

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session  
Forty-first Parliament, 2011-12

---

Première session de la  
quarante et unième législature, 2011-2012

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

SOCIAL AFFAIRS,  
SCIENCE AND  
TECHNOLOGY

AFFAIRES SOCIALES,  
DES SCIENCES ET DE  
LA TECHNOLOGIE

*Chair:*

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

---

*Président :*

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

---

Monday, December 10, 2012

---

Le lundi 10 décembre 2012

---

Issue No. 29

Fascicule n° 29

*First (final) meeting on:*

Bill C-300, An Act respecting a Federal  
Framework for Suicide Prevention

---

*Première (dernière) réunion concernant :*

Le projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement  
d'un cadre fédéral de prévention du suicide

---

INCLUDING:

THE EIGHTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(Bill C-300)

---

Y COMPRIS :

LE DIX-HUITIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(projet de loi C-300)

---

WITNESSES:

*(See back cover)*

TÉMOINS :

*(Voir à l'endos)*

STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND  
TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Cordy	Maltais
* Cowan	Martin
(or Tardif)	Merchant
Duffy	Munson
Dyck	Seidman
Enverga	Seth
* LeBreton, P.C.	
(or Carignan)	

\* Ex officio members  
(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 12-5, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Maltais replaced the Honourable Senator Verner, P.C. (*December 10, 2012*).

The Honourable Senator Duffy replaced the Honourable Senator Eaton (*December 10, 2012*).

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

*Président* : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

*Vice-président* : L'honorable Art Eggleton, C.P.  
et

Les honorables sénateurs :

Cordy	Maltais
* Cowan	Martin
(ou Tardif)	Merchant
Duffy	Munson
Dyck	Seidman
Enverga	Seth
* LeBreton, C.P.	
(ou Carignan)	

\* Membres d'office  
(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité :*

Conformément à l'article 12-5 du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Maltais a remplacé l'honorable sénateur Verner, C.P. (*le 10 décembre 2012*).

L'honorable sénateur Duffy a remplacé l'honorable sénateur Eaton (*le 10 décembre 2012*).

**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate*, Thursday, November 1, 2012:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Ataullahjan, seconded by the Honourable Senator Braley, for the second reading of Bill C-300, An Act respecting a Federal Framework for Suicide Prevention.

After debate,

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

The bill was then read the second time.

The Honourable Senator Carignan moved, seconded by the Honourable Senator Ataullahjan that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

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

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 1<sup>er</sup> novembre 2012 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Ataullahjan, appuyée par l'honorable sénateur Braley, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu pour la deuxième fois.

L'honorable sénateur Carignan propose, appuyé par l'honorable sénateur Ataullahjan, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Gary W. O'Brien

*Clerk of the Senate*

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Monday, December 10, 2012  
(68)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:00 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin K. Ogilvie, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cordy, Duffy, Dyck, Eggleton, P.C., Enverga, Maltais, Martin, Munson, Ogilvie, Seidman and Seth (11).

*In attendance:* Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, December 4, 2012, the committee began its study on Bill C-300, An Act respecting a Federal Framework for Suicide Prevention.

**WITNESSES:**

Harold Albrecht, Member of Parliament for Kitchener-Conestoga, sponsor of the bill

*Public Health Agency of Canada*

Marla Israel, A/Director General, Centre for Health Promotion

*Health Canada*

Kathy Langlois, A/Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch

*Mood Disorders Society of Canada*

Philip Upshall, National Executive Director

*Kids Help Phone*

Alisa Simon, Vice President, Counselling Services and Program

*Canadian Coalition for Seniors' Mental Health*

Kimberley Wilson, Executive director

*Canadian Association for Suicide Prevention*

Dr. Alex Drossos, Board Member.

The chair made a statement.

Mr. Albrecht made a statement and, together with Ms. Langlois and Ms. Israel, answered questions.

At 3:40 p.m. the committee suspended.

At 3:43 p.m. the committee resumed.

Ms. Simon and Mr. Upshall each made a statement and, together, answered questions.

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le lundi 10 décembre 2012  
(68)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 heures, dans la pièce 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin K. Ogilvie (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Cordy, Duffy, Dyck, Eggleton, C.P., Enverga, Maltais, Martin, Munson, Ogilvie, Seidman et Seth (11).

*Également présente :* Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 décembre 2012, le comité commence son étude sur le projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide.

**TÉMOINS :**

Harold Albrecht, député de Kitchener-Conestoga, parrain du projet de loi.

*Agence de la santé publique du Canada :*

Marla Israel, directrice générale par intérim, Centre pour la promotion de la santé.

*Santé Canada :*

Kathy Langlois, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

*Société pour les troubles de l'humeur du Canada :*

Philip Upshall, directeur exécutif national.

*Jeunesse, J'écoute :*

Alisa Simon, vice-présidente des services et programmes cliniques.

*Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées :*

Kimberley Wilson, directrice exécutive.

*Association canadienne pour la prévention du suicide :*

Dr Alex Drossos, membre du conseil.

Le président fait une déclaration.

M. Albrecht fait un exposé, puis avec Mme Langlois et Mme Israel, répond aux questions.

À 15 h 40, le comité suspend ses travaux.

À 15 h 43, le comité reprend ses travaux.

Mme Simon et M. Upshall font un exposé et répondent aux questions.

Ms. Wilson and Dr. Drossos each made a statement and, together, answered questions.

At 4:48 p.m. the committee suspended.

At 4:52 p.m. the committee resumed.

It was agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-300, An Act respecting a Federal Framework for Suicide Prevention.

It was agreed that the title stand postponed.

It was agreed that the preamble stand postponed.

It was agreed that clause 1 stand postponed.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clause 3 carry.

It was agreed that clause 4 carry.

It was agreed that clause 1, carry.

It was agreed that the preamble carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that the bill carry.

The Honourable Senator Cordy moved that observations be appended to the report.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived by a show of hands.

It was agreed that the chair report the bill without amendments to the Senate.

At 5:38 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

Mme Wilson et Dr Drossos font un exposé et répondent aux questions.

À 16 h 48, le comité suspend ses travaux.

À 16 h 52, le comité reprend ses travaux.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide.

Il est convenu de reporter l'étude du titre.

Il est convenu de reporter l'étude du préambule.

Il est convenu de reporter l'étude de l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter l'article 3.

Il est convenu d'adopter l'article 4.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter le préambule.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi.

L'honorable sénateur Cordy propose que les observations soient jointes en annexe au rapport.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée par un vote à main levée.

Il est convenu que la présidence présente le projet de loi sans modification au Sénat.

À 17 h 38, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière intérimaire du comité,*

Josée Thérien

*Acting Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Monday, December 10, 2012

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**EIGHTEENTH REPORT**

Your committee, to which was referred Bill C-300, An Act respecting a Federal Framework for Suicide Prevention, has, in obedience to the order of reference of Thursday, November 1, 2012, examined the said bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le lundi 10 décembre 2012

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**DIX-HUITIÈME RAPPORT**

Votre comité auquel a été renvoyé le projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide, a, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 1 novembre 2012, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

*Le président,*

KELVIN K. OGILVIE

*Chair*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Monday, December 10, 2012

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3 p.m. to examine Bill C-300, An Act respecting a Federal Framework for Suicide Prevention.

**Senator Kelvin Kenneth Ogilvie** (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

**The Chair:** Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie, a senator from Nova Scotia and chair of the committee. I will ask my colleagues to introduce themselves, starting on my left.

**Senator Eggleton:** Art Eggleton, senator from Toronto and deputy chair of the committee.

**Senator Cordy:** Jane Cordy, a senator from Nova Scotia.

**Senator Duffy:** Mike Duffy, a senator from Prince Edward Island.

[*Translation*]

**Senator Maltais:** Senator Ghislain Maltais, from Quebec City.

[*English*]

**Senator Seth:** Asha Seth, Toronto, Ontario.

**Senator Enverga:** Tobias Enverga, a senator from Ontario.

**Senator Martin:** Yonah Martin, from British Columbia.

**Senator Seidman:** Judith Seidman, from Montreal, Quebec.

**The Chair:** Thank you, colleagues. We have three sessions today. Is it agreed that the second session will start not later than 4 p.m. and the third session not later than 5 p.m.?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Thank you. We will get our first session under way. We are pleased to welcome the sponsor of this bill in the House, Mr. Harold Albrecht. With him are two officials. We have Marla Israel, Acting Director General, Centre for Health Promotion, Public Health Agency of Canada, and we have Kathy Langlois, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le lundi 10 décembre 2012

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 heures, pour étudier le projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide.

**Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

**Le président :** Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Mon nom est Kelvin Ogilvie; je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse et le président du comité. J'invite mes collègues à se présenter, en commençant à ma gauche.

**Le sénateur Eggleton :** Art Eggleton, sénateur de Toronto et vice-président du comité.

**Le sénateur Cordy :** Jane Cordy, un sénateur de la Nouvelle-Écosse.

**Le sénateur Duffy :** Mike Duffy, un sénateur de l'Île-du-Prince-Édouard.

[*Traduction*]

**Le sénateur Maltais :** Sénateur Ghislain Maltais, de Québec.

[*Traduction*]

**Le sénateur Seth :** Asha Seth, Toronto, Ontario.

**Le sénateur Enverga :** Tobias Enverga, un sénateur de l'Ontario.

**Le sénateur Martin :** Yonah Martin, de la Colombie-Britannique.

**Le sénateur Seidman :** Judith Seidman, de Montréal, Québec.

**Le président :** Merci, chers collègues. Nous avons trois séances prévues aujourd'hui. Sommes-nous d'accord pour que la deuxième séance commence au plus tard à 16 heures, et la troisième à 17 heures au plus tard?

**Des voix :** D'accord.

**Le président :** Merci. Nous allons commencer la première séance. Nous sommes heureux d'accueillir le parrain de ce projet de loi à la Chambre, M. Harold Albrecht, accompagné de deux fonctionnaires. Marla Israel est la directrice générale par intérim du Centre pour la promotion de la santé de l'Agence de la santé publique du Canada. Kathy Langlois est sous-ministre adjointe, en charge de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Santé Canada.

**Harold Albrecht, Member of Parliament for Kitchener-Conestoga, sponsor of the bill:** Thank you Mr. Chair. I will start by stating that I am not used to sitting on this side of the table, so I hope that you will treat me gently. Thank you for your warm welcome. I would like to thank Senator Ataullahjan for sponsoring this bill in the Senate.

I would like to begin by briefly describing the journey that led me to Bill C-300. In March 2008, a young woman from Brampton was suffering from postpartum mood disorder and insomnia. A student here in Ottawa, she felt isolated and sought help online. Instead, she found a predator. Instead of comfort, she was encouraged to hang herself in front of a webcam. Instead of finding a friend who would encourage her to get help, she found a predator who entered into a suicide pact with her, a pact she completed four years ago this month. It turned out that the young woman with whom she thought she was communicating was, in reality, a middle-aged male nurse from Minnesota who posed under an online pseudonym and was linked to numerous other suicides in several countries.

It seemed that the digital nature of the crime was impeding prosecution. When I met her family, I quickly understood their pain, how that pain was extended every day and how they were denied closure. That led me to introduce Motion M-388, which called on the government to address, in the Criminal Code, the barriers that law enforcement agencies faced in her case. That motion passed unanimously in the House of Commons in November 2008.

Through discussions on Motion M-388, I met many people working on the front lines who tried their best to educate me on these issues. I met many Canadians affected by suicide who shared their pain with me, and I started to pay attention in a different way.

Obituaries for young Canadians that did not list the cause of death stood out to me like never before. Then, one day, I looked at my BlackBerry to find an email with news that, in the space of just one week, three students from Waterloo region schools had died by suicide in unrelated incidents. If there is one single occurrence to which I would attribute my introducing Bill C-300, it would be that conversation.

I have learned so much about suicide, its causes and prevention methods through this time. I would like to focus now on what we do not know. It is estimated that, on average, 10 Canadians die by suicide each and every day. That number, in and of itself, is terrifying, but we do not know how accurate it is. We know that the stigma surrounding suicide causes under-reporting, but we do not know how severely or in which communities the under-reporting is most severe. We know that suicide is most often preventable, as I stated in the preamble to Bill C-300, by knowledge and by care and compassion. However, we do a

**Harold Albrecht, député de Kitchener-Conestoga, parrain du projet de loi :** Merci, monsieur le président. Je vais commencer en disant que je n'ai pas l'habitude de me trouver de ce côté-ci de la table, et j'espère que vous me ménagerez. Je vous remercie de votre accueil chaleureux. Je tiens aussi à remercier le sénateur Ataullahjan d'avoir parrainé le projet de loi au Sénat.

J'aimerais commencer en décrivant brièvement le parcours qui m'a mené jusqu'au projet de loi C-300. En mars 2008, une jeune femme de Brampton souffrait de trouble de l'humeur post-partum et d'insomnie. Étudiante ici à Ottawa, elle se sentait isolée et a cherché de l'aide en ligne. Au lieu de trouver de l'aide, elle est tombée sur un prédateur. Loin de la reconforter, celui-ci l'a encouragée à se pendre devant une cybercaméra. Au lieu de trouver un ami qui l'encouragerait à se faire soigner, elle est tombée sur un prédateur qui a conclu un pacte de suicide avec elle, un pacte qu'elle a exécuté il y a quatre ans ce mois-ci. Il se trouve que la jeune femme avec laquelle elle pensait communiquer était en réalité un infirmier d'âge moyen du Minnesota, qui se présentait en ligne sous un pseudonyme et qui a été relié à de nombreux suicides dans plusieurs pays.

Il semble que la nature numérique du crime empêchait les poursuites. Lorsque j'ai rencontré les membres de la famille, j'ai rapidement compris leur souffrance, perpétuée de jour en jour, incapables qu'ils étaient à trouver la paix. C'est ce qui m'a amené à présenter la motion M-388, qui invitait le gouvernement à lever dans le Code criminel les entraves qui paralysaient les organismes d'application de la loi dans cette affaire. Cette motion a été adoptée à l'unanimité par la Chambre des communes en novembre 2008.

Dans le cadre des discussions sur la Motion M-388, j'ai rencontré beaucoup de personnes travaillant en première ligne, qui ont fait de leur mieux pour m'informer de ces enjeux. J'ai rencontré de nombreux Canadiens touchés par le suicide qui m'ont fait part de leur souffrance, et j'ai commencé à voir les choses sous un angle différent.

Les avis de décès de jeunes Canadiens n'indiquant pas la cause me sautaient aux yeux comme jamais auparavant. Puis, un jour, j'ai trouvé sur mon BlackBerry un courriel contenant des nouvelles qui m'ont glacé le sang et donné la nausée. En l'espace de seulement une semaine, trois élèves d'écoles de la région de Waterloo sont morts par suicide dans des incidents isolés. S'il est un événement particulier, un accident particulier qui m'a amené à introduire le projet de loi C-300, c'est bien cette conversation.

Durant cette période, j'en ai beaucoup appris sur le suicide, ses causes et les méthodes pour le prévenir. J'aimerais maintenant me pencher sur ce que nous ne savons pas. On estime qu'en moyenne 10 Canadiens se donnent la mort chaque jour. Ce nombre en soi est terrifiant, mais nous ne savons pas dans quelle mesure il est exact. Nous savons que la stigmatisation dont le suicide est l'objet est un facteur de sous-déclaration, mais nous n'en connaissons pas l'ampleur et nous ignorons dans quelles communautés la sous-déclaration est plus importante. Nous savons qu'il est possible le plus souvent de prévenir les suicides par les



poor job of sharing the knowledge accumulated regarding suicide prevention. We do a poor job of sharing it with those whose care and compassion compel them to continue working to save lives.

Finally, we know that addressing this challenge will require collaboration across jurisdictional, geographical and sectoral lines and increased lines of communication between agencies. However, we also know that, between 1993 and the most recent election, only one piece of legislation related to suicide prevention was introduced, and that bill never reached second reading. This is a national issue, and we struggle to define the appropriate federal role.

I was pleased to see that you also have legitimate experts appearing. I am not an expert in this field, only an advocate for the experts, the volunteers and the counsellors working on the front lines. I remain grateful for this opportunity and for the work that you do. It is my hope that, through the timely passage of Bill C-300 into law, hope will be given to the many prevention and recovery groups already doing great work on shoestring budgets. We can increase their knowledge, expand the awareness of suicide as a public health issue, define and promote best practices and finally begin to collect accurate data and statistics.

The statistics that we have are understated, yet overwhelming nonetheless. There are, on average, more than 4,000 deaths by suicide in Canada every year. There are 400,000 attempts. There are 20,000 hospitalizations due to suicidal behaviours and 88,000 emergency room visits. The average Canadian is seven times more likely to die by suicide than by homicide. Just last week, *The Ottawa Citizen* printed a story about Dennis Pharoah, who was struggling with many issues and considering death by suicide. He reached out for help to friends who got him checked into a hospital. Barely 24 hours later, he died by suicide. This story, while spectacular in some of its details, is all too common. We know that suicide is a public health issue, but we have developed no best practices to treat it as such. Teachers in a position to recognize suicidal behaviours are rarely trained to do so, and it is uncommon even for doctors and nurses to receive training in this area. We know that there exist, in our society, groups who are more vulnerable to the threat of suicide than the general population. Veterans and Aboriginal Canadians are notable. However, we struggle to develop suitable evidence-based responses.

Through good prevention initiatives, hundreds of Canadians who may be vulnerable and may find themselves temporarily in desperate circumstances will find the hope to continue, instead of making an irreversible mistake trying to solve their temporary sense of despair.

connaissances, les soins et la compassion, ainsi que l'indique le préambule du projet de loi C-300, mais les connaissances sur la prévention du suicide sont mal disséminées auprès de ceux dont la sollicitude et la compassion les poussent à œuvrer pour sauver des vies.

Enfin, nous savons que la solution à ce problème passera par la collaboration au-delà des frontières juridiques, géographiques et sectorielles et par une communication plus poussée entre les organismes. Mais nous savons également que, entre 1993 et l'élection la plus récente, un seul texte de loi portant sur la prévention du suicide a été introduit, et ce projet de loi d'initiative parlementaire n'est jamais parvenu au stade de la deuxième lecture. Il s'agit d'un enjeu national et nous avons du mal à définir le rôle des instances fédérales dans ce dossier.

Je me réjouis de voir que vous avez invité de véritables experts à témoigner. Je ne suis pas un expert en la matière, mais seulement un porte-parole pour les experts, les bénévoles et les conseillers qui travaillent sur le terrain. Je tiens à vous remercier de votre invitation et du travail que vous effectuez. J'espère que l'adoption rapide du projet de loi C-300 donnera de l'espoir aux nombreux groupes de prévention et de rétablissement qui font déjà un excellent travail avec des budgets de famine. Nous pouvons enrichir leur savoir, accroître la sensibilisation au problème du suicide en tant que problème de santé publique, définir et faire la promotion des pratiques exemplaires et enfin commencer à recueillir des données et des statistiques exactes.

Les statistiques que nous possédons, bien qu'accablantes, sous-estiment le phénomène. En moyenne, plus de 4 000 personnes se suicident au Canada chaque année, et on compte 400 000 tentatives. Les comportements suicidaires sont à l'origine de 20 000 hospitalisations et 88 000 visites à l'urgence. Il est sept fois plus probable qu'un Canadien meure par suicide qu'à la suite d'un homicide. La semaine dernière, *l'Ottawa Citizen* faisait paraître un article sur Dennis Pharoah, un homme aux prises avec plusieurs problèmes et qui songeait au suicide. Des amis l'ont fait hospitaliser après qu'il leur ait demandé de l'aide. À peine 24 heures plus tard, il s'était enlevé la vie. Ce genre d'incidents, bien que spectaculaire à certains égards, est beaucoup trop courant. Nous savons que le suicide est un problème de santé publique, mais nous n'avons pas établi de pratiques exemplaires pour le traiter en tant que tel. Les enseignants, qui seraient en situation de détecter les comportements suicidaires, sont rarement formés pour le faire, et même les médecins et infirmières reçoivent rarement une formation spécifique dans ce domaine. Nous savons qu'il existe dans notre société des groupes plus vulnérables au suicide que la population générale — notamment les anciens combattants et les Canadiens autochtones —, mais nous avons du mal à mettre au point une intervention adaptée fondée sur des faits démontrés.

Grâce à des mesures préventives efficaces, des centaines de Canadiens vulnérables qui traversent des situations désespérées trouveront le courage de continuer, au lieu de commettre l'irréparable en tentant de régler un problème apparemment sans issues, mais passer.

I have often quoted Margaret Somerville, who said, “Hope is dependent on having a sense of connection to the future, even if that future is very short-term. Hope is the oxygen of the human spirit; without it our spirit dies.”

