. Portlock, I would like to know more about your ombuds-type service.

Dr. Gordon, you used words of our esteemed chair who said that money is not necessarily the answer and maybe we need to look at reallocation of the funding that is in the system. However, as we did in our study on health, where we saw the need for change, we did not hesitate to cost it out. You will see that if you refer back to our reports. We hear you loud and clear on that one.

Senator Trenholme Counsell: I have not had a chance to read the debate in the House of Commons yesterday, but I will do that tomorrow. It should be interesting to see how the other House is dealing with this matter. It is good news to know the matter is before the House.

Mr. Lucki, could you expand on your statement that the Canada Health Act excludes mental health care. I practised medicine for 27 years, and during those years, I am sure I

Que diraient les Canadiens si les programmes destinés aux cardiaques n'étaient disponibles qu'à ceux dont l'assurance privée venait s'ajouter à l'assurance publique? Les bénéficiaires en santé mentale ont, de leur côté, subi de tout temps un système de soins à deux vitesses.

Si le gouvernement fédéral prend au sérieux son engagement de fournir un système de soins de santé public et universel, il pourrait commencer par donner du financement supplémentaire par le truchement de transferts et de paiements pour toute la gamme des services de santé mentale que les provinces doivent offrir.

Il nous faudrait une loi sur la santé mentale au Canada qui accorderait à la santé mentale une aussi grande importance que la Loi canadienne sur la santé accorde au système de soins de santé. Il nous faut un régime de santé mentale pancanadien, et il est malheureux de constater que le Canada est l'un des rares pays industrialisés à n'être pas doté d'une stratégie ou d'un plan en ce sens.

Enfin, nous ne pouvons nous leurrer en refusant de reconnaître l'existence d'un système de soins de santé à deux vitesses pour ceux qui souffrent de maladie mentale alors que nous prétendons nous inquiéter de son existence dans l'absolu. Nous nous réjouissons de l'initiative prise par l'opposition sous forme de motion, du débat d'une journée organisée pour la santé mentale et sur les autres graves problèmes de santé et de sa demande de lancer une stratégie nationale sur la santé mentale. Nous nous réjouissons aussi du fait que les libéraux, qui forment le gouvernement, ont eux aussi adopté la motion.

Nous devons agir immédiatement pour régler le problème et il est grand-temps de passer de la parole, si passionnée soit-elle, aux actes. Nous vous offrirons avec plaisir notre aide au cours des prochaines étapes.

La présidente suppléante : Je vous remercie tous du fond du cœur, et particulièrement M. Lucki. C'est à titre personnel que je vous remercie de m'avoir aidée à repousser cette pierre d'achoppement qu'est la stigmatisation. Merci d'avoir creusé pour nous la question.

Monsieur Portlock, j'aimerais que vous nous parliez un peu plus de ce service de type ombudsman que vous proposez.

Monsieur Gordon, vous avez repris à votre compte les paroles de notre président estimé qui affirmait que l'argent n'était pas nécessairement la solution et qu'il fallait peut-être envisager réallouer les fonds qui sont déjà injectés dans le système. Toutefois, lorsque nous avons fait notre étude sur la santé, nous n'avons pas hésité à évaluer en coûts les changements que nous estimions nécessaires. D'ailleurs, vous pourrez le constater si vous vous reportez à notre rapport. Nous vous avons bien compris.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je n'ai pas eu l'occasion de lire le compte rendu du débat qui a eu lieu à la Chambre des communes hier, mais je le ferai demain. Je trouve intéressant de savoir ce qu'en dit l'autre Chambre. Mais il est toujours agréable de savoir que la question est débattue.

Monsieur Lucki, vous avez dit que la Loi canadienne sur la santé excluait les soins de santé mentale. Pourriez-vous nous expliquer pourquoi? J'ai pratiqué moi-même la médecine pendant

admitted hundreds of patients with a mental health diagnosis, and I saw thousands of patients in my office with a mental health diagnosis, and I was paid an extra 30-minute fee for counselling or psychotherapy.

I agree with you totally that there have been parallel systems where many people benefited from services outside the system. However, how can you say that the Canada Health Act excludes mental health care?

Mr. Lucki: Senator, provincial health plans have provided for physician reimbursement, for hospital care and for hospital programs. As a psychologist, I worked for about 20 years in the publicly funded system and was paid to see individuals and help them with their difficulties.

The Canada Health Act, as far as I understand, specifically excludes psychiatric institutions from that system. It makes no specific provision for that. The legislative side in the federal legislation is separate from what provincial plans pay for.

This was first brought to my attention in the mid-1990s working as a psychologist in Red Deer, when the hospital was able to successfully introduce significant user fees for psychiatric patients. Psychiatric patients were required to pay up to \$100 a month to access various aspects of the program.

Senator Trenholme Counsell: An inpatient program?

Mr. Lucki: An outpatient program.

The outpatient-inpatient program is in modern institutions as an integrated approach to treatment. It had turned out that this was in accordance with the requirements, because those services were not mandated through the Canada Health Act.

Physician services are only a small component of what we need to be able to protect legislatively if we are to have legislative protection of standards of mental health care.

That is the position that I would take on that.

Senator Trenholme Counsell: Through the Canada Health and Social Transfer many services in mental health clinics are covered.

Mr. Lucki: As far as I understand, none of the transfer payments are specifically directed to or targeted to mental health. They say that provinces must offer mental health services in order to be able to obtain those services.

By targeting programs towards other health fees such as Pharmacare or home care, it has fostered the development of those programs. Transfers that are targeted towards mental health care could close a part of the gap in services and funding.

27 ans, et pendant toutes ces années, je crois avoir hospitalisé des centaines de patients après leur avoir diagnostiqué une maladie mentale, et j'en ai vu des milliers à mon bureau qui souffraient aussi de maladies mentales. D'ailleurs, on me versait des honoraires supplémentaires correspondant à 30 minutes pour le counselling ou de la psychothérapie.

Je conviens avec vous sans réserve qu'il existe des systèmes parallèles et que bien des gens vont bénéficier de services de l'extérieur du système. Toutefois, comment pouvez-vous affirmer si catégoriquement que la Loi canadienne sur la santé exclut les soins de santé mentale?

M. Lucki : Sénateur, les régimes de soins de santé des provinces prévoient le remboursement des médecins, les soins hospitaliers et les programmes hospitaliers. J'ai travaillé comme psychologue pendant quelque 20 ans dans un système public, et j'étais rémunéré pour recevoir des patients individuels et les aider à surmonter leurs difficultés.

Que je sache, la Loi canadienne sur la santé exclut de façon précise les institutions psychiatriques du système, c'est-à-dire qu'aucune disposition de la loi ne s'applique à elles. Les dispositions de la loi fédérale doivent être distinguées de ce que prévoient les régimes provinciaux comme remboursement.

Cette situation a été portée pour la première fois à mon attention au milieu des années 90, lorsque, comme psychologue de Red Deer, j'ai été témoin de l'introduction par un hôpital de frais modérateurs substantiels destinés aux patients psychiatriques. Ces patients devaient payer jusqu'à 100 \$ par mois pour avoir accès à certains secteurs du programme.