I believe that Bill C-300 will be a foundation on which to build that hope for vulnerable Canadians. Just as important, its passage will deliver a message of hope to those working on the front lines of suicide prevention.

**The Chair:** Thank you, Mr. Albrecht. I will open the floor up to questions, starting with Senator Eggleton.

**Senator Eggleton:** Mr. Albrecht, congratulations on this work. You cited many statistics and know the great need for this. You also pointed out the previous effort, Motion M-388, back in 2009. I would also add to that Bob Rae’s endeavour in October of last year and the Liberal Opposition Day motion, which was passed by the house unanimously. There is a coming together of all parties in a non-partisan way to address this critical issue.

I will ask you about the bill. The final two paragraphs say that within 180 days of the coming into force, the Government of Canada must enter consultations, et cetera. Clause 4 says that within four years after coming into force and every two years thereafter the entity designated — as in clause 2(b) — must report to Canadians. It seems like a long time to wait to get that first report. Would anything happen between the consultation and the four-year period in terms of the development of this framework that might come up for public discussion at committee or in either house?

**Mr. Albrecht:** I thank you for the compliments on the efforts. I acknowledge that it certainly was not an isolated effort on my part. I am indebted to so many people who shared their pain with me in the aftermath of suicide. I cannot imagine the added dimension of grief that one goes through at such a time. I also acknowledge the great cross-party support as this was a non-partisan effort throughout all discussions.

As it relates to the implementation of the bill, I am aware of the need to give the government an opportunity to get it right. We want the plan in place and want it implemented. I am sure there will be dialogue prior to the four-year time frame. There will not be silence. However, it is important that we allow adequate time to do a formal report back to Parliament; so four years is what we came up with.

**Senator Eggleton:** Would the reporting to Canadians be done directly or through a minister? Would it be done to Parliament first?

**Mr. Albrecht:** My understanding is that there would be a report to Parliament.

Je cite souvent Margaret Somerville, qui a dit ces mots : « L’espoir a beaucoup à voir avec le sentiment d’avoir un avenir, aussi court soit-il. L’espoir, c’est l’oxygène de l’esprit humain; sans lui, l’esprit meurt. »

Je crois que le projet de loi C-300 servira de fondement à partir duquel nous pourrions bâtir une source d’espoir pour les Canadiens vulnérables. De façon tout aussi importante, l’adoption du projet de loi donnera un message d’espoir aux travailleurs de première ligne dans le domaine de la prévention du suicide.

**Le président :** Merci, M. Albrecht. Je vais maintenant donner la parole aux membres du comité pour la période de questions, en commençant par le sénateur Eggleton.

**Le sénateur Eggleton :** M. Albrecht, félicitations pour votre travail. Vous avez cité de nombreuses statistiques, dont vous reconnaissez l’utilité. Vous avez aussi parlé de la motion M-388, proposée en 2009. Je souligne d’autres efforts, comme l’initiative de Bob Rae au mois d’octobre de l’an dernier et la motion présentée lors d’une journée d’opposition du Parti libéral, que la Chambre a adoptée à l’unanimité. Tous les partis s’entendent pour collaborer sans aucune partisanerie afin de régler ce grave problème.

Passons maintenant au projet de loi. Dans les deux derniers articles, on peut lire que dans les 180 jours suivant l’entrée en vigueur, le gouvernement du Canada entame des consultations, et cetera. Dans l’article 4, on peut lire que dans les quatre ans suivant l’entrée en vigueur de la présente loi et par la suite tous les deux ans, l’entité désignée en application de l’alinéa 2b) fait rapport à la population canadienne. Ça me semble un délai bien long pour recevoir un premier rapport. Aura-t-on l’occasion de discuter publiquement du développement de ce cadre, soit en comité ou à l’une ou l’autre des Chambres?

**M. Albrecht :** Je vous remercie des compliments sur le travail accompli. Je dois souligner l’aide que j’ai reçue dans mes efforts. Je suis redevable à tant de gens qui ont partagé leur peine avec moi à la suite d’un suicide. J’ai peine à imaginer la douleur qui s’ajoute en de telles circonstances. Je tiens aussi à souligner l’appui reçu de tous les partis, qui ont participé aux discussions dans une attitude dénuée de tout sectarisme.

Quant à la mise en œuvre de ce projet de loi, je suis conscient qu’on doit donner au gouvernement l’occasion de bien faire les choses. Nous voulons que le plan soit mis en œuvre. Je suis certain qu’un dialogue aura lieu avant le délai de quatre ans; on ne restera pas muet sur la question. Il est important toutefois d’allouer suffisamment de temps pour que soit préparé un rapport officiel au Parlement; c’est pourquoi nous avons choisi un délai de quatre ans.

**Le sénateur Eggleton :** Le rapport sera-t-il communiqué aux Canadiens directement ou par l’entremise d’un ministre? Le rapport sera-t-il d’abord présenté au Parlement?

**M. Albrecht :** Je crois comprendre qu’un rapport sera remis au Parlement.

**Senator Eggleton:** In the main section, clause 2(b) says “designates the appropriate entity within the Government of Canada.” Do you have any thoughts as to who that might be? Would that be Health Canada or the Public Health Agency or perhaps a special group or coordinating body? Do you have thoughts about that?

**Mr. Albrecht:** I have thoughts on it, and that is why I was careful in the bill not to create a specific mandate as to which entity it had to be. It could be Health Canada, the Mental Health Commission or an existing separate agency. You are aware, senator, that a private member’s bill may not commit the government to spend additional government funds; and I was very aware of that. However, by highlighting the issue for Health Canada or the Mental Health Commission or the Public Health Agency, it is quite clear what the intent of Parliament is and that one of those agencies will implement the principles contained within the body of the bill.

**Senator Eggleton:** In clause 2(b) of the bill, there are many references to awareness, knowledge, disseminating information, sharing information, promoting, collaborating, defining best practices, and promoting the use of research and evidence-based practices. Do you see within that the development of specific goals and timetables with respect to prevention programs or intervention programs?

**Mr. Albrecht:** One suggestion I received in the drafting of the bill was that we include a percentage reduction in the number of suicides. For example, if there are 4,000 per year, let us aim for a 50 per cent reduction over a 10-year period. I resisted that suggestion in part because I am not sure that is a wise way to measure, and 2,000 is too many, so we want to work hard at reducing it. The calls we have had from many suicide prevention groups currently on the front lines in suicide prevention are from the groups that have called out most loudly for this bill — a federal framework to give them the resources and statistics they need so they are not reinventing the wheel repeatedly. When I hear such groups say that this bill will help them in their initiatives, it gives me encouragement.

I said in my statement that this is a foundation for work that needs to be built. The Public Health Agency or the Mental Health Commission or Health Canada — whoever is charged with this task — will create a framework that I hope will not be a top down mandated template that people have to use. There could be a community in northern Ontario or Nunavut that has to contextualize the available resources. We will not tell communities how to do suicide prevention. We want to give them access to tools without their having to search through multiple sources. We want a central repository of up-to-date statistics, which we are not good at, and best practices to minimize the need for reinventing that wheel.

**Le sénateur Eggleton :** Dans l’alinéa 2b) du principal article, on peut lire : « désigne l’entité compétente au sein du gouvernement du Canada ». Avez-vous une idée de quelle entité il pourrait s’agir? Santé Canada, l’Agence de la santé publique, ou peut-être un groupe spécial ou un organisme de coordination? Avez-vous une opinion à ce sujet?

**M. Albrecht :** J’ai ma propre opinion là-dessus et c’est pourquoi j’ai pris soin de ne pas créer de mandat précis pour une entité en particulier. Ce pourrait être Santé Canada, la Commission de la santé mentale ou un organisme distinct existant. Comme vous le savez, sénateur, un projet de loi d’initiative parlementaire ne peut pas engager le gouvernement à faire des dépenses additionnelles; et j’en étais très conscient. Toutefois, en soulignant le problème pour Santé Canada, la Commission de la santé mentale et l’Agence de la santé publique, le Parlement laisse clairement entendre son intention, à savoir qu’un de ces organismes mettra en œuvre les principes au cœur de ce projet de loi.

**Le sénateur Eggleton :** Dans l’article 2(b) du projet de loi, on parle abondamment de sensibilisation, de savoir, de diffusion et de partage de l’information, de promotion, de collaboration, de détermination des pratiques exemplaires et de la promotion de pratiques fondées sur la recherche et des données probantes. Y voyez-vous l’élaboration d’objectifs et d’échéanciers précis concernant des programmes de prévention et d’intervention?

**M. Albrecht :** Durant la rédaction du projet de loi, on m’a proposé d’inclure la baisse, en pourcentage, du nombre de suicides. Par exemple, si on compte 4 000 suicides par année, visons une réduction de 50 p. 100 en 10 ans. J’ai rejeté cette suggestion, en partie parce que je ne suis pas certain qu’il est sage de mesurer le phénomène ainsi; par ailleurs, 2 000, c’est encore trop et nous devons nous efforcer de réduire ce nombre le plus possible. Les nombreux groupes de prévention du suicide qui font actuellement un travail de première ligne sont ceux qui ont réclamé avec le plus d’insistance ce projet de loi — un cadre fédéral qui leur donnerait les ressources et les données statistiques dont ils ont besoin, de façon à ne pas réinventer la roue continuellement. Lorsque j’entends ces groupes me dire que ce projet de loi les aidera dans leur travail, je suis encouragé.

J’ai mentionné dans mon introduction qu’il s’agit d’une base sur laquelle il faudra construire. L’Agence de la santé publique, la Commission de la santé mentale ou Santé Canada — l’organisme qui recevra le mandat — créera un cadre qui, je l’espère, ne sera pas imposé comme un gabarit obligatoire, que les gens seront contraints d’utiliser. Il est possible qu’une collectivité du Nord de l’Ontario ou du Nunavut doive adapter les ressources disponibles à son propre contexte. Nous n’imposerons pas aux collectivités une façon de prévenir le suicide. Nous voulons qu’elles aient accès à des outils, sans devoir chercher auprès de multiples sources. Nous souhaitons centraliser les statistiques les plus récentes, ce que nous avons du mal à faire, et les renseignements sur les pratiques exemplaires pour éviter le plus possible de réinventer la roue.

**Senator Cordy:** Mr. Albrecht, thank you for the work you have done. I was part of this committee when Senator Kirby was its chair and we did our report on mental health and mental illness and addictions called *Out of the Shadows*. It was ultimately the reason for the Mental Health Commission being set up; and I thank you for continuing this. When we studied the issue many years ago, one province had a suicide hotline that was open between the hours of 9 a.m. and 5 p.m. That was fine if the person decided to commit suicide during daytime hours. We looked at the studies and found that certainly would not be the high time for suicide rates. Things are starting to change, and I have looked at your bill, which contains some excellent suggestions. There are some defining best practices and excellent work across the country by the provinces and territories.

You also talked about stigma, which goes along with the whole idea of mental health and mental illness. We have come a way, but we have a long way to go. If we were to get rid of the stigma for mental health and mental illness, people would get the help they need before they reached the stage of wanting to commit suicide. Thank you for this. The bill is a great idea to bring forward.

When we look at who is most likely to commit suicide, we find that it is younger people — teenagers and young adults. We all understand that. I remember being surprised when we did our study to learn that the elderly were not high on the list. However, once we did the study, I understood.

Aboriginal groups are a federal responsibility. Even without this bill, what is the government doing? You have already said that this is not your area of expertise, but perhaps departmental officials could answer the question. Aboriginals and First Nations are a federal responsibility, and we know that the numbers who commit suicide or attempt to commit suicide are extremely high.

**Mr. Albrecht:** I will start the answer and then gladly defer to the experts on my right. There are two things I want to comment on. First, it is critical that we have the resources in place for youth. All of us have gone through periods of discouragement and maybe even despair, but we know from life's experience that you ride those valleys and life improves again. A young person does not have that long-term perspective. It is important to help our young people to understand — to have someone come alongside and offer that hope through those challenging times.

I do not mean to be negative, but you may have noticed in my opening comments that I did not use the term “commit suicide.” Suicide groups working in the area of prevention are quite sensitive to the terminology. They would much prefer the term “die by suicide.” I was educated throughout this process as well. I

**Le sénateur Cordy :** M. Albrecht, merci de votre travail. Je faisais partie de ce comité du temps où le sénateur Kirby en était le président. Nous avons rédigé le rapport sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, intitulé *De l'ombre à la lumière*, qui a ultimement mené à la création de la Commission de la santé mentale. Je vous remercie de poursuivre ce travail. Lorsque nous avons étudié la question, il y a plusieurs années, une province avait une ligne d'urgence-suicide offerte de 9 heures à 17 heures, ce qui était utile pour les personnes qui décidaient de passer à l'acte durant la journée. Or, d'après les recherches existantes, ce n'est pas à ce moment-là qu'on enregistre le plus grand nombre de suicides. Les choses commencent à changer. J'ai lu votre projet de loi et j'y ai trouvé d'excellentes idées. Partout au pays, les provinces et les territoires font de l'excellent travail et établissent des pratiques exemplaires.

Vous avez aussi parlé de stigmatisation, qui va de pair avec la santé et la maladie mentale. Nous avons fait des progrès, mais il reste encore beaucoup à faire. Si les préjugés envers la santé et la maladie mentale venaient à disparaître, les gens iraient chercher l'aide dont ils ont besoin avant qu'ils n'atteignent le stade du suicide. Merci de votre travail. Ce projet de loi est une excellente initiative.

Lorsque l'on se penche sur les groupes les plus susceptibles de s'enlever la vie, on constate que ce sont les jeunes — les adolescents et les jeunes adultes, ce que nous comprenons tous. Toutefois, je me rappelle avoir été surprise d'apprendre que les aînés n'arrivaient pas très haut sur la liste, mais, après avoir mené notre étude, j'ai compris.

Les groupes autochtones sont une responsabilité fédérale. Même sans le projet de loi, qu'est-ce que le gouvernement fait? Vous avez déjà dit que ce n'était pas votre domaine d'expertise, mais les fonctionnaires ministériels pourraient peut-être répondre à la question. Les Autochtones et les Premières nations relèvent de la compétence du gouvernement fédéral, et nous savons qu'il y a un nombre extrêmement élevé de personnes qui se suicident ou tentent de se suicider.

**M. Albrecht :** Je vais commencer à répondre à la question, puis je serai heureux de donner la parole aux experts à ma droite. Je veux me prononcer sur deux points. Premièrement, il est essentiel que nous mettions en place les ressources nécessaires pour les jeunes. Nous sommes tous passés par des périodes de découragement et peut-être même de désespoir. Cependant, nous savons par expérience que ces périodes sombres se terminent un jour et que notre vie recommence à s'améliorer. Les jeunes n'ont pas cette perspective à long terme. Il est important de les aider à l'obtenir et de leur offrir de l'espoir dans ces moments difficiles.

Je ne tiens pas à être négatif, mais vous avez peut-être remarqué que, dans ma déclaration préliminaire, je n'ai pas utilisé les termes « se suicider ». Les groupes de prévention du suicide sont sensibles à la terminologie utilisée. Ils préféreraient de loin l'expression « mourir par suicide ». C'est ce qu'on m'a appris.

had frequently used “commit suicide” until someone mentioned to me that “die by suicide” is a more accurate and compassionate way to describe it. Please understand why I say that.

**Senator Cordy:** It is important to learn new things every day, and I appreciate that.

**Mr. Albrecht:** Our government has invested large dollars in prevention efforts among our Aboriginal youth. My colleagues have more expertise on that.

**Marla Israel, A/Director General, Centre for Health Promotion, Public Health Agency of Canada:** I will turn to Ms. Kathy Langlois, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch. You are quite right in that some of the things we are looking at are precisely the need for better data and better information. That is a big part of the battle. Another part is the reticence of people to admit that they are suffering mental illness or living in fear, et cetera.

It is Canadians aged 40 to 59 who have the highest rate of suicide in Canada, which is perhaps surprising. I wanted to ensure the committee was aware of that. There is no doubt that among senior men, this is something we are watching closely given demographics, the age of population and why older men are trending in terms of high rates of suicide. However, I will turn to Ms. Langlois now.

**Kathy Langlois, A/Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada:** Before I start, I want to clarify the statistics that Ms. Israel shared; they are the general population overall Canadian numbers. However, when drilling down to specific subpopulations, it is accurate to say that suicide and self-inflicted injuries are the leading cause of death for First Nations youth and adults up to 45 years of age. Suicide rates in regions with high proportions of Inuit residents are 11 times higher than the rest of Canada and are thought to be the highest in the world. Canada has a major issue that the government has taken very seriously. In response to these kinds of numbers, the government introduced the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy in 2005. This strategy was renewed in Budget 2010. The program is looked at every five years to ensure it continues to be relevant to the needs. We are providing approximately \$15 million this year to support First Nations in over 150 communities to prevent and respond to suicide.

I could speak more about what we have learned in the period of time that we have had this program if you would like me to get into that level of detail at this time.

I want to pick up on the point about stigma. This strategy has certainly increased awareness around the issue of suicide and has led to discussions of the issue of suicide in communities, therefore

J'utilisais fréquemment les termes « se suicider » avant que quelqu'un m'informe que l'expression « mourir par suicide » était plus juste et compatissante. J'espère que vous comprenez pourquoi je dis cela.

**Le sénateur Cordy :** Il est important d'apprendre des nouvelles choses tous les jours. Je remercie le député pour cette précision.

**M. Albrecht :** Le gouvernement a investi beaucoup d'argent dans les mesures de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Mes collègues ont plus d'expertise dans ce domaine.

**Marla Israel, directrice générale par intérim, Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada :** Je céderai la parole à Mme Kathy Langlois, sous-ministre adjointe par intérim de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Vous avez bien raison quand vous affirmez que nous avons besoin, entre autres, de meilleures données et de meilleurs renseignements. Cela représente une grande partie de la bataille. Un autre problème est la réticence des gens à admettre qu'ils souffrent d'une maladie mentale ou qu'ils vivent dans la peur.

On trouve le plus haut taux de suicide au pays chez les Canadiens âgés de 40 à 59 ans, ce qui est peut-être surprenant. Je voulais en informer le comité. Nous examinons attentivement cette tendance chez les hommes âgés étant donné les données démographiques, l'âge de la population et le haut taux de suicide chez ces personnes. Je céderai maintenant la parole à Mme Langlois.

**Kathy Langlois, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada :** Avant de commencer, je tiens à apporter des précisions sur les statistiques que Mme Israel vient de fournir. Ces statistiques portent sur l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, quand on se penche sur des segments de la population, on constate que le suicide et les blessures autoinfligées sont la principale cause de décès chez les jeunes et les adultes des Premières nations allant jusqu'à l'âge de 45 ans. Le taux de suicide dans les régions qui ont beaucoup d'habitants inuits est 11 fois plus élevé que dans le reste du Canada, et il est considéré comme le plus élevé dans le monde. Le Canada a un grave problème que le gouvernement prend très au sérieux. Pour réduire ces nombres, le gouvernement a présenté la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones en 2005. Cette stratégie a été renouvelée dans le budget de 2010. Le programme fait l'objet d'un examen tous les cinq ans pour faire en sorte qu'il continue à répondre aux besoins. Cette année, nous fournissons approximativement 15 millions de dollars pour aider les membres des Premières nations de plus de 150 communautés afin de prévenir le suicide et de s'attaquer à ce problème.

Je pourrais parler davantage de ce que nous avons appris depuis la mise en place de cette stratégie si vous aimeriez que j'entre maintenant dans tous ces détails.

Je veux revenir sur la question de la stigmatisation. La stratégie a certainement sensibilisé davantage la population au problème du suicide et a mené à des discussions sur ce sujet dans les

dispelling the stigma. It has allowed communities to reach out to establish partnerships with surrounding communities — for example with the RCMP, local hospitals, regional health authorities and with Boys and Girls Clubs — to begin to look at the root causes in communities where we have high rates of suicide attempts.

In our 150 projects we fund annually, there are wonderful success stories. We have seen examples where high rates of suicide attempts and completions have literally been stopped in their tracks by a coalition of groups of people coming together to address the issue within communities where leadership and youth are engaged. Solutions are developed based on local realities and understanding what is needed in that context to move forward. Perhaps I will stop there.

**Senator Cordy:** One of the things we discovered in our study, and with the witnesses we had from First Nations, was the tremendous shortage of medical personnel for the North and for First Nations groups. Overall, that was a general category about the shortage of health care workers, but particularly related to working with those who have poor mental health. There was a shortage of psychologists and psychiatrists, and a particular shortage of people from Aboriginal communities who were able to come back and help. Is that changing?

**Ms. Langlois:** Yes, there is good news on that front for sure. I should have mentioned that our \$15 million annual suicide prevention strategy aimed at Aboriginal youth sits within the context of about \$250 million in annual spending focused on mental health and addictions. A program that has contributed to the increase of Aboriginal workers in this area is the Indian Residential Schools Resolution Health Support Program. We are supporting access to professional counselling, but also to emotional support. Aboriginal people who have been through the healing path of the residential school experience now work in communities helping others to heal. This has led to a significant increase of Aboriginal mental health workers, many of whom who speak traditional languages, working in communities to help people with the effects of residential schools.

**Senator Cordy:** Are you suggesting peer counselling?

**Ms. Langlois:** Yes, but some of the workers have professional or paraprofessional types of designations — family therapists, et cetera — and are able to provide a higher level of support as well.

**Senator Cordy:** Are there incentives to encourage people to go into the medical field?

**Ms. Langlois:** Yes. I do not have all the details here, but the government has introduced an Aboriginal Health Human Resources Initiative that provides scholarships and bursaries through Indspire, which is the new name for the National

communities, ce qui a permis d'éliminer la stigmatisation. Cela a poussé les communautés à tenter d'établir des partenariats avec la GRC, les hôpitaux locaux, les régies régionales de la santé et les Clubs garçons et filles afin de commencer à se pencher sur les racines de ce problème dans les communautés où il y a des taux élevés de tentatives de suicide.

Dans les 150 projets que nous finançons annuellement, il y a de merveilleuses histoires de réussite. Il y a des communautés où il y avait des taux élevés de tentatives de suicide et de suicides avant que des groupes de gens comprenant des dirigeants et des jeunes se réunissent pour résoudre le problème. Des solutions sont élaborées en se fondant sur des réalités locales et en comprenant ce qui doit être fait dans ce contexte pour aller de l'avant. Je m'arrêterai peut-être là.

**Le sénateur Cordy :** Durant notre étude et lors de la comparution de membres des Premières nations, nous avons appris qu'il y avait une importante pénurie de personnel médical pour le Nord et les Premières nations. Il y avait une pénurie générale de travailleurs de la santé, mais surtout de personnes travaillant avec des gens qui ont des problèmes de santé mentale. Il y avait une pénurie de psychologues et de psychiatres, mais il manquait plus particulièrement de personnes venant de communautés autochtones qui seraient en mesure de revenir là-bas pour aider. Est-ce que la situation est en train de changer?

**Mme Langlois :** Oui, il y a certainement de bonnes nouvelles à cet égard. J'aurais dû mentionner que notre stratégie annuelle de 15 millions de dollars visant à prévenir le suicide chez les jeunes Autochtones s'inscrit dans le cadre d'approximativement 250 millions de dollars de dépenses annuelles axées sur la santé mentale et la toxicomanie. Le Programme de soutien en santé mentale des pensionnats indiens a contribué à l'augmentation des travailleurs autochtones dans ce secteur. Nous favorisons l'accès à des services professionnels de counseling, mais aussi à du soutien affectif. Les Autochtones qui ont survécu à l'expérience des pensionnats indiens travaillent maintenant dans les communautés où ils aident d'autres personnes dans leur processus de guérison. Cela a entraîné une augmentation importante du nombre de travailleurs autochtones en santé mentale, dont beaucoup parlent les langues traditionnelles, qui œuvrent dans les communautés pour aider les victimes des pensionnats indiens à composer avec les séquelles.

**Le sénateur Cordy :** Est-ce que vous suggérez l'entraide par les pairs?

**Mme Langlois :** Oui, mais certains des travailleurs ont des désignations professionnelles ou paraprofessionnelles, comme thérapeute familial, et sont en mesure de fournir un niveau d'aide plus élevé.

**Le sénateur Cordy :** Y a-t-il des incitatifs pour encourager les gens à travailler dans le domaine médical?

**Mme Langlois :** Oui. Je n'ai pas tous les détails ici, mais le gouvernement a mis en place une Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone qui fournit des bourses d'études et de perfectionnement par l'intermédiaire d'Indspire, qui est le

Aboriginal Achievement Foundation. We have had a significant number of scholarships and bursaries to bring Aboriginal people into the health workforce since 2005.

**Senator Martin:** Congratulations on this very important initiative. I want to follow on what my colleagues have said. My question relates to the federal framework that is articulated in all of the different responsibilities of the entity and how this may be executed. We have such regional differences, and statistics show that there are higher rates in some regions, and it ranges and differs depending on the at-risk groups.

I am curious about how the regional differences will be considered and captured in the design of this federal framework and the types of conversations that have taken place. Could you give us maybe a few key points on that?

**Mr. Albrecht:** I am not qualified to comment on the differences or how the agencies would address them. I want to go back to what I said earlier. The federal framework will provide the repository of best practices and statistics, and it will be up to the individual jurisdictions to develop a contextualized approach to suicide prevention that best suits their area.

As I said in my opening remarks, the Waterloo Region Suicide Prevention Council has a model that works for that region, but whether that could be replicated by other parts of country is open to question. If those ideas were centrally located so that groups in Manitoba, British Columbia or Nunavut could access them, there would be a good chance to contextualize, take the modules from the framework and implement them. It is possible that the group charged with creating the framework would come up with regional issues to help more specifically. I do not want to go down that road and speculate on what the framework will look like. I hope that is helpful.

**Senator Martin:** It is. Thank you.

**The Chair:** Senator Eggleton has a clarification.

**Senator Eggleton:** I actually have a couple more questions.

Ms. Langlois, you mentioned the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy. I believe it started in 2005 and was renewed in 2010, but still we see that suicide is the leading cause of death amongst young Aboriginals. What has this program accomplished? What can you tell us about what it has done?

**Ms. Langlois:** I think that is a very important question, and there are a couple of things at play here. Number one is the state of our data. The data we are using tends to be fairly old, and we are doing a lot of work to try to get much more relevant data. For example, we are hoping to drill down into that data from the

nouveau nom de la Fondation nationale des réalisations autochtones. Nous avons donné un grand nombre de bourses d'études et de perfectionnement aux Autochtones depuis 2005 afin de les inciter à travailler dans le domaine de la santé.

**Le sénateur Martin :** Félicitations pour cette initiative importante. Je veux donner suite à ce que mes collègues ont dit. Ma question porte sur le cadre fédéral qui est défini dans toutes les différentes responsabilités de l'entité et sur la façon dont il pourrait être mis à exécution. Il y a un si grand écart entre les régions, et les statistiques révèlent qu'il y a des taux plus élevés dans certaines régions. Ces taux varient selon les groupes à risque.

Je me demande comment les différences régionales seront prises en compte lors de l'élaboration de ce cadre fédéral, et quels types de conversations ont eu lieu à ce sujet. Pourriez-vous mentionner quelques-uns des principaux points?

**M. Albrecht :** Je ne suis pas qualifié pour me prononcer sur les différences qui existent et sur la façon dont les organismes en tiendraient compte. Je veux revenir sur ce que j'ai dit auparavant. Le cadre fédéral fournira un répertoire des meilleures pratiques et des statistiques, et il incombera aux administrations de mettre au point une approche contextualisée en matière de prévention du suicide qui convient le mieux à leur région.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, le conseil de prévention du suicide de la région de Waterloo a un modèle qui fonctionne pour cette région, mais nous ne savons pas s'il fonctionnerait dans d'autres parties du pays. Si ces idées étaient centralisées afin que des groupes au Manitoba, en Colombie-Britannique ou au Nunavut puissent y accéder, il y aurait une bonne chance de les contextualiser, d'enlever les modules du cadre et de les mettre en œuvre. Il est possible que le groupe chargé de créer le cadre trouve des solutions locales afin de cibler davantage l'aide. Je ne veux pas m'aventurer dans cette voie et avancer des hypothèses sur l'apparence qu'aura le cadre. J'espère que ce que je viens de dire est utile.

**Le sénateur Martin :** Oui, ce l'est. Merci.

**Le président :** Le sénateur Eggleton a une précision à apporter.

**Le sénateur Eggleton :** En réalité, j'ai quelques autres questions à poser.

Madame Langlois, vous avez mentionné la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Je crois qu'elle a commencé en 2005 et qu'elle a été renouvelée en 2010, mais le suicide est encore la principale cause de décès chez les jeunes Autochtones. Qu'est-ce que ce programme a accompli? Qu'est-ce que vous pouvez nous dire sur ce que le programme a fait?

**Mme Langlois :** Je pense que c'est une question très importante et qu'il y a plusieurs facteurs en jeu ici. Le premier est l'état des données. Les données que nous utilisons sont généralement assez vieilles et nous travaillons très fort pour tenter d'obtenir des données beaucoup plus pertinentes. Par exemple, nous espérons

First Nations Regional Longitudinal Health Survey for 2008-10 to get more relevant statistics.

I am giving you very old data when I give those numbers. The data actually predates the introduction of your suicide prevention strategy, but it is the best data we have. Some of the challenges we have in the Aboriginal context are that some provinces and territories do not have Aboriginal identifiers. The one province that does is British Columbia. We are challenged in getting statistics for Aboriginal identifiers, so we have work to do in figuring out high populations where Inuit or Aboriginals are residents. This is a new strategy we are using, and hopefully we will get new data soon to be able to track what the impact has been.

Second, I want to comment that addressing suicide is something that, while you can see immediate impacts in a community to stop attempts and completions in an immediate way, in terms of national statistics, they gloss over hot spots where perhaps the rate is not four times the mainstream population; it might be 20 or 50 times. You can deal with those. However, on a grand scale, to bring that rate down will take sustained effort over a long period of time to address the conditions, building those protective factors that are needed in communities, so that youth feel that they have self-esteem, feel engaged and have a plan for their future as opposed to many of the precipitating factors for suicide being in existence in communities.

You have to work at both. These are things that take a longer time. We are in this for the long haul.

**Senator Eggleton:** I am surprised that the federal government, as it has prime responsibility for Aboriginal people, would not have a better handle on the statistical analysis of the situation.

Can you give me any anecdotal information as to any evidence that this money, the \$65-million five-year strategy that started in 2005 and now is \$75 million over five years, is paying dividends for the money that is put into it?

**Ms. Langlois:** We are working at increasing protective factors, which are things like resilience of children, problem-solving skills and reducing risk factors like substance abuse, criminal justice encounters and breakdown of cultural values. When I talk about these 150 community-based suicide prevention projects, some of them are reporting local impacts around decreasing youth delinquency. Therefore, as a result of these 150 projects, there is decreased youth involvement with the law, decreased use of substances, increase in youth participation in school and community and improvements in youth leadership skills. We also see the capacity for mental health workers, as I have discussed, to detect, prevent and intervene in cases where suicides might be in the offing. For example, there is higher recognition of

pouvoir creuser dans les données de l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations de 2008-2010 afin d'obtenir des statistiques plus pertinentes.

Les statistiques que je cite sont très anciennes. Elles sont antérieures à la mise en place de votre stratégie de prévention du suicide, mais ce sont les meilleures données que nous possédons. Un des problèmes que nous éprouvons est que certaines provinces et certains territoires n'ont pas d'identificateurs autochtones. En fait, la seule province qui en a est la Colombie-Britannique. Nous avons de la difficulté à obtenir des statistiques pour les identificateurs autochtones. Nous avons donc du travail à faire afin de déterminer les endroits densément peuplés où il y a des habitants inuits ou autochtones. La stratégie que nous utilisons est nouvelle, et nous espérons obtenir bientôt des nouvelles données afin de déterminer les répercussions qu'elle a eues.

J'aimerais également dire que lorsqu'on s'attaque au problème du suicide, cela pourrait avoir des effets immédiats dans la communauté sur le nombre de tentatives de suicide et de suicide. Cependant, les statistiques nationales ne tiennent pas compte des endroits où le taux de tentatives de suicide ou de suicide n'est pas 4 fois plus élevé que celui de la population générale, mais 20 fois plus élevé ou même 50 fois plus élevé. On peut se pencher sur ces endroits. Toutefois, sur une grande échelle, il faudra des efforts soutenus pendant une longue période de temps pour réduire ce taux, ce qui demandera une amélioration des conditions; la mise en place de facteurs de protection dans les communautés afin que les jeunes aient une meilleure estime de soi, se sentent concernés et aient des projets pour leur avenir; et l'élimination d'un grand nombre des facteurs qui peuvent pousser les habitants d'une communauté à se suicider.

Vous devez travailler sur les deux fronts. Ce sont des choses qui prennent plus de temps. Nous nous sommes engagés à long terme.

**Le sénateur Eggleton :** Je suis surprise que le gouvernement fédéral, qui est le principal responsable des Autochtones, n'ait pas une meilleure idée de l'analyse statistique de la situation.

Pouvez-vous me donner des preuves que cette stratégie quinquennale de 65 millions de dollars qui a commencé en 2005 et dans laquelle nous avons maintenant investi 75 millions de dollars sur cinq ans, rapporte des dividendes et n'est pas une perte d'argent?

**Mme Langlois :** Nous cherchons à consolider les facteurs de protection, tels que la résilience des enfants et les aptitudes à résoudre un problème, et à réduire les facteurs de risque comme la toxicomanie, les démêlés avec le système de justice pénale et l'effondrement des valeurs culturelles. Certains de ces 150 projets communautaires de prévention du suicide ont permis de réduire la délinquance juvénile dans des localités. Par conséquent, grâce à ces 150 projets, les jeunes ont moins de démêlés avec la loi, consomment moins de substances, participent davantage aux activités scolaires et communautaires et améliorent leurs compétences en leadership. Comme je l'ai mentionné, nous croyons également que les travailleurs en santé mentale ont la capacité de détecter et de prévenir les tentatives de suicide et



suicidal behaviour in communities now. Communities are talking about having to work on their protective factors and address the risk factors, which is not a conversation that we have had previously. It is interesting to see communities talking about it in this way.

We have also seen increased crisis response protocols in communities by communities reaching out to other jurisdictions. For example, engaging the RCMP to engage with youth to provide positive role models and beginning to move forward in that way. We do see the improvements in the protective factors and a reduction in the risk factors in very challenging circumstances, as I am sure you can appreciate.

**Senator Eggleton:** Has there been any independent evaluation of the program to this point?

**Ms. Langlois:** The program is subject to an evaluation and has been part of one where we have recently had an evaluation completed. Basically, it is an evaluation saying things like the program is relevant to the needs of the community; it is highly valued by the communities; and they are increasingly participating in them.

**Senator Eggleton:** Is that available? Can we get a copy?

**Ms. Langlois:** All the evaluations are ultimately posted online, along with the management response and action plan.

**Senator Eggleton:** Perhaps you can provide a copy to the clerk.

**Ms. Langlois:** I will provide you with a copy when it is public.

**Senator Eggleton:** Mr. Albrecht, a few moments ago you referred to a depository of information, and you said that programs on suicide prevention would be worked out on a community level. This is more of an information gathering and dissemination than a national strategy on prevention.

**Mr. Albrecht:** To answer the question, I think the strategy would come from the group charged with that responsibility. I think the key part of that strategy would involve having good statistics and best practices available to be shared across the country.

**Senator Eggleton:** What would you see as the ongoing federal role in this?

**Mr. Albrecht:** The one that you just mentioned, the updating of statistics on a regular basis and re-evaluating the actual success of the best practices as they are defined.

**Senator Eggleton:** Thank you.

d'intervenir dans de telles situations. Par exemple, les communautés reconnaissent maintenant davantage les comportements suicidaires. Elles parlent des moyens de renforcer leurs facteurs de protection et d'aborder les facteurs de risque. Ce ne sont pas des conversations que nous avons auparavant. Il est intéressant de voir les communautés en parler de cette façon.

Nous avons également observé une augmentation des protocoles d'intervention en cas de crise mis en place par des communautés pour aider d'autres administrations. Par exemple, faire appel à la GRC pour qu'elle travaille auprès des jeunes et qu'elle leur fournisse des modèles positifs afin qu'ils puissent commencer à aller de l'avant. Nous constatons les améliorations qui ont été apportées aux facteurs de protection et une réduction des facteurs de risque dans des circonstances très difficiles, comme vous le comprenez sûrement.

**Le sénateur Eggleton :** Y a-t-il eu une évaluation indépendante de ce programme?

**Mme Langlois :** Le programme fait l'objet d'une évaluation, et il a fait partie d'un autre programme qui a récemment été assujéti à une évaluation. C'est essentiellement une évaluation qui révèle que le programme répond aux besoins des communautés, qu'il est très apprécié par elles et que les communautés y participent de plus en plus.

**Le sénateur Eggleton :** Est-ce que cette évaluation est disponible? Pouvons-nous en obtenir une copie?

**Mme Langlois :** Toutes les évaluations finissent par être publiées en ligne avec la réponse et le plan d'action de la direction.

**Le sénateur Eggleton :** Vous pouvez peut-être en fournir une copie au greffier.

**Mme Langlois :** Je vous en fournirai une quand l'évaluation sera publiée.

**Le sénateur Eggleton :** M. Albrecht, il y a quelques instants, vous avez parlé d'un répertoire de renseignements, et vous avez affirmé que les programmes sur la prévention du suicide seraient élaborés dans les communautés. C'est davantage une collecte et une diffusion d'information qu'une stratégie nationale de prévention.

**M. Albrecht :** Pour répondre à la question, je crois que la stratégie viendrait du groupe chargé de cette responsabilité. Je pense que l'élément clé de la stratégie serait d'avoir de bonnes statistiques et de meilleures pratiques qui pourraient être diffusées dans l'ensemble du pays.

**Le sénateur Eggleton :** Quel serait le rôle du gouvernement fédéral à cet égard?

**M. Albrecht :** Celui que vous venez de mentionner, c'est-à-dire la mise à jour régulière des statistiques et la réévaluation de la réussite des meilleures pratiques existantes.

**Le sénateur Eggleton :** Merci.

**The Chair:** Mr. Albrecht, in fact, listening to the last interventions and the response particularly to Senator Eggleton's questions suggests, again, the reason for your bill in terms of taking the information that is being developed and putting it together in an overall strategy.

As well, I think we are anxious to hear from the very groups you indicated that we want to hear from today. Thanks to our questioning here, I think, we, as a committee, would like to now hear from those particular groups.

**Mr. Albrecht:** May I make a few more comments?

**The Chair:** Yes, go ahead.

**Mr. Albrecht:** I referenced briefly in my opening remarks that it is a public health issue, and we need to recognize that this is a problem all of us have ownership of. Government will never solve this problem. Each of us has the responsibility of being aware of our co-workers and their challenges and struggles and being open to listening and offering to find the help that they need, if we are not in a position to give that help. Whether it is coaches coaching minor hockey or minor ball, or whether it is teachers and co-workers, they are people that could be better trained to recognize the warning signals.

Finally, there are three topics that twiggged my interest over the last number of months as I studied this. The first is the importance of having the conversation. I think the fact that we are actually having this conversation is almost as important as the legislation itself — having people be willing to talk about it.

I attended a seminar at which Dr. David Goldbloom spoke, and he made an interesting comment on mental health. He said one of the best protective factors for improving mental health is for families to have a meal together. I thought what a simple solution, not that it will solve all the problems, but it is a part that is maybe too often overlooked.

Finally, we should not overlook the spiritual dimension of suicide prevention. Too often we look at the psychological, social or biological factors, but, to our peril, we ignore the spiritual dimension, and I want to encourage us not to ignore that.

**The Chair:** Thank you. Ms. Israel, would you like to take us through the highlights of the document that you provided to us?

**Ms. Israel:** I recognize others are here and will provide their perspectives, but perhaps I can talk about a couple of things.

One of the things I think are important is that despite understanding who is at risk — there are those in society who are at higher risk for suicide — there is at the same time insufficient understanding of why certain people with those risk factors may be at higher risk to commit suicide and, in fact, even how these risk factors may fit together.

**Le président :** M. Albrecht, les dernières interventions et les réponses, surtout aux questions du sénateur Eggleton, montrent de nouveau que votre projet de loi vise à prendre les renseignements établis et à les intégrer dans une stratégie globale.

De plus, je pense que nous avons tous très hâte d'entendre ce qu'ont à dire les témoins que nous accueillons aujourd'hui. Grâce aux questions que nous avons posées, je pense que le comité aimerait entendre l'avis de ces groupes-là.

**M. Albrecht :** Puis-je faire quelques observations supplémentaires?

**Le président :** Allez-y.

**M. Albrecht :** J'ai mentionné en passant dans mon introduction que c'est un problème de santé publique; il faut le reconnaître et le prendre tous en main. Ce n'est pas le gouvernement qui réglera le problème. Nous avons tous la responsabilité d'être conscients des difficultés qu'éprouvent nos collègues et d'être disposés à les écouter et les aider à trouver l'aide dont ils ont besoin, si on n'est pas en mesure de les aider nous-même. N'importe qui, un entraîneur de hockey ou de baseball mineur, un enseignant ou un collègue, doit être en mesure de pouvoir reconnaître les signes avant-coureurs.