Le sénateur Trenholme Counsell : Était-ce un programme pour les hospitalisations?

M. Lucki : C'était un programme pour les malades externes.

Les programmes de patients externes et de patients hospitalisés des institutions modernes offrent une approche intégrée au traitement. Cela correspond aux besoins, puisque la Loi canadienne sur la santé ne rend pas obligatoires ces services.

Les services des médecins ne constituent qu'une petite partie de ce qu'il faut protéger dans une loi, dans la mesure où on veut protéger dans la loi les normes des soins de santé mentale.

Voilà ma position.

Le sénateur Trenholme Counsell : Mais bon nombre de services offerts dans les cliniques de santé mentale sont couverts par le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

M. Lucki : Que je sache, aucun des paiements de transfert ne vise directement la santé mentale. Or, on oblige les provinces à offrir les soins de santé mentale pour pouvoir, en échange, obtenir les autres services.

C'est parce que le gouvernement fédéral a ciblé son financement vers d'autres secteurs tels que les soins à domicile et l'assurance-médicaments, par exemple, que cela a encouragé le développement de ces programmes. Les transferts visant les soins de santé mentale pourraient servir à combler une partie de l'écart qui existe entre le service et le financement.

In particular, one of the difficulties we face is that mental health does not typically have strong advocates, people with a strong voice to say that certain services are necessary. For a variety of reasons, other health care services often are able to muster more public and media attention.

The burden of disability associated with mental health problems receives, in many provinces, considerably less than what would be a proportionate amount of care.

Senator Trenholme Counsell: Do you think there is any risk in having a Canada Health Act and a mental health act? My preference is to have a mental health strategy which I think we desperately need. Do you see any risk in separating the two?

Mr. Lucki: Yes, I do.

Senator Trenholme Counsell: You are recommending it.

Mr. Lucki: There is risk. Some of the things we recommend have an upside and a downside to them.

The risk is the one of creating something that is not well coordinated with health overall, which is something that we would not be supportive of. The upside is that it does allow for the opportunity to look at the uniqueness of mental health in a more modern way than the legislation that we have in place at present. Those would be the advantages and disadvantages.

If someone were to recommend reopening the Canada Health Act so that it would include a comprehensive coverage of mental health care, we would also support that.

Senator Trenholme Counsell: Personally, I would see that as much more positive, because if you think of the mind, body and spirit as being one, there is a real risk in separating the two. I mean, risk and funding, risk and perception, risk in everything.

I read in a few places that there is no system. I do not think that there is no system, but it is a weak system. It is fragmented and needs so much improvement. I think my province would say that we have a system, whether we have a pan-Canadian system is another question. Many of the provincial ministers of health and wellness would say they have a strategy, but I also think we should strengthen the system.

Mr. Lucki: We are in agreement we can do a lot better in creating a system of care.

Senator Trenholme Counsell: These are excellent papers. Thank you.

Senator Cordy: Mr. Portlock, you talked about creating a ministry of state for mental health, and I fully understand why you would want to do that. We also heard evidence the day before yesterday in Vancouver that a ministry of state would not be a good thing. We heard, in fact, that it would marginalize mental health. Since it would be considered a lower level ministry, the

L'une des difficultés auxquelles nous faisons face, plus particulièrement, c'est que la santé mentale n'est pas défendue par des gens forts, des gens qui affirment publiquement la nécessité d'obtenir certains services. Les autres soins de santé semblent plus en mesure, pour toutes sortes de raisons, d'aller chercher l'attention du public et des médias.

Dans plusieurs provinces, les problèmes de santé mentale reçoivent, proportionnellement parlant, beaucoup moins d'attention et de soins que ce à quoi ils auraient droit.

Le sénateur Trenholme Counsell : N'est-il pas risqué, à votre avis, d'ajouter à la Loi canadienne sur la santé une loi sur la santé mentale? Je préférerais, pour ma part, une stratégie sur la santé mentale dont nous avons terriblement besoin. Diviser les deux ne présente-t-il pas un risque, à votre avis?

M. Lucki : Oui, je le crois.

Le sénateur Trenholme Counsell : Mais c'est ce que vous recommandez.

M. Lucki : Cela est risqué. Certaines de nos propositions présentent des avantages ainsi que des désavantages.

Le risque, ce serait de créer une entité qui ne serait pas suffisamment coordonnée avec le reste des soins de santé, et nous ne serions pas d'accord avec cela. L'avantage, c'est que cela permettrait d'envisager la santé mentale de façon beaucoup plus moderne que ce que permet actuellement la loi. Voilà les pour et les contre.

Si quelqu'un suggérait de rouvrir la Loi canadienne sur la santé pour y incorporer toute la gamme des services de soins de santé mentale, nous serions également d'accord.

Le sénateur Trenholme Counsell : Personnellement, cela me semblerait beaucoup plus positif, car si l'on est d'avis que l'esprit et le corps ne font qu'un, il peut être très risqué de séparer les deux. Le risque se trouverait partout, dans le financement et dans la perception.

J'ai lu dans certains textes qu'il n'existait pas de système. Je n'en crois rien, mais je crois plutôt que notre système est affaibli, fragmenté et qu'il doit être revalorisé. Je crois que les gens de ma province vous diraient qu'il existe chez nous un système, mais c'est une autre question que de savoir s'il s'agit bel et bien d'un système pancanadien. Un grand nombre des ministres provinciaux de la Santé et du Bien-être vous diraient qu'ils ont pour leur part une stratégie, mais j'ajouterais qu'il faut néanmoins l'enrichir.

M. Lucki : Nous convenons avec vous qu'il y a encore beaucoup à faire pour créer un bon système de soins.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci de vos documents qui sont excellents.

Le sénateur Cordy : Monsieur Portlock, vous avez proposé la création d'un ministère d'État de la Santé mentale, et je comprends très bien votre raisonnement. Mais avant-hier, à Vancouver, nous avons entendu dire que cette solution ne serait pas la bonne, car elle marginaliserait la santé mentale. Puisqu'il s'agirait d'un ministère secondaire, on peut aisément imaginer que

main goal of the person who would be in that ministry would be to become, perhaps, the Minister of Health or the Minister of Transportation or the Minister of Finance. That person may not have the ear of the premier, or if it is federal, the Prime Minister.

Did you think about the pros and cons when you were advocating that we have a ministry of mental health? I am not saying it is right or wrong, I am just saying that we have heard conflicting evidence.

Mr. Portlock: I can understand that there would be conflicting views. I think it is all in the definition of the mandate and the definition of the right person and the reporting relationships.

The association's view is that the advantages are likely to outweigh the disadvantages. There is the notion of creating the optic of separateness, which is always troublesome, but we believe that it is time, in the evolution of mental health that it is brought in from the cold, as it were, and that such separateness could work to the advantage of advancing the kind of reforms we want to see.

Yes, it is true, the setting up of a ministry for mental health could be perceived as according some kind of lesser or separateness type status to mental health, but with care in the way the mandate is defined, we believe it is possible to meet much of that objection.

I think it is worth the effort. I have talked to some of my colleagues in B.C. about the experience. It has been variable because there have been some changes in incumbency, and there has been some confusion about roles and reporting and to whom that minister is responsible.