Enfin, il y a trois thèmes qui ont retenu mon attention lorsque je faisais des recherches ces derniers mois. Le premier est l'importance d'en parler. Je pense que le fait même de parler de la question, le fait que les gens sont prêts à en parler, est pratiquement aussi important que le projet de loi.

Le Dr David Goldbloom a fait une observation intéressante sur la santé mentale lors d'un séminaire auquel j'ai assisté. Il a dit qu'une des meilleures façons de protéger et d'améliorer la santé mentale est de prendre régulièrement un repas en famille. Quelle solution simple; elle ne règle pas tous les problèmes, mais peut-être qu'on ne prend pas toujours le temps d'y penser.

Enfin, n'oublions pas le rôle de la spiritualité dans la prévention du suicide. Nous pensons souvent aux facteurs psychologiques, sociaux et biologiques, mais nous oublions souvent la dimension spirituelle, à notre grand détriment; j'aimerais nous rappeler d'y penser.

**Le président :** Merci. Madame Israel, auriez-vous l'obligeance de nous donner un aperçu des points saillants du document que vous avez distribué?

**Mme Israel :** Je reconnais que d'autres témoins voudraient donner leurs opinions, mais j'aimerais d'abord aborder quelques questions.

En plus de comprendre qui est à risque — qui dans la société présente un risque élevé de suicide — il est important de chercher à mieux comprendre pourquoi certaines personnes affichant certains facteurs de risque présentent un risque plus élevé de suicide et même la relation entre les divers facteurs de risque.

Among the encouraging things that have taken place in recent years is the creation of the Mental Health Commission. That has provided a focal point for bringing greater discussion to bear on some of these issues.

At the Public Health Agency of Canada, we understand, as Ms. Langlois has said, that one of the most important things is building resilience and the importance of relationships. I cannot overemphasize that enough.

We have about \$27 million that the agency is investing now in nine mental health projects and suicide prevention projects across the country. There are 250 communities involved now. What I love about those projects is that we are learning from the community what works, for whom and under what conditions.

[*Translation*]

In French, I would add that the innovation strategy for funding is helping to create and strengthen community partnerships and enhance the knowledge and skills of children, adolescents and parents. It is beginning to influence current practices in a number of jurisdictions.

[*English*]

For the Public Health Agency of Canada, there is a core to our work: the importance of surveillance, the importance of data, that we work within provinces and other jurisdictions at what works, that we do not reinvent wheels and that we take whatever aspects of the IT age and ensure that we are working on knowledge dissemination. Regardless of where you are, whether you are a public health professional, a teacher or a community worker, you understand that you have a role to play in understanding how important it is to communicate, to talk, not to be fearful and not to be scared. This is the core to the work of the Public Health Agency of Canada.

**The Chair:** Thank you all very much. I am sure you will be interested in the next witnesses to appear before us. Of course, Mr. Albrecht, we invite you to stay around, if you can.

I welcome our next witnesses, whom I will identify as I invite them to present. I will start with Alisa Simon, Vice President, Counselling Services and Program, Kids Help Phone. Would you please make your presentation.

**Alisa Simon, Vice President, Counselling Services and Program, Kids Help Phone:** Hello. I am with Kids Help Phone. I am pleased today to present in support of Bill C-300. I will not read the remarks I gave you because I do not have enough time, so I will just try to hit on some highlights.

For those of you who do not know, since 1989, Kids Help Phone has been Canada's only national phone counselling service for young people, supporting their mental health and well-being.

La création de la Commission de la santé mentale est une des initiatives encourageantes à avoir été réalisées ces dernières années. La commission sert de point de convergence pour le débat sur certaines de ces questions.

À l'Agence de la santé publique du Canada, nous comprenons, comme l'a dit Mme Langlois, que le renforcement de la résilience et des relations est de toute importance. Je ne saurais trop insister sur ce point.

L'agence a maintenant un budget de 27 millions de dollars, qu'elle investit dans neuf projets sur la santé mentale et projets de prévention du suicide dans l'ensemble du pays. En tout, 250 localités y participent. Ce qui est merveilleux avec ce type de projet, c'est que chaque localité est en mesure de nous dire quelles initiatives ont porté fruit, pour qui et dans quelles conditions.

[*Français*]

En français, je voudrais ajouter que la stratégie de l'innovation des contributions permet de créer et de renforcer les partenariats communautaires, d'améliorer les connaissances et les compétences des enfants, des adolescents et des parents. Elle commence à exercer une influence sur les pratiques qui ont cours dans plusieurs juridictions.

[*Traduction*]

À l'Agence de la santé publique du Canada, notre reconnaissance avant tout l'importance de la surveillance et des données, la nécessité de mettre en œuvre des projets utiles dans les provinces et autres territoires, et la nécessité de ne pas réinventer la roue, de tenir compte de divers aspects des TI et de veiller à ce que l'information acquise soit diffusée. Il est important que tout le monde, que ce soit un professionnel de la santé publique, un enseignant un ou travailleur communautaire, comprenne qu'il a un rôle à jouer, reconnaisse l'importance de la communication, de la discussion et du courage. Voilà qui touche au cœur du travail l'Agence de la santé publique du Canada.

**Le président :** Merci beaucoup à tous. Je suis sûr que vous serez tous intéressés d'entendre les prochains témoins. Bien sûr, Monsieur Albrecht, nous vous invitons à rester si vous le pouvez.

Je souhaite la bienvenue aux prochains témoins, que je nommerai avant de les inviter à faire leur exposé. Je commencerai par Alisa Simon, vice-présidente des services et programmes cliniques pour Jeunesse, J'écoute. Veuillez faire votre exposé.

**Alisa Simon, vice-présidente des services et programmes cliniques, Jeunesse, J'écoute :** Bonjour. Je représente Jeunesse, J'écoute. Il me fait plaisir d'intervenir aujourd'hui en faveur du projet de loi C-300. Faute de temps, je ne lirai pas le document que je vous ai distribué; je tenterais néanmoins de vous donner un aperçu de ses points saillants.

Pour ceux qui ne le savent pas, depuis 1989, Jeunesse, J'écoute est le seul organisme à offrir un service de counselling téléphonique pour jeunes, favorisant leur santé mentale et leur

We have three ways to reach a professional counsellor: via phone; an online web posting service, where a young person receives a personalized response from a counsellor; and just this year via live chat, which is an IM instant message chat with a counsellor.

Since our inception, we have provided our services to millions of young people 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year, from urban, rural and remote communities, from every walk of life and in both official languages. Our professional counsellors are there when other services and supports are not there, when young people are between appointments, when services are not available where they live or when they are just too scared to reach out for help. We hear from kids every day who are experiencing the loneliness of depression, the paralyzing fear of anxiety, who are feeling the pressure to succeed and to compete, and all too often we hear from kids directly who have lost all hope and who are considering self-harm or suicide.

In 2011, young people reached out to our professional counsellors 5,000 times a week, and approximately 20 per cent of those contacts were related to mental health or drug and alcohol use or abuse, and 5 per cent were directly related to suicide.

We make the submission in part today because we want to provide the standing committee with the real words of young people. One thing I think is critical in any discussion that relates to the health and well-being of young people is to have their voices and experiences heard, so I am here to try to help do that today.

I have given you some examples of posts that young people have submitted to us, in their own words, about what is happening in their lives. From a male, aged 14: "I wonder why I'm even alive 'cause I know I won't be successful or do anything good."

From a female, aged 13:

I've been having alot of strong suicidal feelings recently. i dont know why . . . my grandpas in the hospital . . . i just dont know what to do . . . the only thing keeping me alive right now is that my friends would be really sad if I committed suicide. even so, sometimes i forget about them and i just feel like killing myself. I've attempted suicide twice. Once overdosing on tylenol, which didn't work and again trying to strangle myself. I still have bruises from that. I need help. I dont want to die."

There are many more examples of posts in the information that you have from boys and girls around Canada who are telling us that they are desperate for help and support.

I want to talk a bit about what we believe are some of the ways we can make inroads on this issue. One is we need to address the gap in young people's understanding of mental health. We have seen in recent years that young people who call us or contact us in another way are increasingly using the language of mental health

bien-être. Il y a trois façons de rejoindre un intervenant professionnel : par téléphone, au moyen d'un formulaire électronique que les jeunes remplissent pour recevoir une réponse personnalisée, et à compter de cette année, en clavardant en direct avec un intervenant.

Depuis notre création, nous offrons en tout temps des services à des millions de jeunes personnes des régions rurales, urbaines et éloignées, de tous les horizons, dans les deux langues officielles. Nos intervenants professionnels sont là pour eux lorsque les autres services à leur disposition laissent à désirer ou encore lorsqu'ils n'ont aucune structure de soutien, quand leur prochain rendez-vous n'est pas avant quelques jours, quand aucune aide n'est disponible dans leur localité ou quand ils ont simplement trop peur de demander de l'aide. Les jeunes qui nous appellent souffrent de dépression, sont paralysés par l'anxiété, sont poussés trop forts pour réussir et gagner; parfois, ils ont tout simplement perdu tout espoir et envisagent de se blesser ou de se suicider.

En 2011, les jeunes faisaient appel aux services de nos intervenants 5 000 fois par semaine; dans environ 20 p. 100 des cas, il était question de santé mentale ou de consommation, excessive ou non, de drogues ou d'alcool et dans 5 p. 100 des cas, il était directement question de suicide.

Si nous comparaissons devant le comité aujourd'hui, c'est pour qu'il entende ce que nous disent les jeunes qui appellent. À mon avis, dans toute discussion sur la santé et le bien-être des jeunes, il est de toute importance d'écouter ce qu'ils disent et de comprendre ce qu'ils vivent; c'est ce que j'espère accomplir aujourd'hui.

J'ai inclus certaines transcriptions d'appels pour vous donner une idée de ce que nous disent les jeunes. Un jeune homme de 14 ans a dit : « Je me demande même pourquoi je suis en vie puisque je ne vais jamais réussir ou accomplir quoi que ce soit. »

Une jeune femme de 13 ans nous a dit ceci :

J'ai de fortes pensées suicidaires ces jours-ci. Je ne sais pas pourquoi... Mon grand-père est à l'hôpital... Je ne sais plus quoi faire... La seule chose qui me garde en vie, c'est d'imaginer combien mes amis seraient tristes si je me suicidais. Même à ça, il m'arrive de les oublier et de vouloir me tuer. J'ai fait deux tentatives de suicide. La première fois, j'ai pris une surdose de Tylenol, mais ça n'a pas marché; la deuxième fois, j'ai essayé de m'étrangler. J'ai encore des bleus au cou. J'ai besoin d'aide. Je ne veux pas mourir.

Figurent dans le document fourni maints autres exemples de messages que nous envoient les jeunes Canadiens et Canadiennes lorsqu'ils ont désespérément besoin d'aide et de soutien.

J'aimerais maintenant parler des façons de commencer à faire des progrès dans le dossier. Avant tout, il faut améliorer la compréhension qu'ont les jeunes de la santé mentale. Depuis quelques années, les jeunes qui nous appellent sont de plus en plus nombreux à employer des termes précis et à parler de santé

and illness and mental ill-health and disorder in part because of important work being done around increasing mental health literacy and awareness.

However, unfortunately, we are finding — and we did a survey in 2010 with 1,400 responses from kids around Canada — that while a large number of them understood mental health and a lot of words and concepts used, half of them said they would not seek help because they did not want to feel socially rejected or misunderstood, they had a fear of being a burden, they did not want their concerns minimized and they felt they could not trust the people around them.

We have to be committed to reducing stigma related to mental health, but we also have to be committed to reducing stigma related to help-seeking and to helping young people identify both the internal and the external resources and supports available to them and to demystify the formal help-seeking that we know so many young people need.

In my submission, I get into the importance of hope. I think it is very important, but I will leave it to you to read.

I will now talk about a few things we think are critical in continuing to look at this issue. One is the importance of providing anonymity and confidentiality to young people. Kids Help Phone has been able to demonstrate that the primary reason young people contact us — in fact, 75 per cent of youth who were part of an evaluation of our live chat service — 75 per cent said the reason they contacted us was because they knew that it was safe because it was anonymous and confidential. In fact, young people are telling us through live chat that it feels more anonymous because even their voice cannot be heard, so we are seeing the number of young people turning to us for suicide-related concerns as well as for serious self-harm and mental health concerns going up. We have more contacts related to those issues through live chat than through our phone.

Another thing that is really important to understand is around the fact that there are multiple perspectives, that Canada is home to a diverse community of people from different social strata and cultural, racial and ethnic backgrounds, and some of these groups may hold different understandings of self-harm, suicide, grief and loss and may have their own traditions and beliefs about how to build a protective community, as well as methods in prevention and response to tragic losses. We have to listen to this myriad of ideas, thoughts and social identities.

We also have to understand that suicide and self-harm are complex issues that are difficult to talk about in five minutes and that affect personal relationships, individual and community health, and societies. We must also realize that only through consultative and collaborative efforts will we be able to give a voice to young people, parents, community organizations and governments and really have lasting change.

mentale et de troubles de la santé mentale, en partie grâce aux efforts importants consentis pour conscientiser les gens au sujet de la santé mentale.

Cela dit, malheureusement — comme l'illustre un sondage effectué en 2010 auprès de 1 400 jeunes dans l'ensemble du Canada — même si les jeunes comprennent généralement la santé mentale et emploient des mots et termes désignant des concepts précis, la moitié d'entre eux ont affirmé qu'ils ne demanderaient pas de l'aide parce qu'ils ne voulaient pas être rejetés ou incompris par leurs amis, qu'ils ne voulaient pas être un fardeau, qu'ils ne voulaient pas que leurs soucis soient minimisés et qu'ils ne faisaient pas confiance aux gens dans leur entourage.

Il faut réduire la stigmatisation associée à la santé mentale, mais il faut également réduire la stigmatisation entourant le fait même de demander de l'aide, aider les jeunes à mieux connaître les ressources internes et externes à leur disposition et démystifier les structures de soutien officielles dont tant de jeunes ont besoin.

Dans mon exposé, je parle de l'importance de l'espoir. Je pense que c'est très important, mais je vous laisserai lire le document au lieu de vous en parler.

J'aimerais maintenant aborder certaines questions que j'estime essentielles dans le dossier. Tout d'abord, l'anonymat et la confidentialité des jeunes est de toute importance. Jeunesse, J'écoute, a réussi à démontrer que si les jeunes nous appellent, c'est parce qu'ils peuvent le faire en toute sécurité, de façon anonyme et confidentielle — c'est ce que nous ont dit les trois quarts des jeunes qui ont participé à une évaluation de notre service de clavardage en direct. D'ailleurs, les jeunes nous ont dit que le service de clavardage est encore plus anonyme parce qu'on ne peut pas entendre leur voix; ainsi, de plus en plus de jeunes font appel à nous pour parler de suicide, d'automutilation et de santé mentale. Nous recevons même un plus grand nombre de demandes ce clavardage en direct que d'appels téléphoniques.

Aussi, il est extrêmement important de comprendre qu'il y a de nombreuses perspectives différentes au Canada, que le pays est composé de gens ayant des antécédents sociaux, culturels, raciaux et ethniques divers, que certains de ces groupes ont une compréhension différente de l'automutilation, du suicide, du deuil et de la perte et qu'ils ont leurs propres traditions et croyances sur la façon d'établir une communauté protectrice, de prévenir les pertes tragiques et de composer avec celles-ci. Il faut être réceptif à ces nombreuses perspectives, pensées et identités sociales différentes.

Il faut également comprendre que le suicide et l'automutilation sont des sujets complexes difficiles à cerner en quelques minutes; ces problèmes touchent les relations personnelles, la santé individuelle et communautaire et la société en général. Il faut aussi accepter que seules la consultation et la collaboration pourront donner une voix aux jeunes, aux parents, aux organisations communautaires et aux gouvernements et produire des changements durables.

We also know that young people are at a loss for what to do. A wide spectrum of behaviours comes under this umbrella of suicide. We have self-injurious suicide behaviour, suicidal ideation. Many different things must be addressed if we are to develop a strategy that will support young people in Canada.

As I said earlier, they have to have a voice. The research has shown that no one has their finger on the pulse better in terms of what they need than young people themselves, but young people also need adult allies, and so effective policy has to be grounded in the recognition that young people are the experts in their own lives and that adult allies are there to provide the tools, structures and resources needed to accomplish change.

Another piece of information that Kids Help Phone would like to put on the table in this discussion is that social inequity is important to recognize when talking about this. We know that different forms of oppression, racism, homophobia and sexism create a qualitatively different experience for young people in Canada. While some suicide prevention strategies can be overarching, it is also important to ensure that with different experiences come potentially different needs and methods to address these needs.

Globally, suicide is highest among low-income people in developed countries, and as we talked about earlier, in Canada, suicide is nine times higher among First Nations youth than among non-First Nations youth, and LGBTQ young people are at greater risk. We just finished an evaluation of our phone service at Kids Help Phone and found that 10 per cent of our calls are from First Nations, Aboriginal or Metis-identified young people. LGBTQ youth made up 16 per cent of our calls, which was tremendous to us. We did not know, because we are anonymous and confidential, that those were the types of numbers we were getting from those particular populations. However, we need to recognize that a national strategy must represent the needs and voices of these special populations, in addition to low-income young people, people of colour and others.

Another piece I want to touch on is the important role that the press plays in either suicide prevention or promotion. There was an article in *The Globe and Mail* this week talking about this. As suicide continues to affect people across the country, it is admirable that the media is addressing the topic; however, in their zeal to raise awareness, the media often misses the fact that extensive, graphic and emphatic coverage of suicide is counterproductive because young people read this. In the aftermath of the suicide of Amanda Todd in British Columbia, Kids Help Phone has received quite a few calls from young people who have stated that they are considering suicide because they know that is the way you make bullying stop. We have to get the

Nous savons également que les jeunes sont complètement désemparés. Une vaste gamme de comportements entre en ligne de compte. Il y a l'automutilation et l'idéation suicidaire. Il faut tenir compte de nombreux facteurs dans l'élaboration d'une stratégie qui aidera les jeunes au Canada.

Comme je l'ai dit plus tôt, il faut que les jeunes aient une voix. La recherche nous dit que les jeunes sont vraiment les seuls à comprendre leurs propres besoins, mais les jeunes ont également besoin d'alliés adultes, c'est pourquoi toute politique efficace doit reposer sur la reconnaissance que les jeunes connaissent mieux que quiconque leur propre vie et que leurs alliés adultes sont là pour leur donner les outils, le soutien et les ressources dont ils ont besoin pour changer les choses.

Jeunesse, J'écoute, aimerait également souligner que, lorsqu'on discute de cette question, il est important de tenir compte des inégalités sociales. Nous savons que, à divers degrés, l'oppression, le racisme, l'homophobie et le sexisme touchent la qualité des expériences des jeunes au Canada. Bien que certaines stratégies de prévention du suicide soient de portée générale, il est important de se souvenir que les besoins sont souvent différents en fonction des expériences vécues, et qu'il faut trouver des moyens d'y répondre.

Généralement, dans les pays développés, le suicide est plus courant chez les gens à faible revenu, et comme nous l'avons dit plus tôt, au Canada, l'incidence du suicide est neuf fois plus élevée chez les jeunes des Premières nations que chez les jeunes non issus des Premières nations, et les membres en bas âge de la communauté LGBTQ présentent également un risque plus élevé. Une récente évaluation des services téléphoniques offerts par Jeunesse, J'écoute, révèle que 10 p. 100 de nos appels viennent de jeunes Autochtones, Métis ou issus des Premières nations. Les jeunes s'identifiant comme étant membres de la communauté LGBTQ représentaient 16 p. 100 des appels, proportion selon nous frappante. Étant donné le caractère anonyme et confidentiel des services offerts, nous ignorions qu'une si grande part des appels était attribuable à cette communauté. Quoiqu'il en soit, il faut reconnaître qu'une stratégie nationale doit représenter les besoins et les voix de ces populations particulières, en plus de ceux des jeunes issus de familles à faible revenu, des minorités visibles et autres.

J'aimerais également parler du rôle important de la presse dans la prévention ou la promotion du suicide. Le *Globe and Mail* a publié un article à ce sujet cette semaine. Le suicide continue de toucher la vie des Canadiens de l'ensemble du pays, et il est admirable que les médias s'attaquent à la question. Cependant, dans leur zèle à vouloir conscientiser la population à la question, les médias oublient parfois que la publication à répétition d'articles approfondis et explicites est contreproductive, puisque les jeunes les lisent. Dans la foulée du suicide d'Amanda Todd en Colombie-Britannique, Jeunesse, J'écoute a reçu un bon nombre d'appels de jeunes affirmant envisager le suicide parce qu'ils savaient que c'était une façon de mettre fin à l'intimidation. Il faut

media to understand that there is one reporting method that has been shown to have a dramatic and immediate reductive effect on suicide, and there is information in my submission about it.

In Austria they engaged in safe reporting, and within five years of implementing the guidelines, the number of Austrians who died by suicide dropped significantly.

Finally, I want to also talk about the fact that cross-disciplinary collaboration is needed. We need to get people together, as I said, young people and adult allies; but we also need people from prevention, from public health, mental health experts, educators to come together so we can provide a continuum of care that really wraps around the needs of young people in Canada. We do not want to continue to provide treatment in silos and to put suicide off as one problem that we have to deal with as opposed to all of the supports that young people in Canada really need.

In conclusion, Kids Help Phone is pleased that the Senate is looking to develop a national suicide strategy. We recognize that any strategy moving forward to address suicide must be premised upon the experiences and realities of young people. We are committed to supporting the future development and implementation of national strategies, policies and programs through our access to young people and their lived experiences, and we hope that a national strategy will take into account the importance of developing new services and supports for young people and their families while also supporting those services that already exist and that have research to demonstrate that they are having an impact.

Every day we help young people learn that when they feel helpless and hopeless they have to reach out, that there are places where they will be accepted for who they are, no matter what their issue is or their state of mind. It is the responsibility of all of us as adults to ensure that every young person in Canada has a safe place to turn for help. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much. I will now turn to Mr. Upshall, National Executive Director, of Mood Disorders Society of Canada, please.

**Philip Upshall, National Executive Director, Mood Disorders Society of Canada:** Thank you, honourable senators for the opportunity to speak with you, although much more briefly than I had anticipated when I saw the full hour allocated to me, but I will try to keep it as short as I can.

I have had the privilege of appearing before this committee in its various configurations since the days of Senator Kirby and Senator LeBreton. It is a pleasure to see Senator Cordy here, one of the last remainders, I guess, of the early days. It has been a real treat to have the opportunity to see how this committee has managed to bring to the attention of the Canadian public the

faire comprendre aux médias qu'il y a un type de reportage qui a un effet dissuasif immédiat et marquant sur les jeunes qui présentent un risque de suicide; j'en parle dans mon mémoire.

En Australie, des lignes directrices sur la couverture responsable du suicide ont été adoptées; cinq ans plus tard, le taux de suicide a considérablement baissé dans ce pays.

Enfin, il faut également parler de la nécessité d'une collaboration accrue entre les diverses sphères de compétence. Il faut réunir les gens, comme les jeunes et leurs alliés adultes, mais il faut également que les professionnels des domaines de la prévention, de la santé publique, de la santé mentale et du milieu de l'enseignement se réunissent afin d'offrir un continuum de soins qui répond réellement aux besoins des jeunes au Canada. Nous ne voulons plus offrir des traitements en vase clos et continuer à voir le suicide comme un problème à régler; nous préférons mettre l'accent sur toutes les mesures de soutien dont les jeunes au Canada ont vraiment besoin.

En conclusion, Jeunesse, J'écoute est heureuse que le Sénat envisage de mettre au point une stratégie nationale de prévention du suicide. Nous considérons que toute stratégie en ce sens doit s'appuyer sur les expériences et la réalité que vivent les jeunes. Nous sommes résolus à collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies, politiques et programmes nationaux dans le contexte où nous avons accès aux jeunes et savons ce qu'ils vivent, et nous espérons qu'une stratégie nationale tiendra compte de l'importance de créer de nouveaux services ainsi que des formes de soutien des jeunes et de leurs familles tout en appuyant les services qui existent déjà et dont l'utilité est démontrée par la recherche.

Nous aidons quotidiennement des jeunes à comprendre que, quand ils se sentent désespérés et impuissants, ils doivent demander de l'aide, qu'il existe des endroits où ils seront acceptés comme ils sont, peu importe quel est leur problème ou leur état d'esprit. C'est notre responsabilité à tous, en tant qu'adultes, de veiller à ce que tous les jeunes au Canada aient un endroit sûr où ils peuvent aller pour demander de l'aide. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à M. Upshall, directeur exécutif de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

**M. Philip Upshall, directeur exécutif national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada :** Honorables sénateurs, merci de me donner la possibilité de discuter avec vous, bien que le temps qui m'est accordé soit beaucoup plus court que je le croyais au moment où j'ai vu qu'une heure entière m'était allouée. J'essaierai d'être aussi bref que possible.

J'ai eu le privilège de témoigner devant votre comité, dans ses diverses incarnations depuis l'époque du sénateur Kirby et du sénateur LeBreton. C'est un plaisir de voir ici le sénateur Cordy. Je pense que c'est l'une des dernières représentantes de la première époque. Ce fut un réel bonheur de suivre les travaux du comité et de voir à quel point il a réussi à attirer l'attention de la population

issue of mental health and mental illness. It is wonderful that you are taking the time today as well.

I wear many hats. I am a survivor of suicide myself. I am the executive director of the Mood Disorders Society of Canada. I am the special adviser to the CEO of the Mental Health Commission of Canada. I am an adjunct professor at Dalhousie University in the psychiatry department, although they will not let me do any operations. I have been the executive director of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, I and managed Mental Health Awareness Week, and I have also had the opportunity to manage the Canadian Collaborative Mental Health Initiative, a primary health care transition fund activity that allowed us to redo the primary health care system in a way that permitted us to use psychiatric services much more effectively.

I have had the privilege, finally, of working with Kathy Langlois and the FNIHB group very closely through our jointly funded Building Bridges activities with our Aboriginal partners.

I will not get into the statistics; I have a little more to say. I apologize for not providing anything in writing, but I had the chance to spend my time this weekend with my grandchildren, and while you guys are really important, they are too.

My friend, when I first started to understand suicide, had committed suicide by cancer. He wrote a set of poems under the title *The Hanging Tree*. It will take me one minute to read this. He says:

Outside of Port Arthur there was a famous tree called The Last Stop because that's where the Finns hanged themselves. It seems that almost every week someone was hanging there from his neck. They were considerate, you know. If somebody was missing, you knew where to look for them first. It was much more difficult to go to the forest and find the pieces of those who had shot themselves. Wild animals often got there first. But when you know one is hanging from a tree branch, this isn't such a problem. Life was so rough — unemployment, hunger, churning in the stomach, lonely men, not even enough money to go home. You can see why they would choose to kill themselves. When you are a foreigner, your life isn't worth a damn and soon you start to believe it too.

The sentiments that are expressed by my departed friend are all too frequently expressed to me through my various roles, and particularly through Mood Disorders Society of Canada.

canadienne sur la question de la santé mentale et des maladies mentales. C'est merveilleux que vous preniez le temps, encore aujourd'hui, de travailler sur ces questions.

Je suis ici à plusieurs titres. Je suis moi-même survivant d'une tentative de suicide. Je suis le directeur exécutif de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Je suis le conseiller spécial de la PDG de la Commission de la santé mentale du Canada. Je suis professeur adjoint au département de psychiatrie de l'Université Dalhousie, bien que l'université ne me permette pas de faire d'intervention. Je suis directeur général de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, et j'ai dirigé la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales. On m'a aussi confié la direction de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, une activité organisée grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires qui nous a permis de réorganiser le système de soins de santé primaires de manière à ce que les services psychiatriques soient utilisés beaucoup plus efficacement.

Enfin, j'ai eu le privilège de travailler de très près avec Kathy Langlois et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dans le cadre des activités de *Building Bridges*, une initiative financée conjointement avec nos partenaires autochtones.

Je vais laisser tomber les statistiques, mais j'ai encore quelques observations à formuler. Je suis désolé de n'avoir rien présenté par écrit, mais j'ai eu la chance de passer du temps avec mes petits-enfants en fin de semaine. Ce comité est très important pour moi, mais ils le sont aussi.

Quand j'ai commencé à comprendre le suicide, mon ami venait de se suicider par le cancer. Il a écrit une série de poèmes sous le titre *The Hanging Tree*. Je vais prendre une minute pour vous lire ceci :

Près de Port Arthur se trouvait un arbre bien connu qu'on appelait Le dernier arrêt, parce que c'était là que les Finlandais allaient se pendre. Il semble que, presque chaque semaine, quelqu'un était trouvé là, pendu par le cou. Les gens étaient prévenants, vous savez. Si quelqu'un était porté disparu, on savait où regarder d'abord. Il était beaucoup plus difficile d'aller dans la forêt et de retrouver les morceaux de ceux qui s'étaient tués par balle. Les animaux sauvages les trouvaient souvent en premier. Toutefois, quand quelqu'un pend de la branche d'un arbre, ce problème n'est pas aussi grave. La vie était tellement dure — chômage, faim, désespoir, solitude et même pas d'argent pour retourner chez soi. On comprend pourquoi ces gens choisissaient de se tuer. Dans les yeux des autres, la vie d'un étranger n'a aucune valeur, et l'étranger finit par le croire lui-même.

J'entends trop souvent moi-même les sentiments exprimés par mon ami disparu, dans les différentes fonctions que j'occupe, surtout au sein de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.



When I first came to Ottawa to start advocacy on behalf of mental illness, I was surprised to learn that mental illness issues and generally mental health issues were not considered to be part of the federal responsibility. Ministers Rock and McLellan at the time suggested that I retreat to the provinces and that the provinces were responsible for delivering mental health services, particularly for people with mental illnesses, and that under the Canada Health Act, which if I could read I would understand, would be everything.

I did read it and I disagreed with them. Over time, the federal government came to agree that mental illnesses required the attention of the federal government. As a result, with the help of Senator Kirby and others, and with the help of a woman by the name of Dr. Paula Stewart, who happened to be with the chronic disease surveillance branch of Health Canada, we started to pull statistics together. Dr. Stewart and I wrote, along with a large group of advisers, *A Report on Mental Illness in Canada*.

As we moved through that document and the preparation of the data that was contained in it — it was the first compilation of data that was undertaken at the federal level — we got a number of communications from Health Canadian saying that this will not be a Health Canada document. They said we were on our own with this. We ended up preparing it through the surveillance department, but I ended up selling the advertising on the back of the report on mental illness in order to get 10,000 of these reports published.

In 2006 this document was redone by our group, and at that time it became an official Health Canada document and Minister Clement kindly gave us a letter of support.

I am getting signals that I should put my mind to Bill C-300.

**The Chair:** In the few minutes that remain.

**Mr. Upshall:** The Mood Disorder Society of Canada and everyone I talk to support the intent of Bill C-300. It is wonderful to see the unanimous collaboration of the Senate and the House of Commons in such a marvellous undertaking.

Because the bill will not be a funded bill, we understand we will have the opportunity to discuss with the federal government and Health Canada in future time how this process works out. Our concern is that we not develop any more silos. Our concern is that suicide is certainly a very important topic and there should be a strategy associated with the undertaking of its reduction. However, that strategy, we feel, should be part of our attack on mental illnesses generally, particularly given the fact that the majority of suicides are related to depression.

Quand je suis arrivé à Ottawa pour commencer mon travail de défense des droits dans le cadre de la maladie mentale, j'ai été surpris d'apprendre que les questions de maladie mentale, et de santé mentale en général, n'étaient pas considérées comme un champ relevant de la compétence fédérale. Les ministres Rock et McLellan, à l'époque, m'avaient suggéré de me tourner vers les provinces parce que c'était elles qui étaient responsables de la prestation des services en santé mentale, surtout pour les personnes aux prises avec la maladie mentale. Ils m'ont dit que, si je lisais la Loi canadienne sur la santé, je comprendrais, parce que tout était là.

Je l'ai lue, et je n'étais pas d'accord avec eux. Avec le temps, le gouvernement fédéral en est venu à admettre qu'il devait s'intéresser aux maladies mentales. Ainsi, avec l'aide du sénateur Kirby et d'autres, et avec la collaboration du Dr Paula Stewart, qui est rattachée à la direction de la surveillance des maladies chroniques à Santé Canada, j'ai commencé à compiler les statistiques. Le Dr Stewart et moi, avec l'aide d'un vaste groupe de conseillers, avons rédigé le *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.

Tandis que nous préparions ce document et compilions les données sur lesquelles il reposait — c'était la première compilation de données entreprise à l'échelle fédérale —, nous avons reçu un certain nombre de communiqués de Santé Canada nous disant qu'il ne s'agirait pas d'un document du ministère. On nous disait que nous en étions les seuls responsables. Nous avons fini par le rédiger avec l'aide du service chargé de la surveillance, mais j'ai fini par vendre la publicité au dos du Rapport sur la santé mentale pour que ce dernier puisse être publié en 10 000 exemplaires.

En 2006, ce document a été révisé par notre groupe et, cette fois, c'est devenu un document officiel de Santé Canada, et le ministre Clement nous a aimablement fourni une lettre d'appui.

On me fait signe que je devrais aborder la question du projet de loi C-300.

**Le président :** Dans les quelques minutes qui restent.

**M. Upshall :** La Société pour les troubles de l'humeur du Canada, et tous ceux avec qui j'en discute, appuient l'intention du projet de loi C-300. C'est merveilleux de voir le Sénat et la Chambre des communes collaborer à une entreprise aussi formidable.

Comme le projet de loi n'est pas financé, nous comprenons que nous pourrions plus tard discuter avec le gouvernement fédéral et Santé Canada pour déterminer comment se déroulera le processus. Ce que nous voulons surtout, c'est éviter de créer encore des cellules travaillant isolément. Nous croyons que le suicide est certainement un sujet très important et qu'il faut qu'il fasse l'objet d'une stratégie en vue de la réduction du phénomène. Toutefois, nous croyons que cette stratégie devrait être un élément de notre façon d'aborder les maladies mentales en général, surtout que la majorité des suicides sont liés à la dépression.

We acknowledge that suicide is preventable by knowledge, care and compassion, but we also know that the person with suicidal ideation needs to have hope. Mr. Albrecht mentioned that, as have others. We think that is an essential element of any attempt to reduce the number of suicides.

We also really need to advocate for better access to primary health care services for people with mental health problems, generally, and who may be thinking of suicide. Access is incredibly difficult, and if you have issues at the emergency ward, the wait time for people showing up with mental illnesses are compounded by the triaging process that the Canadian Association of Emergency Physicians has developed. We ask you to consider that.

One key thing for the Mood Disorders Society of Canada is the fact that peer support is absolutely, in our view, on the same level as medication and psychological assistance. Peer support is mentioned time and time again as the thing that brings people back from the edge. Peer support is something spoken about in Fred Doucette's book, *Empty Casing*, who is of the army. Colonel Stéphane Grenier, whom many of you know from the Canadian Armed Forces and PTSD issues, talks about peer support as the thing that saved him as well.

We are happy with the bill and we will support it. I am happy to answer questions because I know I am over time. I would like to reinforce the fact that there must be collaboration here.

To add one more thing, the federal government in its last budget committed \$5 million to the development of the Canadian Depression Research and Intervention Network. That \$5 million is being managed through the Mood Disorders Society of Canada. The instruction given by the federal government was to structure, with the help of Canada's mental health researchers, of whom we now have over 140 enlisted, and develop a depression research network to focus on suicide and PTSD.

We are doing and finishing up the Health Canada contribution agreements now. We will be moving into an active phase early in the New Year. Coincident with that we will be working with the CMA to develop a continuing medical education program for doctors on PTSD, which follows the one we have done on stigma and mental illness.

I want to point out that Minister Aglukkaq, in her comments about the structuring of the Canadian depression initiative network, said the \$5-million investment was to develop a national network of patient-focused depression research and intervention centres. The issue now is patient-centredness: putting

Nous reconnaissons que le suicide peut être prévenu si les suicidaires sont informés et bénéficient de soins et de compassion, mais nous savons également qu'il faut que ces gens aient de l'espoir. M. Albrecht l'a mentionné, et d'autres aussi. Nous croyons que c'est un élément essentiel de toute tentative de réduction du nombre de suicides.

Nous devons aussi réellement chercher à assurer un meilleur accès aux services de soins primaires pour les gens ayant des problèmes de santé mentale en général, qui peuvent penser au suicide. Il est incroyablement difficile d'avoir accès à ces services. Si l'on croit avoir des problèmes d'accès aux soins d'urgence, pensez que le temps d'attente pour les gens ayant une maladie mentale est plus long encore en raison du processus de tri mis au point par l'Association canadienne des médecins d'urgence. Nous vous demandons d'en tenir compte.

Le soutien par les pairs est, à notre avis, absolument aussi important que la médication et l'aide psychologique. C'est l'un des éléments clés pour la Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Le soutien par les pairs est très souvent mentionné comme étant le facteur permettant de faire reculer les personnes qui sont au bord du gouffre. *Empty Casing*, le livre de Fred Doucette, un militaire, traite du soutien des pairs. Le colonel Stéphane Grenier, des Forces armées canadiennes, que beaucoup d'entre vous connaissez en tant que porte-parole sur la question du stress post-traumatique, dit aussi que le soutien de ses pairs est ce qui l'a sauvé.

Nous aimons ce projet de loi et nous l'appuierons. Je serai heureux de pouvoir répondre à vos questions, parce que je sais que j'ai dépassé mon temps. Je me permets d'insister sur le fait qu'il faut faire preuve de collaboration ici.

J'ajoute une dernière chose. Le gouvernement fédéral, dans son dernier budget, a prévu 5 millions de dollars pour la création d'un réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression. C'est la Société pour les troubles de l'humeur qui est responsable de la gestion de ces 5 millions de dollars. Le gouvernement fédéral nous a donné pour instructions de structurer et de mettre au point un réseau de recherche sur la dépression axé sur le suicide et l'état de stress post-traumatique, ou l'ESPT, avec l'aide des chercheurs en santé mentale du Canada, dont plus de 140 se sont maintenant manifestés.

Nous arrivons à la fin des accords de contribution de Santé Canada et nous terminons le travail entrepris dans ce contexte. Nous passerons à la phase de réalisation au début de 2013. Nous travaillerons en même temps avec l'AMC à la mise au point d'un programme d'éducation continue en santé sur la question de l'ESPT à l'intention des médecins. Nous avons déjà réalisé un tel programme sur la stigmatisation et la maladie mentale.

Je signale que la ministre Aglukkaq a fait savoir, dans ses observations concernant la structure du réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression, que l'investissement de 5 millions de dollars visait à mettre sur pied un réseau national de centres de recherche et d'intervention sur la

the patient at the forefront, the person whose issues are most impacted by research, and allowing them to be engaged in the process at the very beginning.

**Senator Eggleton:** Thank you for being here. Both of you have used the phrase “national strategy.” This document is called a “framework,” so I am not sure whether your thoughts about what a national strategy should be would necessarily be covered by the bill. We applaud, as you do, the intent of Mr. Albrecht and this bill. However, there may be a question of whether it goes far enough.

What would you like to see as a federal role in terms of suicide prevention?

**Ms. Simon:** That is a very good question. A few things come to mind. As I said in my remarks, I think there needs to be a bringing together of all of the different parties, including young people. That is the perspective that I am speaking from. Too often, whether it is the federal or provincial government, we make rules and strategies and laws that impact the lives of young people without bringing them to the table to find out what will actually be effective.

We certainly need much better and more up-to-date statistics to understand what is happening if we have to rely on data that is as old as we are. That is a challenge to being able to see whether or not any of the things we are working on actually have an impact if we have to wait five or ten years to get good data.

The reality is there is not enough funding now for mental health services and supports. It is always one of these interesting things when you talk about young people, particularly in adolescence. One of the characteristics of that age group is that they do not have a lot of patience. However, we ask young people, who are sometimes in serious distress, to wait often months and months to get in to see someone about a mental health challenge they are having. In the meantime, what often ends up happening is that challenge escalates. We do not have enough services or supports that can help support young people before they are even in need of a traditional mental health service. All of those things need additional resources from the federal government.

From a Kids Help Phone perspective, I would say the services currently available need more services and supports. We are working in a model now where everybody in Canada would like to put our name on every piece of outreach material they could and get us into every school. We would like that as well, but we also have to be sure that we will be able to answer that call within 40 seconds, that we will be able to get back to the young person who sends a web post within 72 hours. That takes support.

dépression axé sur les patients. Nous cherchons maintenant à nous concentrer sur les patients. Nous devons mettre le patient à l'avant-plan, car c'est cette personne qui doit bénéficier le plus de la recherche, et nous devons lui permettre de participer au processus dès le début.

**Le sénateur Eggleton :** Je vous remercie d'être venu nous rencontrer. Vous avez tous les deux parlé de « stratégie nationale ». Or, ce document traite d'un « cadre fédéral ». Par conséquent, je ne suis pas sûr si votre conception d'une stratégie nationale sera nécessairement bien servie par ce projet de loi. Comme vous, nous appuyons l'intention de M. Albrecht et du projet de loi. On peut cependant se demander s'il va assez loin.

Quel serait, selon vous, le rôle que le fédéral devrait assumer en matière de prévention du suicide?