I think that it is a concept that probably deserves a much closer look before it is enacted. We point out in our presentation that, unlike the physical health system that deals with physical ailments, which does not need leadership at the federal level — heart disease, diabetes and obesity do not need champions to tell the provinces what they need to do — we believe that mental health still does. These kinds of mechanisms serve mostly to sustain the provincial file that has been so hard to achieve, and I think, on balance, there is much more to be gained by singling out mental health for that special distinction with its own ministry.

Senator Cordy: That sounds like a rationale. I think we not only have to sustain it but also increase because we have a long way to go in the area of mental health and mental illness.

Mr. Portlock: Indeed we do.

Senator Cordy: Getting back to your comments, Mr. Lucki, about two-tiered health care in the field of mental health, I certainly think we are still in the hospital-doctor mode in terms of what is covered by our medicare system.

l'objectif premier du titulaire du ministère, ce serait de devenir ministre de la Santé, ou ministre des Transports ou encore ministre des Finances. De plus, le titulaire n'aurait pas non plus nécessairement l'oreille du premier ministre, provincial ou fédéral.

Avez-vous pesé le pour et le contre lorsque vous avez prôné la création d'un ministère de la Santé mentale? Je ne juge pas le bien-fondé de votre suggestion, mais je vous dis simplement que nous avons entendu des témoignages contradictoires.

M. Portlock : Je comprends pourquoi les opinions sont contradictoires. Tout dépend de la définition du mandat, du choix du titulaire et du rapport hiérarchique.

Notre association est d'avis, toutefois, que les avantages dépasseront de beaucoup les inconvénients. Bien sûr, on a évoqué le spectre de la séparation, ce qui est toujours gênant, mais nous sommes d'avis que le temps est venu, dans l'évolution de la santé mentale, qu'elle sorte des coulisses; de fait, une telle séparation pourrait servir à faire mousser le type de réforme que nous souhaitons.

Il est vrai que de créer un ministère de la Santé mentale, cela pourrait être perçu comme accordant moins d'importance à la santé mentale ou comme la séparant du reste de la santé, mais si l'on prend soin de bien définir le mandat, nous croyons qu'il est possible de réfuter ces objections.

Cela vaut la peine. J'ai demandé à certains de mes collègues de la Colombie-Britannique ce qu'ils pensaient de leur expérience, et il semble qu'elle ait été différente pour les uns et pour les autres à cause de changements chez les titulaires, et qu'il y ait eu une certaine confusion autour des rôles et des liens hiérarchiques, ainsi que de la confusion autour de celui à qui le ministre devait rendre des comptes.

Il faudra regarder cette idée de beaucoup plus près avant de la concrétiser. Comme nous le disions dans notre exposé, contrairement au système de santé traditionnel qui traite des maladies physiques et qui n'a pas besoin de champions au palier fédéral — nul besoin de champions pour dire aux provinces ce qu'elles doivent faire pour traiter les maladies cardiaques, le diabète et l'obésité — nous croyons qu'il faut faire preuve de vision dans le dossier de la santé mentale. Les mécanismes qui existent déjà servent surtout à garder active la compétence provinciale dans le domaine qui a été si difficile à conquérir, mais je crois que l'un dans l'autre, il y a beaucoup plus à gagner en excluant la santé mentale et en la mettant au cœur de son propre ministère.

Le sénateur Cordy : J'ai l'impression que vous vous justifiez. À mon avis, non seulement devons-nous garder le rythme, mais nous devons lui accorder encore plus d'importance car il reste encore beaucoup à faire en santé mentale et en maladie mentale.

M. Portlock : En effet.

Le sénateur Cordy : Monsieur Lucki, revenons à ce que vous avez dit au sujet d'un système de soins de santé à deux vitesses en matière de santé mentale : notre système d'assurance-maladie est encore axé sur les liens entre les médecins et les hôpitaux, à mon avis.

If you are outside the medical doctor, hospital situation, then indeed many services such as consultations with a psychologist are not covered. Those who have supplementary health benefits, have about 80 per cent of those fees paid. I am not sure of the percentage.

However, there has not been a big hue and cry about this. There is a tendency to believe that very few people suffer from mental health conditions, whereas the reality is that one in five people at some point in their lives will be affected by a mental illness of some sort, or poor mental health of some sort, whether it is stress related, whether it is schizophrenia or whatever. Unless those people have coverage through a workplace private plan, they will be unable to access certain treatments. That is particularly so if they are dealing with other social problems such as poverty.

Mr. Lucki: That is correct. We have a serious problem, if only about half of the folks who experience episodes of depression seek help of any sort, including help from their family physicians. The first gap is one of stigma; the second is one of access.

People have a different expectation about being able to access health care for a broken foot as opposed to accessing health care for a broken mind. We need to face that particular expectation.

Accessing mental health services is more complex than accessing primary physician care which primarily takes the form of short visits with physicians and prescription of medications. Other forms of basic mental health care require a referral which in our aspects of health care is often reserved to more specialized services.

When we recognize that primary health care reform will likely evolve into different sorts of supports for the family physician, whether it is through the shared care model — specialists working together with family physicians, or interdisciplinary teams involving nurses and others — that approach holds true in spades in the mental health field. We need to be able to deliver it differently.

Even for those folks who can afford supplemental health care and can access it, the care that they receive may be limited by program funding. The 80 per cent coverage may only cover, for example, five visits, which may not be sufficient to address the problem, particularly if the problem is significant.

It may mean changing providers at some point in the care, moving from the private to the public system, or trying to combine the two. Care is not always well coordinated across those care systems.

Si vous vous trouvez à l'extérieur du cadre traditionnel du médecin et de l'hôpital, de nombreux services tels que les consultations avec un psychologue ne sont pas assurés. Ceux qui ont acheté une assurance médicale supplémentaire voient environ 80 p. 100 de leurs frais — mais je ne suis pas sûre du pourcentage — payés.

Mais on n'a pas entendu de tollés de protestations à ce sujet. On tend à croire que seule une poignée de gens souffrent de maladies mentales, tandis qu'en réalité, une personne sur cinq souffre de maladie mentale à un moment donné dans sa vie, ou a des difficultés d'ordre mental reliées au stress, par exemple, ou qu'il s'agisse de schizophrénie, notamment. Or, à moins que ces gens ne soient assurés par un régime privé offert par l'employeur, ils n'auront pas accès à certains traitements. C'est particulièrement vrai si ce phénomène est associé à d'autres problèmes sociaux tels que la pauvreté.

M. Lucki : C'est exact. Le problème est grave si seulement la moitié de ceux qui ont des épisodes de dépression cherche de l'aide, y compris chez leur médecin de famille. Le premier obstacle est celui de la stigmatisation, et le second est celui de l'accès.

En effet, on semble avoir moins de difficulté à accepter celui qui va chercher de l'aide pour faire soigner un pied qui lui fait mal que celui qui a besoin d'aide parce qu'il a l'esprit tout dérangé. Il faut tenir compte de ces différentes attentes.