**Mme Simon :** C'est une très bonne question. Certaines choses nous viennent à l'esprit. Comme je l'ai dit dans mon intervention, je pense qu'il faudrait réunir toutes les parties intéressées, y compris les jeunes. C'est le point de vue que j'adopte. Trop souvent, les gouvernements, fédéral ou provinciaux, établissent des règles, des stratégies et des lois qui ont des répercussions sur la vie des jeunes, et ce, sans jamais consulter ces jeunes pour déterminer qu'est-ce qui serait réellement efficace.

Nous avons certainement besoin de statistiques plus précises et plus récentes pour comprendre ce qui se passe, au lieu d'avoir à nous fier aux données disponibles, qui sont désuètes. Si nous devons attendre de cinq à dix ans avant d'avoir de bonnes données, cela devient complexe de déterminer si les travaux que nous faisons sont vraiment utiles.

La vérité, c'est qu'il n'y pas assez de financement, actuellement, pour le soutien et les services en santé mentale. C'est toujours un élément intéressant qui ressort des discussions avec les jeunes, surtout les adolescents. L'une des caractéristiques de ce groupe d'âge, c'est le manque de patience. Pourtant, nous demandons souvent aux jeunes, qui sont parfois en détresse, d'attendre plusieurs mois avant qu'ils puissent voir quelqu'un qui s'occupera d'un problème de santé mentale dont ils souffrent. Entre-temps, il arrive souvent que leur problème empire. Nous n'avons pas assez de services ou de soutien à offrir aux jeunes avant même qu'ils en arrivent à un stade où ils ont besoin des services classiques offerts en santé mentale. Il faudrait que le gouvernement fédéral fournisse des ressources supplémentaires sur tous ces plans.

Du point de vue de Jeunesse, J'écoute, je dirais que les services actuellement accessibles auraient besoin de plus de soutien. Dans l'état actuel des choses, tout le monde au Canada aimerait inscrire notre nom sur tous les documents de sensibilisation et diffuser le tout dans toutes les écoles. Nous aimerions bien qu'il en soit ainsi, mais nous devons aussi nous assurer que nous pourrions répondre aux appels dans un délai de 40 secondes et que nous pourrions répondre aux messages envoyés par Internet dans les 72 heures. Il nous faut de l'aide pour cela.

When we look at agencies like Kids Help Phone, where government support is less than 10 per cent, there is a role for the federal government to support us and others that are doing work where evaluation has shown we are providing real service and are having an impact.

**Mr. Upshall:** “Strategy,” for us, at the federal level would be a useful word to use. We probably look at it as a strategy that would supplement the mental health strategy that the Mental Health Commission recently announced and that included discussions about suicide.

The strategies we like to see at the federal level are ones that collaborate with the provinces and local and regional communities, particularly with regard to suicide, and doing the work that the federal level does best, which is developing data sets, bringing people together, determining best practices, and knowledge translation. What is shocking is that there is so much really good stuff going on in Nova Scotia, in the Yukon and in British Columbia, and we do not get that information passed back and forth well enough, if at all.

We need to develop that kind of knowledge exchange capacity, and I think that is part of the strategy. The federal government is moving forward. As you know, Statistics Canada has the mental health survey out now. New data sources are coming forward as we speak.

**Senator Eggleton:** On this question of developing strategies, the United Nations, in 1996, provided some guidelines on this. Do you have any thoughts on how instructive those guidelines could be in developing whatever plans come under this bill?

**Mr. Upshall:** I just finished talking to Dr. Michelle Funk, the head of the World Health Organization’s mental health side of things. They have developed a mental health strategy as well. They have just gone through the second draft. They have done some other very good stuff on mental health disabilities.

The problem is always the same: The ideas and the philosophy are wonderful, but if you are not going to fund it or give people the tools they need to move a strategy forward, you might as well not do a strategy. Her own department, which used to have 12 people, as of January will be down to her, and she is struggling to find money.

The United Nations and the World Health Organization are wonderful places. If you are looking for other sources, the National Mental Health Commission of Australia recently released its report card on the mental health strategy and suicide prevention. They linked the mental health strategy and suicide prevention together. I have just made copies of the report,

Il existe d’autres organismes comme Jeunesse, J’écoute. Ils sont tous financés dans une proportion de moins de 10 p. 100 par le gouvernement. Le gouvernement fédéral pourrait les appuyer davantage lorsque des évaluations prouvent qu’ils fournissent un véritable service et ont un effet bénéfique.

**M. Upshall :** Pour nous, il serait utile que le gouvernement fédéral utilise le mot « stratégie ». Nous imaginons probablement une stratégie qui compléterait la Stratégie en matière de santé mentale annoncée récemment par la Commission de la santé mentale, et qui prévoirait la tenue de discussions sur le suicide.

Les stratégies que nous aimons voir de la part du gouvernement fédéral doivent être réalisées en collaboration avec les provinces et les communautés locales et régionales, surtout en ce qui a trait au suicide, et doivent permettre d’effectuer le travail que le fédéral fait le mieux, soit compiler des données, constituer des équipes, déterminer quelles sont les meilleures pratiques et veiller au transfert des connaissances. Il est choquant de voir qu’il y a tellement de bonnes choses qui se font en Nouvelle-Écosse, au Yukon et en Colombie-Britannique, et que nous ne pouvons pas faire en sorte que toutes les connaissances ainsi acquises soient transmises efficacement, si tant est qu’elles sont transmises.

Nous devons créer cette capacité de transmettre le savoir, et je pense que cela fait partie de la stratégie. Le gouvernement fédéral fait des choses. Comme vous le savez, Statistique Canada a maintenant publié les résultats de son étude sur la santé mentale. De nouvelles sources de données sont maintenant offertes.

**Le sénateur Eggleton :** Sur la question de l’élaboration de stratégies, en 1996, les Nations Unies ont présenté quelques lignes directrices à ce sujet. Avez-vous une idée de l’utilité de ces lignes directrices pour ceux qui auraient à concevoir des plans dans le cadre de cette mesure?

**M. Upshall :** Je viens d’avoir une conversation avec le Dr Michelle Funk, qui dirige la section de l’Organisation mondiale de la santé qui s’occupe des questions de santé mentale. L’OMS a aussi mis au point une stratégie sur la santé mentale. Elle vient de terminer sa deuxième version provisoire. Elle a aussi réalisé d’autres travaux très utiles sur les troubles en santé mentale.

Le problème est toujours le même. Il existe des idées et des principes merveilleux, mais si vous n’accordez pas de financement et que vous ne donnez pas aux gens les outils qu’il leur faut pour réaliser la stratégie, il ne sert à rien de concevoir une stratégie. Son propre service, qui comptait 12 personnes, n’en comptera plus qu’une à partir de janvier. Elle sera seule, et elle lutte pour trouver de l’argent.

Les Nations Unies et l’Organisation mondiale de la santé sont des organisations formidables. Je peux vous parler d’autres sources. La commission nationale de la santé mentale de l’Australie a publié récemment son évaluation de la stratégie en matière de santé mentale et de prévention du suicide. Dans ce pays, on n’a fait qu’un avec la stratégie en matière de santé

which I will leave with the clerk. It is an eye-opener as well, and a lot of it has to do with opening up the discussion and funding the right activities.

**Senator Eggleton:** We can learn a lot from other countries, then?

**Mr. Upshall:** Yes, particularly from Australia. We can learn a lot from British Columbia, too, in terms of its suicide prevention strategy.

**Senator Eggleton:** Does Ms. Simon have some comments?

**Ms. Simon:** I would echo looking to Australia as a place that is really doing some incredible work related to suicide and to mental health. We visited Australia about a year and a half ago, related to some of our mental health supports we offer at Kids Help Phone, and they are ahead of us in many ways in relation to this work.

**Senator Eggleton:** Let me ask one more question about something that gets talked about a fair bit, although we have not talked about it in this context, and that is the social determinants of health. For example, home anchors a person; it gives them an opportunity to be able to get on with life, either in the workforce or at school or whatever. There are other conditions of isolation and poverty. All these things can lead to greater depression and distress, which of course can then lead to suicide.

Should the social determinants of health be a part of whatever framework or strategy is developed here?

**Ms. Simon:** I would say that you can never ignore the social determinants of health, and we do that at our own peril. If we want to develop a framework or strategy that will be meaningful and where we will see an impact, then we have to take into account the social determinants of health. I talked about this in my presentation, that people come with qualitatively different experiences, and it is important to recognize those, whether it is because of poverty, ethnic identity or gender identity. We have to recognize those, because it is only by recognizing those that we can start to have an impact in developing prevention and post-prevention strategies that will be meaningful.

**Mr. Upshall:** I would agree. The problem with bringing the determinants of health into the discussion is cost. The determinants of health should be there. However, if you quantify them and say we need billions of dollars for a program, it puts us so far beyond the ability of government to move quickly, or move at all, that we exclude ourselves from the discussion. If I could find a way to advocate for mental illness treatments and access, and include the issues of lack of a home, lack of a job, and lack of hope, and if I could quantify it, I would.

mentale et la prévention du suicide. J'ai fait des copies du rapport. Je les laisserai au greffier. Ce document aussi fait prendre conscience de bien des choses. Il traite aussi beaucoup de la nécessité d'élargir la discussion et de financer les bonnes activités.

**Le sénateur Eggleton :** Ainsi vous croyez qu'il y a beaucoup à apprendre des autres pays?

**M. Upshall :** Oui, et surtout de l'Australie. Nous avons aussi beaucoup à apprendre de la Colombie-Britannique. Sa stratégie de prévention du suicide est intéressante.

**Le sénateur Eggleton :** Mme Simon aurait-elle des observations à faire?

**Mme Simon :** Je voudrais dire, moi aussi, qu'il se fait du travail incroyable en Australie dans la prévention du suicide et la santé mentale. Nous nous sommes rendus en Australie il y a environ un an et demi, pour parler là-bas de l'aide que nous offrons en matière de santé mentale, au moyen de notre ligne téléphonique Jeunesse, J'écoute. Nous avons pu constater que les Australiens sont en avance sur nous à bien des égards, dans ce domaine.

**Le sénateur Eggleton :** Permettez-moi de vous poser encore une question sur un sujet qui suscite passablement de discussions, bien que nous n'en ayons pas encore parlé dans le présent contexte. Il s'agit des déterminants sociaux de la santé. Par exemple, le foyer d'une personne est un gage de stabilité dans sa vie. C'est ce qui lui donne la possibilité de mener une vie normale, de travailler, d'aller à l'école, et ainsi de suite. À l'inverse, l'isolement et la pauvreté causent la dépression et la détresse et peuvent entraîner le suicide.

Les déterminants sociaux de la santé devraient-ils faire partie du cadre ou de la stratégie que l'on essaiera d'élaborer?

**Mme Simon :** Je vous dirais qu'on ne peut jamais ignorer les déterminants sociaux de la santé. Si nous le faisons, c'est à nos risques et périls. Si nous voulons élaborer un cadre ou une stratégie utile, susceptible de donner des résultats, nous devons tenir compte des déterminants sociaux de la santé. J'en ai parlé dans mon exposé. J'ai dit que les gens avaient un vécu qualitativement différent d'une personne à l'autre. Il est important d'être conscient de ces différences, qui peuvent être attribuables à la pauvreté, à l'identité ethnique ou à l'identité sexuelle. Nous devons en être conscients parce que c'est seulement ainsi que nous arriverons à élaborer des stratégies efficaces de prévention et de traitement.

**M. Upshall :** Je suis d'accord. Toutefois, si l'on fait intervenir les déterminants de la santé dans la discussion actuelle, on se retrouve avec un problème de coût. Les déterminants de la santé sont importants, mais si on les quantifie et on demande des milliards de dollars pour un programme, on dépasse de loin les moyens dont dispose le gouvernement pour agir à brève échéance, voire plus tard, ce qui fait qu'on se trouve exclu de la discussion. Si je pouvais trouver un moyen de promouvoir les traitements contre la maladie mentale et l'accès à ces traitements tout en

However, quite frankly, I have to stay within the parameters of what is doable.

James Bartleman, the former Aboriginal Lieutenant-Governor of Ontario, spoke eloquently about the fact that he grew up beside what took him 20 years to find out was a dump, in a large family, with two or three rooms, south of Barrie. His presentation was so powerful that I had to rethink where the priority should be in growing up.

**Senator Munson:** I have a few questions. One is a general question. Thank you so much for being here. I like this bill; I really do.

First, on Kids Help Phone, where are you? Whom do you reach out to? Is it across the country? The reason I ask is because we have statistics in front of us that are quite startling for the difference between them. The Yukon, for example, has a suicide rate of 5.7 out of 100,000; right next door is Nunavut, with a rate of 56.9 out of 100,000; and out of men, 89.1. It is north of 60. I would like to figure out how the outreach works and why the difference between the two.

Mr. Upshall, I will give you an opportunity to think about this question. I do not want to be intrusive while Ms. Simon is answering this question, but I always believe that shared experiences are important. We have spent too much time in the shadows in many facets of life. If you would like to share, perhaps you can tell us what we can learn from you.

You mentioned in your statement that you are a survivor of suicide. What can we learn from you about how you survived? Since this is being broadcast, I think some of your insights would be invaluable as we work toward this framework together here.

**Ms. Simon:** In terms of outreach, there are a few different ways. I talked a lot about the direct services that we provide through our professional counsellors, how a young person can directly connect with a counsellor. We also have what we call indirect services. We have four websites, two for kids and two for teens, two in French and two in English, which have information on over 50 topics that have all been clinically vetted.

We have a knowledge mobilization department within Kids Help Phone that does all the research, looking at the best practices research happening on a topic like depression around the world and then in Canada. That, then, becomes information that goes into our knowledge mobilization system that a

incluant des facteurs comme l'itinérance, le chômage et le désespoir, et si je pouvais quantifier ces facteurs, je le ferais. Cependant, en toute honnêteté, je dois vous dire qu'il me faut demeurer dans les limites de ce qui est faisable.

L'ancien lieutenant-gouverneur de l'Ontario James Bartleman, qui est autochtone, nous a déjà raconté avec éloquence son enfance dans une famille nombreuse, dont la maison ne comptait que deux ou trois chambres à coucher, au sud de Barrie. Il lui a fallu 20 ans pour s'apercevoir que le domicile familial se trouvait à côté d'un dépotoir. Son exposé était si convaincant que j'ai dû repenser la priorité en matière de développement des jeunes générations.

**Le sénateur Munson :** J'ai quelques questions. L'une d'entre elles est d'ordre général. Merci beaucoup d'être venus. J'aime ce projet de loi; je l'aime vraiment.

Premièrement, où en êtes-vous concernant la ligne Jeunesse, J'écoute? Qui réussissez-vous à atteindre par ce moyen? Ce service est-il offert partout au pays? Si je vous pose cette question, c'est que nous avons sous les yeux des statistiques mettant en évidence des différences alarmantes entre les régions. Par exemple, le taux de suicide au Yukon est de 5,7 pour 100 000 habitants. Dans le territoire voisin, au Nunavut, le taux est de 56,9 pour 100 000. Parmi les hommes, il est de 89,1. Ces chiffres concernent le nord du 60<sup>e</sup> parallèle. J'aimerais savoir comment se fait le travail de sensibilisation et pourquoi il y a tant de différence entre les deux endroits.

Monsieur Upshall, je vous donne l'occasion de réfléchir à la question suivante pendant que Mme Simon me répond. Je ne veux pas être indiscret, mais j'ai toujours cru qu'il était important que les gens échangent à propos de leurs expériences. Nous vivons peut-être trop de facettes de nos vies dans l'ombre. Si vous pouviez nous parler un peu de votre expérience, nous en dégageons peut-être des enseignements utiles.

Vous avez indiqué, dans votre déclaration, que vous aviez déjà tenté de vous suicider. Quelle leçon pouvons-nous tirer de ce que vous avez fait pour survivre? Étant donné que la présente réunion est diffusée en direct, je pense que votre point de vue aurait une valeur inestimable, alors que nous tâchons d'élaborer ensemble le cadre souhaité.

**Mme Simon :** Pour ce qui est de la sensibilisation, on s'y prend de diverses manières. J'ai beaucoup parlé des services directs que nous fournissons par l'intermédiaire de nos conseillers professionnels. Un jeune peut communiquer directement avec un conseiller. Nous offrons aussi ce que nous appelons des services indirects. Nous avons quatre sites Web, soit deux pour les enfants et deux pour les adolescents. Deux sites en français et deux sites en anglais. Ils contiennent de l'information vérifiée cliniquement sur plus de 50 sujets.

Au sein de Jeunesse, J'écoute, nous avons un département d'actualisation des connaissances qui s'occupe d'examiner les études sur les pratiques exemplaires qui concernent, par exemple, la dépression et qui sont réalisées au Canada et ailleurs dans le monde. Nous enrichissons ainsi notre système d'actualisation des

counsellor can access so that if they are on a call or they are live chatting with a young person, they can pull it up — and tips, how young people are talking about something. It is also then translated by a youth writer, and with youth engagement, into things on our website.

Our website last year got 5 million page views by young people across Canada. Not only do they get to read the information that, as I said, is written in age-appropriate language — so the kids' website is very different from the teen website — they can read about something like depression or self-harm.

They also can read all of the web posts we get. When a young person sends a web post to us, like the ones that I read, part of their doing that is that that will then be put back up on the website. For every person who sends a web post to us and gets an individualized response, about 50 young people come and view those. Young people will often say that before they want to call us or before they want to post themselves, they want to read what a counsellor says.

In addition, we do direct outreach to youth, mostly through schools. In 2011, we distributed materials through our youth awareness campaign to 14,000 schools and non-profit organizations in Canada. About a million wallet cards and 200,000 pamphlets were given to young people. We do it in every province. We are Canada-wide. Our counsellors are located in Montreal and Toronto, and we are open 24 hours a day to receive calls and do live chats and web posts from every province. One of the challenges is that our counsellors are physically located in two provinces, so much of our mental health outreach has been focused on those two provinces. It is difficult to get a counsellor to Yukon or to Nova Scotia.

Currently, we are piloting a new mental health outreach program over the phone with teachers and their classes in four provinces as a way to figure out how to be there for young people who are not in Ontario and Quebec where our counsellors are located. We receive contacts from across Canada. We have 90 per cent brand recognition among young people, so people know about us. However, when they have a chance to talk in a class setting with one of our counsellors, they ask questions about what it is like to call and who calls. They are more likely to feel comfortable doing that. We have developed this outreach program.

The last thing I would like to say about it is that we have decided to focus our mental health outreach specifically on the issue of seeking help. Many people do mental health literacy, which is important, but we have found that an increase in literacy

connaissances, que nos conseillers peuvent consulter lorsqu'ils communiquent avec un jeune au téléphone ou en clavardant. Ils trouvent dans ce système des conseils sur la manière des jeunes de parler d'un sujet donné. Les connaissances acquises se traduisent en outre par du contenu dans notre site Web préparé par un rédacteur spécialisé dans les écrits adaptés aux jeunes, avec la participation de la jeunesse.

L'année dernière, notre site Web a reçu 5 millions de visites de la part des jeunes du Canada, qui y trouvent de l'information sur des sujets comme la dépression et les actes autodestructeurs. Cette information est présentée sous une forme adaptée à leur âge, comme je l'ai dit. Le site Web pour les enfants est très différent du site Web pour les adolescents.

Les jeunes peuvent aussi lire, dans notre site Web, les commentaires qui nous sont envoyés, comme ceux que j'ai lus. Lorsque les jeunes nous envoient des commentaires par l'intermédiaire de notre site web, ces commentaires y sont diffusés par la suite. Environ 50 personnes visualisent chaque commentaire ainsi que la réponse individualisée envoyée à l'auteur du commentaire. Les jeunes disent souvent qu'avant de nous appeler ou d'envoyer eux-mêmes un commentaire, ils veulent lire ce que dit un conseiller sur la question.

En outre, nous faisons de la sensibilisation directement parmi les jeunes, surtout dans les écoles. En 2011, nous avons distribué environ un million de cartes pour portefeuille et 200 000 dépliants à des jeunes par l'intermédiaire de 14 000 écoles et organismes sans but lucratif du Canada, au cours de notre campagne de sensibilisation de la jeunesse. Notre campagne vise toutes les provinces. Nous œuvrons dans l'ensemble du Canada. Nos conseillers se trouvent à Montréal et Toronto, et nous répondons 24 heures sur 24 aux appels, aux demandes de clavardage et aux commentaires envoyés au moyen de notre site Web, en provenance de toutes les provinces. Cependant, nous sommes limités par la présence physique de nos conseillers dans deux provinces seulement, ce qui fait que nos efforts de sensibilisation dans le domaine de la santé mentale sont concentrés dans ces deux provinces. Il est difficile d'envoyer un conseiller au Yukon ou en Nouvelle-Écosse.

Actuellement, nous mettons à l'essai un nouveau programme téléphonique de sensibilisation en santé mentale, avec des enseignants et leurs classes, dans quatre provinces. Nous essayons ainsi de répondre aux besoins des jeunes hors de l'Ontario et du Québec, où se trouvent nos conseillers. Nous communiquons avec des jeunes de partout au Canada. Les jeunes nous connaissent dans une proportion de 90 p. 100. Cependant, lorsqu'ils ont la chance de parler du sujet à l'école, avec l'un de nos conseillers, ils cherchent à savoir comment se déroulent les appels et qui sont les jeunes qui appellent. Ils sont plus susceptibles de se sentir à l'aise de cette manière. Nous avons élaboré ce programme de sensibilisation.

Enfin, je tiens à préciser, sur cette question, que nous avons décidé de concentrer nos efforts de sensibilisation en santé mentale sur la nécessité de demander de l'aide. Beaucoup de gens s'emploient à diffuser des connaissances sur la santé mentale,

without an understanding that you have to reduce stigma around help-seeking does not get us where we want. The program focuses on getting young people to recognize the resources they have around them and that if they do not have resources around them, Kids Help Phone is always a resource.

In many remote Aboriginal communities there are no resources available, so we become the place that they call. For other areas in Canada, we have the largest resource database for youth-serving programs and supports in Canada. We have 37,000 places to which we refer young people across Canada. In parts of Canada there are no resources, so the resource is: Call us back.

**Senator Munson:** There are no resources available for Aboriginals. I still do not understand that gap in Yukon and in Nunavut. Perhaps you and Mr. Upshall could offer some advice.

**Ms. Simon:** It is not that there are no resources in Aboriginal communities because it depends on the community and urban versus rural versus remote. Certainly, it is not new information that the suicide rate is much higher in remote parts of Canada and among remote Aboriginal populations in Canada than it is in other areas.

The reasons for that would take much longer to explain than the one-minute answer I could give you. It is very complex. Certainly, Kids Help Phone and other agencies that provide services and supports probably need to do a better job to ensure that we are known in rural and remote areas. When we did our phone evaluation, we were shocked to learn that only 9 per cent of our calls are coming from Aboriginal and First Nations young people. We need to do a better job of reaching out to young people that we know are most at risk and ensuring that they recognize they can contact us.

We did a project last year. We went to remote Aboriginal areas in Ontario and showed our materials to young people. We asked, "What do you know about Kids Help Phone?" and "Would you call us?" They said, "No, this does not speak to us at all." We did a contest with young people in Aboriginal communities in remote Ontario. They came up with posters that they felt spoke to them. We then put those posters throughout Ontario. A grant from the Ontario government allowed us to do that. We went out and spoke directly to young people to ask what it is about Kids Help Phone or any other service that is a barrier to their making contact and what would make it easier for them to make contact. Our posters that went out are radically different from anything else we do for the rest of Canada. If we were to do that same work in Quebec, in the Yukon or in all the other provinces, we would

ce qui est important, mais nous avons constaté qu'en savoir davantage n'est pas vraiment utile si les jeunes continuent d'avoir honte de demander de l'aide. Le programme cherche avant tout à aider les jeunes à repérer les ressources dont ils disposent dans leur milieu et à leur apprendre qu'en l'absence de ressources dans leur milieu, ils peuvent toujours avoir recours à la ligne Jeunesse, J'écoute.

Dans beaucoup de collectivités autochtones, il n'y a aucune ressource, alors c'est nous que les jeunes peuvent appeler. Mais, pour ce qui est du reste du pays, nous avons la plus grosse base de données au Canada sur les ressources disponibles sous forme de programmes et d'aide s'adressant aux jeunes. Cette base de données contient 37 000 endroits où nous pouvons envoyer les jeunes, un peu partout au Canada. Dans les parties du territoire où aucune ressource n'est disponible, nous disons aux jeunes de nous appeler.

**Le sénateur Munson :** Il n'y a pas de ressources pour les Autochtones. Je ne comprends toujours pas pourquoi il existe un tel écart entre le Yukon et le Nunavut. Peut-être que vous et M. Upshal pourriez éclairer ma lanterne.

**Mme Simon :** On ne peut pas dire qu'il n'existe aucune ressource pour les Autochtones, mais ça dépend de l'endroit. La situation n'est pas la même dans les régions urbaines que dans les régions rurales et les régions éloignées. Je n'apprendrai certainement rien à personne si je dis que le taux de suicide est beaucoup plus élevé dans les régions éloignées du Canada et parmi les populations autochtones de ces régions que dans d'autres régions.

Si je voulais vous expliquer les raisons de cet écart, il me faudrait beaucoup plus que la minute dont je dispose actuellement pour vous répondre. C'est un problème très complexe. Il est certain que nous devrions mieux faire connaître, dans les régions rurales ou éloignées, la ligne Jeunesse, J'écoute et les autres organismes offrant des services et de l'aide. Lorsque nous avons fait notre évaluation par téléphone, nous avons constaté avec stupéfaction que seulement 9 p. 100 des appels que nous recevons viennent de jeunes Autochtones. Nous devons mieux faire connaître nos services parmi les jeunes manifestement les plus à risque. Nous devons veiller à ce qu'ils sachent qu'ils peuvent communiquer avec nous.

Nous avons réalisé un projet l'année dernière. Nous sommes allés dans des territoires autochtones éloignés, en Ontario, et avons montré aux jeunes notre documentation. Nous leur avons demandé ce qu'ils savaient de la ligne Jeunesse, J'écoute et si cela leur donnait le goût de nous appeler. Ils nous ont répondu qu'ils ne se reconnaissaient pas du tout dans l'information que nous leur avions présentée. Nous avons alors fait un concours parmi les jeunes des territoires autochtones des régions éloignées de l'Ontario, et ils ont imaginé des affiches qui leur paraissaient convaincantes. Nous avons mis ces affiches un peu partout en Ontario avec l'aide d'une subvention du gouvernement ontarien. Nous sommes partis demander aux jeunes Autochtones directement ce qui, dans la ligne Jeunesse, J'écoute ou dans les autres services, constituait un obstacle les empêchant d'y avoir



find that the imaginary, the words and the way in which we talk about our service would need to be changed for all the different populations.

**Mr. Upshall:** I have two comments on the First Nations issues. Mood Disorders Society of Canada is fortunate to have as one of its directors Mr. William Mussel, Chairman of the Native Mental Health Association of Canada in Chilliwack, B.C. He is a highly regarded First Nations mental health and lack-of-mental-wellness expert. We have done a lot of work with Aboriginal communities through our Building Bridges programs.

Some people try to make it a difficult issue; but I am not so sure it is as difficult as we like to make it. So many communities do not have hope. So many children do not have jobs or the appropriate education. There is hardly any cultural competence on high-suicide reserves. There is a lack of First Nations and Aboriginal people to provide the services, so it is always some White guy coming up. It is pretty simple. It can bring up issues around a home, a job and residential schools. While people say it is not generational, it obviously is generational; and we are not dealing with those issues.

One other item in my backpack of issues is that if we truly want to confront them, we could confront the issues. Much of it also requires the attention of the First Nations and Inuit leadership because the issue of hope for the younger generation must be addressed. In rural and remote areas, those issues frequently do not reside in the communities where their parents lived.

It is an easy list to run down, but it is a difficult task to address each of the items on the list. However, the difference in numbers is basically the difference in hope.

**Senator Munson:** On the issue, I talked about shared experiences. I am not sure whether you want to talk about that. I ask the question in the framework of what we see in terms of a new hope and a collaborative approach in Parliament to deal with the personal issues that you have had to deal with.

**Mr. Upshall:** I seldom speak about my issues because I am not a storyteller. Some people are good storytellers, and we use those stories as exemplars of our issues. I prefer to be an advocate and put forward another's story. Having said that, you are entitled to

recours. Nous avons cherché à savoir ce qui vaincrait leur réticence à communiquer avec nous. Nos affiches à leur intention sont radicalement différentes de tout ce que nous diffusons dans le reste du Canada. Si nous faisons le même travail au Québec, au Yukon ou dans les autres provinces, nous nous apercevons que nous devons changer l'imaginaire et les mots que nous employons pour les adapter à chaque population à laquelle nous voulons faire connaître nos services.

**M. Upshall :** J'ai deux observations à faire concernant les problèmes particuliers aux Premières nations. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada a la chance de compter, dans son conseil d'administration, M. William Mussel, président de l'Association autochtone de la santé mentale du Canada, à Chilliwack, en Colombie-Britannique. C'est un expert très réputé de la santé mentale et des difficultés à se sentir bien dans sa peau parmi les Premières nations. Nous avons accompli beaucoup de travail avec les populations autochtones grâce à nos programmes Building Bridges.

Certaines personnes essaient d'en faire une question compliquée, mais je ne suis pas certain qu'elle soit aussi compliquée qu'on voudrait nous le faire croire. Beaucoup de populations autochtones ont perdu espoir. Beaucoup d'enfants souffrent du taux de chômage élevé et du manque d'instruction. La compétence culturelle fait défaut dans les réserves affligées par un taux de suicide élevé. Il manque de personnel autochtone ou issu des Premières nations pour fournir les services, alors il faut toujours faire appel à un Blanc. La question est assez simple. Elle découle des problèmes vécus au foyer, sur le marché du travail et dans les pensionnats autochtones. Contrairement à ce que l'on peut prétendre, ce sont manifestement des problèmes qui se transmettent de génération en génération. On ne s'attaque pas vraiment à ces problèmes.

Voilà un autre problème dans ma liste, et si nous voulions vraiment faire face à ces problèmes, nous en serions capables. Beaucoup nécessitent l'attention des dirigeants des Premières nations et des dirigeants inuits, car il faut s'occuper du manque d'espoir au sein de la jeune génération. Dans les régions rurales ou éloignées, ces problèmes ne proviennent pas du monde dans lequel vivaient les générations précédentes.

La liste est facile à dresser, mais il est difficile de s'occuper de tous les éléments de la liste. Néanmoins, les différences que révèlent les statistiques s'expliquent par le manque d'espoir.

**Le sénateur Munson :** Je vous ai demandé si, dans une perspective d'échange, vous vouliez nous parler de votre expérience. Je ne sais pas si vous le souhaitez. Je vous pose la question parce que votre réponse pourrait nous aider à élaborer au Parlement, grâce à une approche collaborative, un cadre qui ferait naître un espoir nouveau et qui nous aiderait à résoudre des problèmes comme ceux que vous avez vécus personnellement.

**M. Upshall :** Je parle rarement de ces problèmes parce que je ne suis pas un bon conteur. Certaines personnes sont bonnes pour raconter leur expérience, et nous nous servons de leur histoire pour illustrer les problèmes que nous rencontrons. Je préfère m'en

know that my experience comes from being a lawyer, one of the youngest QCs appointed by Mr. Bill Davis, and a community activist in my town, and from being very active in church, the Salvation Army, and, generally speaking, community leadership.

In 1990 I attempted suicide. If you read the stories of people and depression or suicide, you find that it is a much longer process than can be compacted into a few days. There is a pain associated with depression that is beyond belief. There is a sense that it is hard to impart when you are in the manic phase of bipolar disorder. Your powers are, quite frankly, greater than Jesus Christ — you feel so powerful. I had no idea about mental illness when I attempted suicide. I was in a depressive phase of my manic depressive disorder, as we call it, at the time. As it turned out, in my manic phase of that I had taken advantage of my trust account, so I was charged with fraud. During my suicide attempt, which I thought was very well planned, I was discovered, by the greatest of quirks, and taken to the hospital. It took four days, with my significant resistance, to get me back into a life position. I then went on to a psychiatric ward for close to two months. By virtue of the fact that I had so many good friends, I was able to access a psychiatrist right away.

The circumstances in which I found myself are not the normal circumstances. The other circumstance that I had that was my string between homelessness and not homelessness was a known occupation insurance policy that I had. The minute that I was charged, the minute that I was sent off to jail — and I spent time in jail — I was disbarred, but being disbarred prevented me from going back to work as a lawyer and, therefore, I had the insurance policy there.

My experiences are not overly unique, in accordance with Senator Dallaire's issues, and those of others. The one thing that was there for me any time I went through any issues was a friend. Yes, I had excellent medication — I was very heavily medicated for many years. However, there was always a friend and a helping hand.

When I got into the Mood Disorders Society of Canada and the peer support there, that provided the safe place. I am not sure if it was Mr. Albrecht or someone else who mentioned the words "safe places." Safe places are absolutely essential to have for people recovering from mental illness. Peer support groups were safe for me. The colleagues that I work with today are all safe, where I am very safe and I can work very comfortably. My home is the safest place I have ever had, which was not the case in my earlier life.

tenir à mon rôle de porte-parole de la cause et présenter les choses sous un autre angle. Cela dit, vous avez le droit de savoir que j'ai vécu mon expérience en exerçant la profession d'avocat. J'ai été l'un des plus jeunes conseils de la reine nommés par M. Bill Davis et j'ai œuvré dans ma municipalité comme activiste. J'ai aussi été très actif à l'église, à l'Armée du salut et, de manière générale, en tant que chef de file local.

En 1990, j'ai tenté de me suicider. Si vous lisez des descriptions de ce que vivent les personnes qui font des dépressions ou qui se suicident, vous vous apercevrez qu'elles s'enfoncent sur une période qui dure beaucoup plus que quelques jours seulement. La souffrance associée à la dépression est inimaginable. À l'inverse, vous n'avez pas idée de ce qu'on ressent lorsqu'on traverse la phase maniaque d'un trouble bipolaire. À dire vrai, on a l'impression d'être plus fort que Jésus-Christ lui-même. On croit détenir un pouvoir infini. Je ne savais pas du tout ce qu'était la maladie mentale lorsque j'ai tenté de me suicider. Je traversais alors la phase dépressive de mon trouble maniaco-dépressif, comme on l'appelle. Au cours de la phase maniaque, j'avais décidé de me servir dans mon compte en fiducie, alors j'ai été inculpé pour fraude. Par un concours de circonstances des plus bizarres, on m'a surpris en pleine tentative de suicide, alors que je croyais avoir très bien planifié ma mort, et on m'a emmené à l'hôpital. Vu la forte résistance de mon organisme, on est parvenu à me mettre hors de danger après quatre jours de traitement. Puis, je me suis retrouvé à l'unité de psychiatrie pendant près de deux mois. Étant donné que j'avais beaucoup de bons amis, j'ai été suivi tout de suite par un psychiatre.

Les circonstances dans lesquelles je me suis trouvé ne sont pas normales. Si j'ai eu la chance de ne pas sombrer dans l'existence d'un sans-abri, c'est que je bénéficiais d'une police d'assurance contre l'incapacité à exercer ma profession. Dès que je me suis retrouvé en prison, où j'ai passé un certain temps, j'ai été radié du barreau. Par conséquent, ne pouvant plus pratiquer comme avocat, j'ai eu droit à l'argent de l'assurance.

Mes expériences ne sont pas exceptionnelles et se rapprochent de celles qu'ont vécues d'autres personnes, comme le sénateur Dallaire. Il y a une chose sur laquelle j'ai toujours pu compter lorsque j'avais des problèmes : l'amitié d'une personne. Oui, je prenais des médicaments très efficaces — j'ai été sous forte médication pendant des années —, mais j'ai toujours pu compter sur l'aide d'un ami.

Lorsque je les ai découverts, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et le soutien par les pairs qu'on y trouve sont devenus mes refuges. Je ne me rappelle pas si c'est M. Albrecht ou quelqu'un d'autre qui a employé le mot « refuges ». Les refuges sont absolument essentiels pour quiconque se remet d'une maladie mentale. Les groupes de soutien par les pairs étaient un refuge pour moi. Mes collègues actuels forment tous un refuge où je me sens en sécurité et très à l'aise de travailler. Aujourd'hui, ma maison est le refuge le plus sûr que je n'ai jamais eu; ce n'était pas le cas dans ma vie antérieure.

Experience-wise, definitely peer support, definitely friends, friends who understand — I came away from that experience with no friends from the past and moved forward. That is essential for the community to understand that that support is necessary.

**Senator Munson:** I want to say that you are a special person. It is important for us to know this — really to know this — because this is the kind of information we all need. You are a great person.

**The Chair:** Thank you, senator.

**Senator Dyck:** Thank you very much to our witnesses. Ms. Simon, I was struck by your comments when you were talking about the diversity of the youth who attempt to or do die from suicide, and you get 10 per cent of your calls from Aboriginals. However, it sounds as though the services you provide are still in their infancy in terms of reaching Aboriginal youth.

In terms of the bill, then, if it is a federal framework, do you think that framework will take into account the diversity? I am speaking specifically of Aboriginal youth, although there are many other groups that should be looked at as well. Do you think there is enough in the bill that will ensure that the different groups get the attention they deserve? Clearly, there are differences, and the types of services and strategies that we have vary according to the group that we are looking at.

**Ms. Simon:** I cannot say whether I think the bill specifically has enough information about diversity because I am not sure how much would need to be in there to ensure that it was a place holder and that it was going to be addressed. I would say that that is critical if we want to have a framework that will meet the needs of young people in Canada.

Potentially, we do need to add more to the bill to be explicit about the fact that we understand that young people have different experiences and that those different experiences need to be taken into account. I speak for young people, but I would think that is true for all people, particularly, as we were saying, when we know that there are particular populations such as Aboriginal or LGBTQ youth that are at higher risk for suicide. Not enough services are reaching out to those young people. It is probably worth looking at adding some language to ensure that if the bill is passed, the framework does address that.

**Senator Dyck:** With respect to your Kids Help Phone and the other facilities, you said that right now it is based out of Montreal and Toronto. With the phone counsellors that you have, or even those that address web-based or phone questions, do you have a reflection of that diversity in the staff that respond to questions?

**Ms. Simon:** Our staff is very diverse and represents diversity not only in terms of where they are from and the ability to speak both French and English. They also come from all sorts of different helping professions. In order to be a Kids Help Phone

Sur le plan de l'expérience, il y a assurément le soutien par les pairs, assurément les amis, des amis qui comprennent — après ce que j'ai vécu, j'ai perdu mes anciens amis et je suis allé de l'avant. Les gens doivent absolument comprendre que le soutien est essentiel.

**Le sénateur Munson :** Je tiens à dire que vous êtes une personne exceptionnelle. Il faut que nous sachions tout cela, que nous en soyons vraiment conscients, parce qu'il s'agit du genre d'information dont nous avons tous besoin. Vous êtes une personne remarquable.

**Le président :** Merci, sénateur.

**Le sénateur Dyck :** Je remercie sincèrement nos témoins. Madame Simon, j'ai été frappée lorsque vous avez parlé de la diversité des adolescents qui se suicident ou tentent de le faire. Vous avez dit que 10 p. 100 des appels que vous recevez proviennent d'Autochtones. Cependant, j'ai l'impression que vous commencez à peine à faire connaître vos services auprès des jeunes Autochtones.

Passons au projet de loi. S'il mène à l'élaboration d'un cadre fédéral, croyez-vous que celui-ci tiendra compte de la diversité? Je pense précisément aux jeunes Autochtones, mais il faudrait également s'intéresser à beaucoup d'autres groupes. Pensez-vous que le contenu du projet de loi suffira à faire en sorte qu'on accorde aux différents groupes l'attention qu'ils méritent? De toute évidence, ces groupes ne sont pas homogènes, alors les services et les stratégies varient en conséquence.

**Mme Simon :** Je ne saurais dire si le projet de loi contient assez d'information en ce qui concerne la diversité, car j'ignore ce qu'il faudrait y inclure précisément afin d'éviter qu'on oublie ce critère et de garantir qu'il en soit question, ce qui m'apparaît capital si l'on veut que le cadre réponde aux besoins des jeunes au Canada.

Il faut éventuellement étoffer le projet de loi afin d'y indiquer explicitement que l'on comprend que les expériences des jeunes ne sont pas homogènes et doivent toutes être prises en considération. Je parle des jeunes, mais j'imagine que c'est la même chose pour tout le monde, surtout, comme nous le disions, lorsqu'on sait que le risque de suicide est supérieur au sein de certains groupes précis de jeunes, comme les Autochtones ou les allosexuels. Trop peu de services s'adressent à eux. Il serait probablement utile d'envisager d'inclure au libellé quelque chose qui garantirait, si le projet de loi est adopté, que le cadre traitera de la question.

**Le sénateur Dyck :** Pour ce qui est de votre ligne Jeunesse, J'écoute et des autres installations, vous avez dit que votre organisme offre actuellement ses services depuis Montréal et Toronto. Est-ce que vos conseillers actuels ou même les personnes qui répondent aux questions par Internet ou par téléphone reflètent cette diversité?

**Mme Simon :** Notre personnel est très diversifié, et pas seulement sur le plan de l'origine et de la capacité à s'exprimer en français et en anglais. Ces personnes exercent toutes sortes de professions d'aide. Pour devenir conseiller de Jeunesse, J'écoute, il

counsellor, they must have a degree and at least three years direct experience working one-on-one with children and youth. Many of our counsellors are part-time, so they might work in the juvenile justice system or in child welfare. We bring a lot of different expertise to the table.