Avoir accès à des services de santé mentale est beaucoup plus complexe que d'avoir accès à des soins primaires fournis par le médecin, puisque dans ce dernier cas, il s'agit la plupart du temps de courtes visites chez le médecin qui vous prescrit des médicaments sur ordonnance. Or, certaines formes de soins de santé mentale de base exigent le renvoi à un autre médecin, ce qui est souvent réservé à des services plus spécialisés dans notre régime de soins de santé.

Si nous reconnaissons que la réforme des soins de santé primaires évoluera probablement en différents types de soutien pour le médecin de famille, que l'on songe ici au modèle des soins partagés, c'est-à-dire aux spécialistes qui oeuvrent en collaboration avec les médecins de famille ou aux équipes interdisciplinaires qui font appel à des infirmières et à d'autres praticiens de la santé, par exemple; cette façon de faire est encore plus nécessaire en santé mentale. Il nous faut pouvoir offrir les services différemment.

Même ceux qui peuvent s'offrir une assurance médicale supplémentaire et ont ainsi accès à des soins supplémentaires peuvent voir les soins qui leur sont accordés limités par le financement de programmes. En effet, l'assurance à hauteur de 80 p. 100 peut ne couvrir, par exemple, que cinq visites, ce qui est parfois insuffisant pour régler le problème, surtout s'il est grave.

Il est parfois nécessaire de changer de fournisseur de soins à un moment donné dans le traitement, ou de passer du système privé au système public, voire de combiner les deux. Les soins ne sont pas toujours coordonnés d'un régime à l'autre.

There are excellent publicly funded mental health programs in hospitals and in regional health authorities and, if an individual can access those and the program is appropriate, they can get excellent care.

There is another limitation in terms of the appropriateness of care. For example, when I worked with individuals suffering from AIDS and the psychological problems that involves, many things often interfered with a person's capacity to keep an appointment at, say, Thursday at 10 a.m. halfway across the city. The person might not have the bus fare to get there. We need to be able to address some of those other obstacles. Besides agreeing with you about private, public, two-tiered care, there are significant other accessibility issues that we need to tackle.

Senator Cordy: Medications is one of them. Across Canada, 98 per cent of people have a medical pharmaceutical plan of some sort, but in Atlantic Canada, over 20 per cent of the people have either little or no pharmaceutical coverage. People who are suffering from a mental illness have to be on medication.

Mr. Lucki: The same thing occurs in Alberta. For supplemental health care you have to have a good job or no job. The folks who are struggling in low-income jobs or low-benefit jobs are the ones who have limited access to a variety of programs, including drug benefits.

Senator Cordy: You said that there are good services and programs out there, and I agree. Travelling across the country we have heard of some wonderful programs in the different provinces. We heard about the wonderful, dedicated people, many of whom are working at low salaries, who are working in the field of mental health.

I remember hearing a departmental witness in Ottawa showing us a list of all the programs that were available provincially and federally, and my comment to the person was, "If somebody suffering from a mental illness came to me and asked, 'Where do I start?' I would not be able to tell them." Is that what you mean when you say the system is fragmented and difficult to access?

Mr. Lucki: A road map through the system is a complex series of boxes connected by lines, but you have to put your glasses on to be able to decipher which one is what. That already shows that we have a fragmentation problem.

How do people move through the system? There are some significantly difficult spots. Access presents a difficulty. Admission to hospital is difficult. Getting the right bed at the right time for an individual presents a difficulty. Discharge from hospital causes a real crisis for certain individuals, and community services are often not available to step up in a timely way to provide the supports needed by people when they are discharged from hospital.

Il existe d'excellents programmes publics de santé mentale dans les hôpitaux et dans les conseils régionaux de la santé, et dès que quelqu'un y a accès et que le programme lui convient, les soins sont excellents.

L'adéquation des soins dépend également d'un autre facteur limitatif. Lorsque je travaillais, par exemple, avec des sidatiques qui avaient des problèmes psychologiques afférents, j'ai constaté que beaucoup de facteurs se liaient pour empêcher les intéressés de respecter un rendez-vous, le jeudi à 10 heures, par exemple, si ce rendez-vous se trouvait à l'autre bout de la ville. Le malade n'avait pas toujours l'argent sur lui pour se payer l'autobus. Voilà certains des autres obstacles dont nous devons tenir compte. Je veux bien m'entendre avec vous sur les soins privés, publics, ou à deux vitesses, mais il ne faut pas oublier non plus les autres problèmes d'accessibilité qu'il faut régler.

Le sénateur Cordy : L'un de ces problèmes, ce sont les médicaments. Un peu partout au Canada, 98 p. 100 de la population a un régime d'assurance-médicaments et d'assurance médicale d'un genre ou d'un autre, mais il faut savoir que dans la région de l'Atlantique, plus de 20 p. 100 de la population n'a pas d'assurance-médicaments, ou si peu. Or, ceux qui souffrent de maladies mentales doivent prendre des médicaments.

M. Lucki : Il en va de même en Alberta. Pour jouir d'une assurance médicale supplémentaire, il faut avoir un bon emploi, ou n'en pas avoir du tout. Ceux qui sont des petits salariés ou dont les emplois n'offrent que peu d'avantages sociaux ont un accès très limité aux programmes, y compris à l'assurance-médicaments.

Le sénateur Cordy : Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites qu'il existe de bons services et programmes. Lors de notre périple d'un bout à l'autre du pays, nous avons entendu parler d'excellents programmes dans les différentes provinces. Nous avons entendu parler de gens dévoués dont beaucoup acceptaient de travailler à salaire réduit pour œuvrer dans le secteur de la santé mentale.

Je me rappelle avoir entendu un représentant d'un ministère à Ottawa nous montrer une liste de tous les programmes qui existaient à l'échelle provinciale et fédérale. Et je me rappelle lui avoir expliqué que si l'on me demandait par où commencer pour traiter une maladie mentale, je serais bien incapable de répondre. Est-ce ce que vous entendiez par là quand vous affirmiez que le système est fragmenté et difficile d'accès?

M. Lucki : La carte routière du système est en quelque sorte une série complexe de cases reliées par des lignes, mais vous avez besoin de vos lunettes pour comprendre ce que représentent les cases. Cela illustre déjà le problème de fragmentation.

Comment fait-on pour se déplacer dans le système? On y rencontre certains points très névralgiques comme l'accès, l'entrée à l'hôpital, l'obtention du bon lit au bon moment qui représentent tous des passages difficiles. Le congé de l'hôpital se transforme parfois en une véritable crise pour certains malades, et les services communautaires sont souvent incapables d'intervenir de façon opportune pour soutenir de façon adéquate ceux qui viennent de recevoir leur congé.

We are making good strides, provincially, here in trying to integrate these services on a regional basis. We have moved away from the system where we had two separate mental health systems, one that was run through the Mental Health Board and the other through regions. We have a more integrated system now, and we are starting to address some of the issues of integrating with health care.

There has been some progress, but the problems are still there. There still is an imbalance, at least in our province, between institutional services — the reliance on hospitals — and the services that would help prevent hospitalization, would help keep people in their homes and connected with whatever supports they have in the community.

Hospitalization in the mental health field is often a crisis not of a person's symptoms but a crisis of our ability to serve them in such a way that will help them manage their difficulties without having to resort to hospitalization.

Senator Cordy: You said that Alberta is making strides in the integration of services. Does the integration depend on the personalities involved in the various systems or is it built into the system?

Mr. Lucki: It is both. One challenge along the way will be the training of individuals to work within the integrated system that we hope to have. In particular, how do we support through training this broader and more complex job that people will have to do? Family physicians will be in particular need of good access to those supports so that they can discharge their responsibilities in an integrated system.

It applies across the board. The panelists before us spoke about the lack of front-line Aboriginal mental health workers and the need to train people to deliver culturally appropriate services in ways that make sense to the individuals who will be receiving those services and in ways that will be accepted by the communities that they are intended to reach. There is a huge gap between the way we train individuals and who we train and who receives the services.

A considerable amount of work has to be done in each of those areas, and we can point to steps we are taking in this province and likely in many others, but there is still a great deal more to be done. If we had an overall action plan that would target some of the things that are lagging in particular ways, we might be further ahead.

Senator Callbeck: I want to go back to the question of a minister of state for mental health. Is this the position of the Canadian Mental Health Association or is it Alberta's position?

Mr. Portlock: This is an Alberta suggestion.

Senator Callbeck: Has any other province had this?

Mr. Portlock: Apart from British Columbia, I am not aware of any others.

Les provinces font beaucoup de progrès en essayant d'intégrer ces services sur une base régionale. Nous ne sommes plus à l'époque où les deux systèmes de santé mentale étaient distincts, l'un régi par le Conseil de santé mentale et l'autre par les régions. Le système est aujourd'hui plus intégré, et nous commençons à parler de l'intégration des soins de santé.

Nous avons fait quelques progrès, mais les problèmes demeurent. Il existe toujours un déséquilibre, du moins dans notre province, entre les services donnés en établissement — soit la dépendance envers les hôpitaux — et les services qui pourraient empêcher l'hospitalisation, maintiendraient les malades à domicile et les mettraient en contact avec des services d'appoint communautaires.

L'hospitalisation d'une personne souffrant de maladie mentale illustre souvent une crise non pas des symptômes mais de notre capacité de servir les malades de façon à les aider à gérer leurs difficultés sans avoir à être hospitalisés.

Le sénateur Cordy : Vous dites que l'Alberta fait des progrès dans l'intégration des services. Cette intégration dépend-elle des personnes oeuvrant dans les divers systèmes ou est-elle intégrée au système?

M. Lucki : Les deux. Un défi qu'il faudra relever sera celui de la formation des personnes qui travaillent dans le système intégré que nous espérons avoir. En particulier, comment appuyer grâce à la formation ce travail plus complexe et plus vaste que les gens devront faire? Les médecins de famille auront particulièrement besoin d'avoir un bon accès à ces soutiens pour s'acquitter de leurs responsabilités dans un système intégré.

Cela s'applique en général. Les panellistes qui ont témoigné avant nous ont dit qu'il y avait pénurie de travailleurs autochtones de première ligne en santé mentale et qu'il était nécessaire de former des gens qui puissent offrir des services adaptés à la culture de ceux qui les recevront et qui seront acceptés par les collectivités à desservir. Il y a un énorme écart entre la façon dont nous formons les travailleurs et ceux que nous formons et qui reçoivent les services.

Il y a beaucoup de travail à faire dans chacun de ces domaines, et nous pouvons vous parler des mesures que nous prenons dans notre province et sans doute dans bon nombre d'autres provinces, mais il y a encore beaucoup à faire. Si nous avons un plan d'action global afin de corriger certaines de ces lacunes, nous serions plus avancés.

Le sénateur Callbeck : Je voudrais revenir à la question d'un ministre d'État pour la santé mentale. Est-ce la position de l'Association canadienne pour la santé mentale ou est-ce la position de l'Alberta?

M. Portlock : C'est une suggestion de l'Alberta.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que cela existe dans d'autres provinces?

M. Portlock : À part en Colombie-Britannique, je ne pense pas que cela existe ailleurs.

Senator Callbeck: When was it put into effect in British Columbia?

Mr. Portlock: From what I understand it was to address precisely the sort of situation that we are encountering elsewhere, the sort of second class, second rate, out-of-the-shadows, second-solitude nature of the mental health system. From the few conversations I have had with people in BC, I understand that this was seen as a strategy to try to elevate the profile of mental health and get it some attention on centre stage.

Senator Callbeck: I understand that. The question was when was it put into effect.

Mr. Portlock: It was two years ago, I believe.

Senator Callbeck: Was it endorsed by the people working in mental health in British Columbia?

Mr. Portlock: That is my understanding, yes.

Senator Callbeck: Mr. Lucki talked about getting rid of stigma. Dr. Gordon mentioned a 10-year national anti-stigma campaign. Do you have any comments to make about what you think that might entail; and do you know of any successful programs?

Dr. Gordon: I think you have looked at some in the course of preparing your reports.

My comment, which ties in with some of the discussion that has been going on, is that sometimes we miss the goal we are aiming for in all of this. For instance, the problem of fragmentation of services is a problem of access. The patient does not care who is providing the funds or who is running the program, the patient wants to be able to access it. If access is the problem, then let's identify it as such. The solution to the problem may be to integrate services, but the problem is access.

The profile of mental health is one of stigma, and one way to solve that problem may be to put a minister of state in charge. However the problem itself is that it is stigmatized in relation to or discriminated against in relation to other branches of medicine.

Let us identify the problem from the patient's point of view and focus on the problem. The solution may be to appoint a minister of state, although I do have some concerns about that. I have changed my mind over the past 15 years on this. Fifteen years ago I was in favour of separating mental health services from health services in order to protect. Now I believe that we should go for integration, as full integration as we can. However, we must raise the profile by dealing with stigma and discrimination.

In terms of the nuts and bolts of how to do that, others are more expert than I am in that area. People tell me that it needs a long-term strategy; that it needs support at a high level; that it needs a commitment over a long period of time, which is why I

Le sénateur Callbeck : Quand est-ce que cela est entré en vigueur en Colombie-Britannique?

M. Portlock : Je crois comprendre que cette mesure a été prise précisément pour faire face à la situation dans laquelle nous nous retrouvons ailleurs, alors que le système de santé mentale est considéré comme un système de deuxième classe, de deuxième catégorie, un système de seconde solitude, qui est dans l'ombre. D'après les quelques conversations que j'ai eues avec des gens de la Colombie-Britannique, j'ai cru comprendre que cela était considéré comme une stratégie pour tenter de donner plus de visibilité à la santé mentale et d'y attirer une certaine attention.

Le sénateur Callbeck : Je comprends cela. Je vous demandais quand est-ce que cela a été mis en vigueur.

M. Portlock : Je crois que c'était il y a deux ans.

Le sénateur Callbeck : Ce système a-t-il été approuvé par les travailleurs de la santé mentale en Colombie-Britannique?

M. Portlock : Je crois comprendre que oui.

Le sénateur Callbeck : M. Lucki a dit qu'il fallait se débarrasser de la stigmatisation. M. Gordon a mentionné une campagne nationale pour lutter contre la stigmatisation. À votre avis, qu'est-ce que cela pourrait comporter, et connaissez-vous des programmes qui ont eu du succès?

M. Gordon : Je crois que vous en avez examiné lors de la préparation de vos rapports.

Comme on l'a déjà dit, à mon avis, parfois, nous passons à côté de l'objectif que nous visons dans tout cela. Par exemple, le problème de la fragmentation des services est un problème d'accès. Pour le patient, peu importe qui fournit les fonds ou encore qui administre le programme, tout ce qu'il veut c'est d'y avoir accès. Si l'accès est le problème, alors disons-le. La solution au problème serait peut-être d'intégrer les services, mais le problème en est un d'accès.

La santé mentale est stigmatisée, et une façon de résoudre ce problème serait peut-être d'en confier la responsabilité à un ministre d'État. Quoi qu'il en soit, le problème, c'est que la santé mentale est stigmatisée par rapport à d'autres domaines de la médecine, ou encore fait l'objet de discrimination.

Il faut donc que nous déterminions quel est le problème du point de vue du patient et que nous examinons le problème. La solution serait peut-être de nommer un ministre d'État, bien que j'aie certaines préoccupations à ce sujet. J'ai changé d'idée au cours des 15 dernières années à ce sujet. Il y a 15 ans, j'étais en faveur de la séparation des services de santé mentale des services de santé pour la protéger. Aujourd'hui, je crois que nous devrions viser le plus possible la pleine intégration. Cependant, nous devons rehausser le profil en luttant contre la stigmatisation et la discrimination.

Pour ce qui est de la façon dont nous pourrions faire cela exactement, d'autres sont davantage experts que moi dans ce domaine. Les gens me disent qu'il faut une stratégie à long terme; qu'il faut un appui à un niveau élevé; qu'il faut un engagement à

have suggested 10 years; and that it needs to be multifaceted, that is to say, looking at education, workplaces, media and attitudes within the health care system.

One of the core issues is that of stigma, and I think the federal government can take a significant lead in that.

Mr. Lucki: Addressing stigma is no different from trying to tackle the problem of racism. It is not easy. It requires a determined effort because it can present itself in insidious ways.

We will not be able to address the issue of stigma — or shame from the person's own perspective, the shame that they feel that they have the difficulties that they do — unless we act in a way that is consistent with the idea that there is no shame involved in having mental health difficulties. Sometimes, inadvertently, we convey the message that there is shame.

If, in addressing the issue of racism and said, for example, that people of colour do not experience the same educational opportunities as other Canadians, and our approach was simply to give more money to the separate schools for coloured children, then we would be way off base with that approach. It would never work.

We need to examine where, systemically, stigma has arisen in the way in which we approach the problem, how we value it, and if we find that we are not approaching it in the same way that we approach other social or other health problems, then we need to address that first.

Stigma will likely be with us for a long time because attitudes are not easily or quickly changed. There are numerous other sources of stigma besides those that are structural.

I believe that this is an area in which government can take a lead role in terms of eliminating some of the attitudes that are within its purview to address.

The Acting Chairman: Mr. Portlock, when you have an opportunity to get your proposal on the ombuds service down in black and white, we would like to have a copy of it.

Mr. Portlock: We would be delighted to give you a copy of it, senator. It is still in the formative stage. It comes in partial response to a number of realities.

There are mechanisms in Alberta for people who are in the system to help them adequately pursue and seek redress respecting complaints or concerns about access or supply of treatment, or communication, or whatever. The provincial ombudsman's mandate, which previously excluded hospitals, now includes hospitals and the people in them.

The mandate of the mental health patient advocate in Alberta, as defined, includes current formal patients within the system.

long terme, et c'est pourquoi j'ai suggéré 10 ans; et qu'il faut une stratégie à multiples facettes qui tienne compte de l'éducation, des milieux de travail, des médias et des attitudes au sein du système de soins de santé.

L'une des questions fondamentales est celle de la stigmatisation, et je pense que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.

M. Lucki : Lutter contre la stigmatisation, c'est comme tenter de s'attaquer au problème du racisme. Ce n'est pas facile. Il faut faire un effort déterminé car cela se manifeste de façons insidieuses.

Nous ne pouvons pas régler le problème de la stigmatisation — ou de la honte du point de vue de la personne, la honte que la personne ressent d'avoir les problèmes qu'elle a — à moins d'agir en partant du principe qu'il n'y a pas de honte à avoir des problèmes de santé mentale. Parfois, par inadvertance, on donne l'impression que c'est honteux.

Si, par rapport au racisme, on disait, par exemple, que les gens de couleur n'ont pas les mêmes possibilités que les autres Canadiens au niveau de l'éducation, et que notre approche consistait tout simplement à donner davantage d'argent aux écoles séparées pour les enfants de couleur, nous serions loin d'avoir la bonne approche. Cela ne pourrait jamais fonctionner.

Nous devons examiner comment, systématiquement, notre façon d'aborder le problème à créer une stigmatisation, notre façon de l'évaluer, et si nous constatons que nous n'abordons pas le problème de la même façon que nous abordons d'autres problèmes de santé ou d'autres problèmes sociaux, nous devons corriger ça d'abord.

La stigmatisation perdurera longtemps car il n'est pas facile de changer des attitudes rapidement. Il y a de nombreuses autres sources de stigmatisation à part celles qui sont structurelles.

Je crois que c'est dans ce domaine que le gouvernement peut jouer un rôle de chef de file pour ce qui est d'éliminer certaines des attitudes qu'il lui est possible d'éliminer.

La présidente suppléante : Monsieur Portlock, lorsque vous aurez l'occasion de rédiger votre proposition sur le service d'ombudsman noir sur blanc, j'aimerais bien en avoir un exemplaire.

M. Portlock : Nous serions ravis de vous en remettre un exemplaire, sénateur. Elle est toujours au stade embryonnaire. Cette proposition est faite en partie pour répondre à un certain nombre de réalités.

En Alberta, il existe des mécanismes pour les gens qui sont dans le système pour les aider à exprimer leurs plaintes et leurs préoccupations au sujet de l'accès ou de la disponibilité des traitements, ou des communications, ou autres, et à obtenir réparation. Le mandat d'ombudsman provincial, qui excluait auparavant les hôpitaux, comprend maintenant les hôpitaux et les gens qui s'y trouvent.

Le mandat du défenseur des patients en santé mentale en Alberta, tel qu'il est défini, comprend les patients qui sont officiellement dans le système à l'heure actuelle.

The health quality council of Alberta has now completed two annual surveys of Albertans on their views of the adequacy and the responsiveness of the health system and, for the most part, the responses were favourable. This past year, for the first time, the health quality council survey included mental health. For those who were able to access the system and receive services, there was a 62 per cent level of satisfaction with the mental health aspect of our health system.

However, across the board, I believe that 83 per cent of all respondents expressed concern and, in fact, considerable anger with regard to how complaints and concerns about the system and its responsiveness generally are addressed.

My colleagues in the regions and I pretty much deal every day with people who have tried to access the system having, as I expressed in my presentation, the courage to come forward, and for many people it takes courage to finally say, "I am need help."

Some of these folks are not often at their best when they try to access the system looking for help for a mental health issue, and their experience, as I record in my dealings with them, is such that we believe there is a need. I believe volume 3 of your last report deals with some form of advocacy to assist people in accessing the system and to pursue concerns or complaints about the system when it has not responded in an appropriate way.

We are developing a proposal that will provide an ombuds-service. A classic ombuds-service must involve a neutral person, that is, a person who is not in the chain of command and who can investigate a complaint or a concern and can assist an individual in resolving it and, in certain models, have the power to make recommendations for changing in the system in order to make it more responsive.

This will be done on a trial basis. There are other mechanisms that deal with formal patients, people in the system, and operated under the auspicious of the CMHA. It is not the responsibility of one particular RHA, which would bring all sorts of other complications to the table.

What we require, apart from the funding to run the project for the year — and that is what I am currently engaged in trying to secure — is the buy-in and the cooperation of the RHAs, because in the furtherance of the investigation of complaints and concerns by people who would access this service on a 1-800 basis, it would be a central point of response and approach, if you like, for people who have tried to access the system and have had difficulty or simply do not know where to access it.

It is more of a patient advocate or patient representative kind of function. We would require the approval or at least the consent of the RHAs to be active in their territories, because it would

Le conseil de la qualité de la santé de l'Alberta vient de terminer deux sondages annuels pour obtenir les points de vue des Albertains sur le système de santé afin de déterminer s'il est adéquat et s'il répond à leurs besoins, et, dans l'ensemble, les réponses étaient favorables. Au cours des 12 derniers mois, pour la première fois, le sondage du conseil de la qualité de la santé incluait la santé mentale. Soixante-deux pour cent de ceux qui ont pu avoir accès au système et recevoir des services se sont dits satisfaits des services de santé mentale.

Cependant, dans l'ensemble, je crois que 83 p. 100 des répondants se sont dits préoccupés et, en fait, considérablement furieux, étant donné la façon dont on répondait en général aux plaintes et aux préoccupations au sujet du système.

Mes collègues dans les régions et moi-même rencontrons presque tous les jours des gens qui ont tenté d'avoir accès au système en ayant, comme je l'ai dit dans mon exposé, le courage de se manifester, car pour bien des gens, il faut beaucoup de courage pour enfin avouer qu'ils ont besoin d'aide.

Parfois, ces personnes ne sont pas à leur meilleur lorsqu'elles tentent d'accéder au système et chercher de l'aide pour un problème de santé mentale; leur expérience, d'après ce que j'ai pu constater en travaillant avec eux, fait en sorte que nous estimons qu'il y a un besoin. Je crois que le volume 3 de votre dernier rapport parle d'une forme de service de défense pour aider les gens à avoir accès au système et à présenter leurs préoccupations ou leurs plaintes au sujet du système lorsque ce dernier n'y a pas répondu de façon appropriée.

Nous sommes en train d'élaborer une proposition en vue de mettre en place un service d'ombudsman. Un service traditionnel d'ombudsman doit comporter une personne neutre, c'est-à-dire une personne qui ne fait pas partie de la chaîne de commandement et qui peut faire enquête en cas de plainte ou de préoccupation et aider cette personne à résoudre son problème et, dans certains modèles, une personne qui a le pouvoir de faire des recommandations en vue de changer le système, afin qu'il réponde davantage aux besoins.

Ce sera fait à titre expérimental. Il existe d'autres mécanismes pour s'occuper des patients officiels, des gens qui sont dans le système, et qui relèvent de l'ACSM. Ce n'est pas la responsabilité d'un office régional de santé en particulier, ce qui pourrait compliquer les choses à bien des égards.

Ce dont nous avons besoin, à part le financement, pour administrer le projet pendant l'année — et c'est ce que j'essaie à l'heure actuelle d'obtenir — c'est l'accord et la coopération des offices régionaux de santé, car pour que les gens qui auraient accès au service téléphonique sans frais pour faire part de leurs plaintes et de leurs préoccupations, ce serait un point central de réponse et d'approche, si vous voulez, pour les gens qui ont tenté d'avoir accès au système et qui ont eu des problèmes ou qui ne savent tout simplement pas où s'adresser.

Il s'agit plutôt d'une fonction de défenseur des patients ou de représentant des patients. Il faudrait l'approbation ou tout au moins le consentement des offices régionaux de santé pour être

require us or the ombuds people employed in this trial to deal directly with the RHAs, if there is a concern in a specific area.

We initially conceived this idea as something people could use to address concerns they had with services provided by the CMHA at the regional level. In talking about the idea we soon saw that it, in fact, could be and perhaps it probably should be larger in scope.

We are to gear up to this. I have experience as an ombudsman in the health system so, of course, I have a particular interest in this. We are trying to introduce this in on a trial basis across the province. The fallback position is to try it within a couple of RHAs. Failing the system-wide approach, we will try it within a couple of RHAs and see how it works.

We would be glad to provide you with the proposal. It is an idea whose time has come, given the results of the HQCA survey. We hope that it will find some responsive and friendly ears.

The Acting Chairman: If any one of you has a closing statement, we will hear it.

Dr. Gordon: I should like to follow up on what Peter said about access which I take to mean not just front-end access and access to assessments. Only 38 per cent of people with mental health access their GP. They know that there is a 6 to 12 month wait to see a psychiatrist and to have access to mental health clinics. These are front-end access issues. There are also treatment access issues. You can only get into a hospital now if you are deemed to be dangerous. It is most unusual to have an elective admission to hospital.

Equally important is access to support services. It may take six months to access a support service that deals with housing. Why do we have to wait four months to get AISH? Why are some people waiting for months and even years to get into vocational rehabilitation programs?

Access issues are not just front-end issues — walking through the door of the mental health clinic — they include access to the range of treatment services and also the range of crucial support services.

The Acting Chairman: Mr. Lucki, do you have any closing comments?

Mr. Lucki: I would simply reemphasize the importance of undertaking an inclusive process to build a system and a plan that will mirror the plan we hope to create. I believe that each person we listen to, each group we listen to, informs us of another important aspect of what it is that we need to create.

actif dans leur territoire, car il faudrait que nous ou les ombudsmen qui participent à cet essai traitent directement avec les offices régionaux de santé, s'il y avait une préoccupation dans un domaine en particulier.

Initialement, nous avons conçu cette idée afin que les gens puissent faire part de leurs préoccupations au sujet des services fournis par l'ACSM, au niveau régional. Nous avons rapidement constaté, en fait, que cette idée pourrait et devrait sans doute s'appliquer à plus grande échelle.

Nous nous y préparons donc. Comme j'ai de l'expérience à titre d'ombudsman dans le système de santé, naturellement cela m'intéresse particulièrement. Nous tentons d'introduire ce service à titre expérimental partout dans la province. Notre solution de réserve est d'en faire l'essai dans quelques offices régionaux de la santé. Si nous ne pouvons pas le faire à l'échelle du système, nous tenterons de le faire dans quelques offices régionaux de la santé et voir comment cela fonctionne.

Nous serions heureux de vous fournir la proposition. Le moment est venu de faire cet essai, étant donné les résultats de l'enquête du HQCA. Nous espérons que cette proposition sera bien accueillie.

La présidente suppléante : Si l'un d'entre vous veut faire des observations finales, nous sommes prêts à vous écouter.

M. Gordon : Je voudrais revenir sur ce que Peter a dit au sujet de l'accès. Je suppose que cela ne signifie pas uniquement l'accès initial et l'accès aux évaluations. Seulement 38 p. 100 des gens qui souffrent de maladie mentale vont voir leur médecin de famille. Ils savent qu'il y a une attente de 6 à 12 mois pour voir un psychiatre et avoir accès à des cliniques de santé mentale. Ce sont des problèmes d'accès initial. Il y a aussi des problèmes d'accès aux traitements. Seuls les malades considérés comme étant dangereux peuvent se faire hospitaliser à l'heure actuelle. Il est tout à fait inhabituel d'avoir une admission ordinaire dans un hôpital.

Il est tout aussi important d'avoir accès à des services de soutien. Il faut parfois jusqu'à six mois pour avoir accès à un service de soutien, en ce qui a trait au logement. Pourquoi faut-il attendre quatre mois pour obtenir un revenu assuré pour les personnes gravement handicapées? Pourquoi certaines personnes doivent-elles attendre des mois et même des années pour se prévaloir du programme de réadaptation professionnelle?

Les questions d'accès ne se limitent pas à l'accès physique — le fait d'entrer dans une clinique de santé mentale — elles comprennent l'accès à une gamme de services de traitement ainsi que des services de soutien qui sont absolument essentiels.

La présidente suppléante : Monsieur Lucki, avez-vous des commentaires à faire en guise de conclusion?

M. Lucki : Simplement pour réitérer l'importance de la mise en œuvre d'un processus inclusif afin d'élaborer un système et un plan qui reflètent ce que nous visons à créer. Je crois que chaque personne et chaque groupe qui nous parle nous renseigne sur un autre aspect important de ce qu'il faut créer.

A system is not simply built around the psychiatrists, the psychologists or the nurses who provide the treatment, a system of care includes a whole range of supports, many of which are not even within the health care system. We need to do this inclusively so that those who are most affected by mental illness have a strong voice in creating the sort of system that reflects their needs, their values, and that realistically supports them not just in a way that works for the providers. I think we have done a better job of creating provider-driven systems of care than client-centred, consumer-centred systems of care.

Mental health needs a champion. Your committee has been such a champion for a number of years now by raising the issue of mental health on the national agenda, and that is very supportive to our efforts on a province-by-province basis, because it keeps us in touch with some of the issues that resonate across the country. It points to the fact that solutions may be different in each province. It gives us an opportunity to explore ideas that we may be able to tap into or be able to model.

Hopefully this will see light at some point as a comprehensive mental health strategy for the whole country, one that we will hopefully gladly adopt, because it is in our interest as a nation, not only from a health and a social perspective, but also from an economic perspective for those who like to think in terms of dollars and cents. It is nothing but to our advantage to get this one right because the costs of not doing it will be far greater than we have ever been able to calculate, on a social level, a human level, or in financial terms.

I thank you for the opportunity to present and wish you well in the rest of your hearings and in developing the important recommendations which, hopefully, we will see implemented down the road.

The Acting Chairman: Thank you very much to the panel. This has been a real learning experience.

The committee adjourned.

Un système ne tourne pas uniquement autour des psychiatres, des psychologues ou des infirmières qui fournissent les traitements, un système comprend une vaste gamme de mesures de soutien, dont plusieurs qui ne font pas partie du système de santé. Notre approche doit être inclusive pour que ceux qui sont les plus touchés par les maladies mentales aient un droit de regard quant à la création d'un système qui reflète leurs besoins et valeurs et qui les appuie d'une façon qui ne convient pas uniquement à ceux qui fournissent les services. Je crois que nous avons eu plus de succès à créer des systèmes axés sur les fournisseurs de ces services que des systèmes de soins axés sur les clients et les consommateurs.

Quelqu'un doit se faire le champion de la santé mentale. Votre comité le fait depuis bien des années maintenant en soulevant la question de la santé mentale à l'échelle nationale, et cela nous aide dans nos efforts avec les provinces, l'une après l'autre, car cela nous permet d'être au courant des questions qui intéressent l'ensemble de la population. Cela montre que les solutions peuvent varier par province, et cela nous donne aussi la possibilité d'instaurer des idées qui peuvent être utiles ou peuvent servir de modèle.

Nous espérons qu'un jour ces aspects feront partie d'une stratégie globale axée sur la santé mentale pour l'ensemble du pays, une stratégie que nous accepterons volontiers, car il est dans notre intérêt en tant que pays, non pas uniquement d'un point de vue social ou de la santé, mais aussi d'un point de vue économique pour ceux qui préfèrent penser en termes d'argent. Il ne serait qu'à notre avantage de bien faire les choses, car les coûts de ne pas le faire correctement dépasseront de loin les coûts sociaux, humains et financiers.

Je vous remercie de cette occasion de présenter notre mémoire et nous vous souhaitons bonne chance pour le reste de vos audiences et pour la rédaction des recommandations importantes qui, nous l'espérons, seront mises en œuvre dans l'avenir.

La présidente suppléante : Je remercie tous les membres du panel. Cette séance a été très informative.

La séance est levée.

Thursday, June 9, 2005 (afternoon meeting)

Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee:

Sykes Powderface, Co-Chair;

Gloria Laird, Co-Chair.

As an individual:

Geraldine Cardinal.

Alberta Mental Health Board:

Elsie Bastien, Aboriginal Liaison Coordinator.

Regional Mental Health Board:

Dr. Alan Gordon.

Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health:

George Lucki, Chair.

Alberta Alliance on Mental Health and Mental Health:

Peter Portlock, Executive Director.

Le jeudi 9 juin 2005 (séance de l'après-midi)

Alberta Mental Health Board, Wisdom Committee:

Sykes Powderface, coprésident;

Gloria Laird, coprésidente.

À titre personnel:

Geraldine Cardinal.

Alberta Mental Health Board:

Elsie Bastien, coordonnatrice des liaisons avec les Autochtones.

Regional Mental Health Board:

Le docteur Alan Gordon.

Albert Alliance on Mental Health :

George Lucki, président.

Association canadienne pour la santé mentale, section de l'Alberta:

Peter Portlock, directeur exécutif.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

TÉMOINS

Thursday, June 9, 2005 (morning meeting)

*Alberta Mental Health Self Help Network and the
National Network for Mental Health:*

Carmela Hutchison, President.

Alberta Mental Health Board:

Sharon Steinhauer, Board Member.

Alberta Alcohol and Drug Abuse Association:

Dave Rodney, MLA, Chair;

Murray Finnerty, Chief Executive Officer;

Bill Bell, Director of Residential Services.

(Continued on previous page)

Le jeudi 9 juin 2005 (séance du matin)

*Alberta Mental Health Self Help Network et le Réseau national pour la
santé mentale:*

Carmela Hutchison, présidente.

Alberta Mental Health Board:

Sharon Steinhauer, membre du conseil d'administration.

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission:

Dave Rodney, M.A.L., président;

Murray Finnerty, président-directeur général;

Bill Bell, directeur des services résidentiels.

(Suite à la page précédente)