In addition, all of our counsellors receive training from Kids Help Phone. We have a counselling framework that we work on that is based on providing brief solution-focused therapy that has incredible research to back it up. All of our counsellors spend a significant amount of time receiving training and listening to counselling calls before they are allowed on the phone. It is the same thing with live chat and with web posting.

Much of our training does focus on cultural competency. We received training this year on lateral violence within the Aboriginal community, looking at bullying specifically. The year before, we had a more general training in the social and emotional challenges that Aboriginal young people are facing. We bring in external trainers, and we also have our knowledge mobilization department that does training on issues. Honestly, when a Kids Help Phone counsellor picks up the phone, he or she does not know if it is a six-year-old who is calling because he or she is mad that the mom has grounded them, or an 18-year-old who has somehow self-harmed himself, or herself or a group of 14-year-olds who are testing us, laughing and playing a joke. We have to ensure that our counsellors are prepared for all of those different experiences and all the ones I did not mention.

All of our counsellors currently receive in-house suicide training in order to be able to best assist young people. As of February, they will all be assist-trained, which is one of the national programs related to suicide prevention.

**Senator Dyck:** Thank you.

**Senator Cordy:** Thank you very much to both of you. You are both doing amazing work in the field of mental health and mental illness. Mr. Upshall, you have been around the Senate for a long time helping us out with our reports and legislation dealing with mental health. Thank you specifically for that.

The bill calls for consultation with relevant non-governmental organizations and relevant entities within the governments of the provinces and territories and the federal government departments within all levels of government.

You both spoke about the need for young people to be involved in this, particularly Ms. Simon. I am wondering if perhaps we should consider suggesting to the government with an observation that it also include young people.

faut détenir un diplôme universitaire et avoir au moins trois années d'expérience directe en intervention individuelle auprès des enfants ou des adolescents. Beaucoup de nos conseillers travaillent pour nous à temps partiel et peuvent donc mener des activités professionnelles au sein du système de justice pour les mineurs ou de protection de l'enfance. Nous proposons ainsi une expertise fort variée.

De plus, à Jeunesse, J'écoute, nous formons nos conseillers. Nous avons un cadre de formation fondé sur la thérapie brève orientée vers les solutions, une méthode étayée par des travaux de recherche impressionnants. Tous nos conseillers consacrent beaucoup de temps à recevoir de la formation et à écouter des appels auxquels répondent d'autres conseillers avant d'être eux-mêmes autorisés à répondre au téléphone. Il en va de même pour le clavardage et les messages Web.

Une bonne partie de notre formation est axée sur la sensibilité à la diversité culturelle. Cette année, nous avons suivi un atelier sur la violence latérale au sein des communautés autochtones, plus précisément sur l'intimidation. L'an dernier, il s'agissait d'un atelier plus général sur les problèmes d'ordre social ou affectif des jeunes Autochtones. Nous faisons appel à des formateurs externes, et notre service chargé de la mobilisation des connaissances assure la formation sur certains sujets. Honnêtement, lorsqu'un conseiller de Jeunesse, J'écoute répond au téléphone, il ignore s'il parlera à un enfant de six ans qui est en colère parce que sa mère l'a grondé, à un jeune de 18 ans qui s'est automutilié d'une manière ou d'une autre, ou à un groupe d'adolescents de 14 ans qui testent notre réaction et s'amusent à nos dépens. Nous devons veiller à ce que nos conseillers soient préparés à toutes ces éventualités et à toutes les autres que je n'ai pas mentionnées.

Tous nos conseillers suivent actuellement une formation interne sur le suicide afin de mieux aider les jeunes. Dès février, ils recevront par ailleurs la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide, un des programmes nationaux de prévention du suicide.

**Le sénateur Dyck :** Merci.

**Le sénateur Cordy :** Merci beaucoup à tous les deux. L'un comme l'autre, vous accomplissez quelque chose d'exceptionnel dans le domaine de la santé et de la maladie mentale. M. Upshall, vous êtes un collaborateur de longue date du Sénat; vous nous aidez relativement à nos rapports et aux projets de loi qui portent sur la santé mentale. Je vous en remercie tout particulièrement.

Le projet de loi prévoit la consultation d'organisations non gouvernementales concernées, des entités compétentes des provinces et territoires ainsi que de ministères fédéraux — de tous les ordres gouvernementaux, donc.

Vous avez tous deux parlé de la nécessité de faire participer les jeunes au processus, surtout Mme Simon. Il y a peut-être lieu de demander au gouvernement, par l'intermédiaire d'une observation, de les inclure dans la démarche.

Senator Dyck and Senator Munson also asked a lot of questions about Aboriginal youth and the need to include Aboriginal groups within it.

Police agencies, I think, are often left out. Often, they are the front-line people who deal with the escalated situation of someone who may have poor mental health where a police agency is called in. They tend to be the first people, even more so than a health official.

Also, you mentioned LGBTQ representation.

You also mentioned, Ms. Simon, a need for including the media when we are determining a national framework in the case of the bill, or what I would think would have a little nuance and differ in terms of a national strategy.

Should we make an observation to the government that those groups are not forgotten? When I read “non-governmental organizations” or “government departments,” they are not the groups that I would think of first.

**Ms. Simon:** I think it would be wonderful to put that in the bill and to reference that incredible work is being done right now on some of the populations we have talked about. Egale Canada has been leading a national suicide prevention strategy for LGBTQ youth and brought together people from around Canada about eight months ago to talk about the issues facing that population.

There is also a group of young Aboriginals that has been trying to come up with a strategy specifically for Aboriginal youth and suicide. Our clinical director of English-language services sits on that group.

People within those two communities in particular are really concerned about this and have great ideas about this, whether they are young or not. It would be worthwhile to put someplace in the bill that those people, and others, need to have a voice in developing this framework.

**Senator Cordy:** Should we have further legislation in terms of having a national strategy for children and youth who have poor mental health? They would be included in this bill, but should we look specifically at that? I used to be an elementary schoolteacher, and I guess that is why this is occurring to me. Mr. Upshall mentioned that often the services are not there. I can remember as a teacher giving a referral and being told there is a six- to eighteen-month wait. You are thinking, “But this child needs help today or tomorrow, not in six months’ time.” Should we consider that?

**Ms. Simon:** It will be very challenging and potentially not possible to develop a framework for suicide prevention in Canada. Potentially, we have to be thinking about frameworks. Certainly one of those would be what is needed for youth. I would even split that out to say that there is a real difference when we are

Les sénateurs Dyck et Munson ont par ailleurs posé beaucoup de questions à propos des jeunes Autochtones et de la nécessité d’inclure également les groupes autochtones dans le processus.

Je crois qu’on oublie souvent les services de police. Il n’est pas rare que les policiers soient ceux qui interviennent en première ligne lorsqu’on contacte les forces de l’ordre parce qu’une situation impliquant une personne potentiellement atteinte de maladie mentale dégénère. Généralement, ils arrivent les premiers sur les lieux, avant même les intervenants en santé.

Vous avez également évoqué la représentation des allosexuels.

Mme Simon, vous avez en outre mentionné la nécessité de faire intervenir les médias dans le processus d’élaboration d’un cadre stratégique, comme le prévoit le projet de loi, ou, ce qui n’est pas tout à fait la même chose, d’une stratégie nationale.

Devrions-nous faire une observation au gouvernement afin qu’on ne passe pas ces groupes sous silence? Les « organisations non gouvernementales » et les « ministères », comme on le lit, ne sont pas les premiers groupes qui me viendraient à l’esprit.

**Mme Simon :** Je crois que ce serait fantastique d’ajouter quelque chose à cet effet dans le projet de loi et de faire allusion à l’incroyable travail qui s’accomplit relativement à certains des groupes démographiques dont il a été question. Egale Canada dirige une stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes allosexuels et, il y a environ huit mois, a réuni des gens de tout le Canada pour discuter des problèmes que vit cette communauté.

Il y a aussi un groupe formé de jeunes Autochtones qui cherche à élaborer une stratégie axée expressément sur les jeunes Autochtones et le suicide. Notre directeur clinique des services en anglais y siège.

Qu’ils soient jeunes ou moins jeunes, les membres de ces deux communautés en particulier sont très inquiets de la situation et ont d’excellentes idées. Il serait utile d’inscrire dans le projet de loi qu’il faut que ces personnes, comme d’autres, puissent s’exprimer dans le contexte de l’élaboration du cadre.

**Le sénateur Cordy :** Faudrait-il également une autre loi afin de nous doter d’une stratégie nationale axée sur les enfants et les adolescents qui ont des problèmes de santé mentale? Ceux-ci seront visés par le projet de loi, mais devrions-nous envisager cette possibilité en particulier? J’imagine que c’est parce que j’ai enseigné au primaire que l’idée me vient à l’esprit. M. Upshall a mentionné qu’il n’y a souvent pas de services. Lorsque j’enseignais, je me souviens d’avoir fait un aiguillage pour me faire répondre que l’attente était de 6 à 18 mois. On se dit alors : « Mais c’est aujourd’hui ou demain que cet enfant a besoin d’aide, pas dans six mois. » Devrions-nous envisager cette mesure?

**Mme Simon :** Il sera très difficile, voire impossible, d’élaborer un unique cadre de prévention du suicide au Canada. Il faut peut-être envisager l’élaboration de divers cadres. De toute évidence, l’un d’entre eux répondrait aux besoins des jeunes. Je le fractionnerais, même, afin de montrer qu’il existe une différence

talking about a 10-year-old versus a post-secondary student or a 24-year-old. We know that suicide is the second leading cause of death for Canadians in the 10 to 24 age range. It is obviously something that we need to be paying attention to. However, the lack of hope that is so critical and that Mr. Upshall talked about is really different when you are a kid versus a teenager versus an emerging adult. When we are thinking about a suicide framework, it really is important to recognize that probably one will not be enough. We should be looking at ages but also overlaying the different populations as well as risk factors and things like rural or inequities. I do not think it is realistic that we will be able to come up with one framework that really touches on all people in Canada. I imagine seniors will have very different needs than what we are talking about when we are talking about children and youth.

**Senator Cordy:** Certainly there are differences with regard to information that we would give to each particular group. You are absolutely right.

**Mr. Upshall:** I am sure that the chair knows, and others around here may know, that CIHR is developing its patient-oriented research proposals. The first grant will be associated with mental illness. It now looks as if the \$25-million grant over a five-year period will be associated with children and youth mental health. It is a pet project of Anthony Boeckh through the Graham Boeckh Foundation, with whom CIHR are partnering. It may well be that there are activities under way in the community that will identify relevant people who should come to the table rather than trying to make a long list of relevance.

I would like to put a plug in and endorse this legislation as is. Maybe give your notes to it, but I hope you would not suggest any amendments that would hold it up.

**Senator Cordy:** I agree with you. I am talking about observations, because we all certainly agree with the intent of the bill and moving forward with it.

We hear a lot of publicity about cyberbullying and the increase in suicide of young people because of cyberbullying. Is the health department collecting data on what we can do? It appears to be a tremendous problem. The Internet has changed. You spoke about the positive aspects of it, where people can chat online. That is a positive thing about the Internet. However, in the olden days, if you were teased in school, you went home to a hopefully safe environment and left that behind. Now it is 24-7 if it is online bullying. Are we collecting the data and discovering what we can or should be doing?

**Ms. Simon:** I thank you so much for that question because bullying and cyberbullying are things that Kids Help Phone is incredibly concerned about. With cyberbullying in particular, as you mentioned, there is often no escape. It used to be that

marquée entre un enfant de 10 ans, un étudiant postsecondaire et un jeune adulte de 24 ans. Nous savons que le suicide est la deuxième cause de mortalité en importance parmi les Canadiens de 10 à 24 ans. Manifestement, il faut se pencher sur la question. Cependant, cet élément crucial qu'est le désespoir, dont M. Upshall a parlé, ne correspond pas du tout à la même chose pour un enfant, un adolescent ou un jeune adulte. Pour élaborer un cadre de prévention du suicide, il faut absolument prendre conscience qu'il ne sera probablement pas suffisant à lui seul. Il faut considérer les groupes d'âge, mais aussi recouper les divers groupes démographiques avec les facteurs de risque et des éléments tels que la ruralité ou les inégalités. Je ne pense pas qu'il soit réaliste de concevoir un cadre qui englobe vraiment tous les Canadiens. J'imagine que les besoins des personnes âgées seront très différents de ceux des enfants et des adolescents.

**Le sénateur Cordy :** Il y a manifestement des différences dans l'information que nous diffuserions auprès de chaque groupe. Vous avez tout à fait raison.

**M. Upshall :** Le président sait peut-être, comme d'autres personnes ici peut-être, que les IRSC élaborent des plans de recherche axés sur les patients. La première subvention visera la santé mentale. Elle s'élèvera à 25 millions de dollars en cinq ans, et il semble maintenant qu'elle sera consacrée à la santé mentale des enfants et des adolescents. Il s'agit d'un projet fétiche d'Anthony Boeckh, de la Fondation Graham Boeckh, partenaire des IRSC. Au lieu de chercher à dresser à l'aveuglette une longue liste de personnes pertinentes, il serait peut-être préférable de laisser les activités en cours dans la collectivité, le cas échéant, mettre en lumière des personnes qu'il conviendrait d'amener à la table.

J'aimerais faire un peu de promotion pour le projet de loi et l'appuyer tel quel. Vous pouvez peut-être y attribuer des notes, mais j'espère que vous ne suggérerez pas des amendements qui en retarderont l'adoption.

**Le sénateur Cordy :** Je suis d'accord avec vous. Je parle d'observations, parce que je pense que nous approuvons tous l'objet du projet de loi et que nous voulons tous le faire adopter.

On entend beaucoup parler de la cyberintimidation et de l'augmentation des suicides chez les jeunes qui en découle. Le ministère de la Santé recueille-t-il des renseignements sur ce que nous pouvons faire? Le problème semble énorme. Internet a changé. Vous avez parlé de ses aspects positifs, notamment du clavardage. C'est effectivement positif. Autrefois, cependant, l'enfant qui se faisait taquiner à l'école rentrait chez lui pour trouver un milieu où il se sentait protégé, du moins on l'espère, et il oubliait tout cela. Aujourd'hui, si l'intimidation se fait en ligne, elle peut avoir lieu 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Tâchons-nous d'obtenir des données à ce sujet et de trouver ce que nous pouvons et devrions faire?

**Mme Simon :** Je vous remercie beaucoup de cette question, parce que l'intimidation et la cyberintimidation sont des phénomènes qui préoccupent énormément Jeunesse, J'écoute. Comme vous l'avez mentionné, dans le cas de la

bullying happened within the schoolyard, and then you could go home. Now, young people tell us they feel like they are bullied from the moment they wake up until the moment they go to sleep. Often, when they are sleeping, they are still being bullied, but they just do not know until the morning.

There is not enough data on the prevalence and incidence of cyberbullying. We know from data we have collected with Kids Help Phone users through our website that a significant number of young people say they have been cyberbullied. Amazingly, the majority of them said they would not tell anyone within their life because their parents do know what cyberbullying is and people do not take it seriously. There are no marks to show as when you were beat up. That actually was something you could go and show a teacher. Adults do not know what to tell you.

We actually just added new information to both our kids' and teens' websites in both English and French related to cyberbullying, including a safety planner. There are videos we added specifically around Facebook and how to keep safe on Facebook. Bullying and cyberbullying are relationship issues, and it is about recognizing and teaching young people empathy. We have a new interactive at Kids Help Phone on our kids' website. It is fantastic, if you have a second to look. It is called "Inspector Emotion." They show pictures and videos and give scenarios, and you recognize what feeling they are having. Part of that is about showing the effect of cyberbullying. Someone reads something about themselves on Facebook, and how does that leave them feeling?

There is not a quick answer for cyberbullying. Parents and others often say, "You need to get off the Internet." Young people's lives and all of our lives are deeply connected with technology, and we cannot just say, "Stay off the computer." We have to be able to recognize that it is about relationships and power differences and not having empathy, because it is really easy to cyberbully when I am sitting in my home with my friends and I think it is funny and not think about the person down the street reading what I write.

This past year, the Supreme Court of Canada had an amazing court case that Kids Help Phone intervened in to talk about the importance of anonymity and confidentiality around cyberbullying if you want people to access resources and supports, whether it is through services or through the court.

**Senator Cordy:** That was Nova Scotia.

cyberintimidation, en particulier, la situation est souvent sans issue. Autrefois, l'intimidation se passait dans la cour d'école, puis on rentrait chez soi. Aujourd'hui, les jeunes nous disent qu'ils ont l'impression qu'elle commence dès qu'ils se lèvent et cesse quand ils se couchent. Souvent, ils se font encore intimider quand ils dorment, mais ils ne s'en rendent compte qu'à leur réveil.

Nous n'avons pas suffisamment de données sur la fréquence de la cyberintimidation. D'après celles que nous avons recueillies auprès des utilisateurs de Jeunesse, J'écoute par l'intermédiaire de notre site Web, nous savons qu'un nombre considérable de jeunes disent avoir été victimes de cyberintimidation. Étonnamment, la majorité d'entre eux ont déclaré qu'ils ne le diraient jamais de la vie à personne, parce que leurs parents savent ce qu'est la cyberintimidation et que les gens ne la prennent pas au sérieux. La cyberintimidation ne laisse pas de marques physiques, comme lorsqu'on est battu. Quand on se fait frapper, on peut montrer les marques des coups à l'enseignant. Les adultes ne savent pas quoi dire aux jeunes victimes de cyberintimidation.

Nous venons de publier sur nos sites Web français et anglais à l'intention des enfants et des adolescents des renseignements concernant la cyberintimidation, notamment un plan de sécurité et des vidéos portant sur Facebook et la façon de se protéger quand on l'utilise. L'intimidation et la cyberintimidation sont des problèmes de relation; il s'agit de comprendre ce qu'est l'empathie et de l'enseigner aux jeunes. Nous avons affiché un nouveau programme interactif dans la section de notre site Web destinée aux enfants. Jetez-y un coup d'œil si vous en avez le temps, il est fantastique. On l'appelle Enquêtes sur les émotions avec l'inspecteur É. Motion. On y présente des photos, des vidéos et des scénarios, et on nous demande de reconnaître les émotions exprimées. L'un des buts du jeu est de montrer les effets de la cyberintimidation. Quand on lit sur Facebook quelque chose sur soi-même, comment se sent-on?

Il n'existe pas de solution facile à la cyberintimidation. Les parents et d'autres personnes diront souvent qu'il faut se retirer d'Internet. La vie des jeunes, tout comme la nôtre, du reste, est étroitement liée à la technologie, et nous ne pouvons pas simplement cesser d'utiliser l'ordinateur. Nous devons pouvoir reconnaître que le problème est un problème de relations, de différences de pouvoir et de manque d'empathie; il est en effet très facile de faire de la cyberintimidation quand on est chez soi avec des amis, qu'on trouve cela très drôle et qu'on ne pense pas à la personne qui est ailleurs et qui lit ce qu'on écrit.

L'année dernière, la Cour suprême du Canada a été saisie d'une affaire étonnante, et des représentants de Jeunesse, J'écoute ont comparu au cours de l'instruction pour souligner qu'il est important de préserver l'anonymat et la confidentialité quand il est question de cyberintimidation afin de faciliter l'accès aux ressources et aux soutiens, que ce soit par l'intermédiaire de services ou des tribunaux.

**Le sénateur Cordy :** C'était en Nouvelle-Écosse.

**Ms. Simon:** It came from Nova Scotia, yes. Certainly there is an increased understanding about cyberbullying and the importance of it.

As I said during my submission, I do think, however, it is important that we start to tease away bullying and cyberbullying from the discussion of suicide, because what we hear from young people is that they are now seeing them as connected. When young people call us and the counsellors say to me they just got off the phone with someone who said that from what they have seen in the newspaper, that is how you stop cyberbullying, by self-harm or suicide, I think we have a real challenge on our hands. We have to take bullying and cyberbullying seriously. We have to recognize that, unfortunately, there are some young people who do take their lives by suicide as a result, but we do not want that to in any way become connected in the minds of young people.

**Senator Cordy:** That is a good point. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much. You have covered an extensive range of the issues, both of you, with regard to this discussion. You have mentioned there is yet another major category, namely the elderly. In our next session, we will have representatives from seniors' mental health. We will get to that now. I thank you very much.

We are pleased to have two more witnesses with us for this session. I will introduce them in the order in which they appear on the agenda list. That would mean, Ms. Wilson, that I will welcome you first. Ms. Wilson is Executive Director of the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Please make your presentation.

**Kimberley Wilson, Executive Director, Canadian Coalition for Seniors' Mental Health:** Good evening and thank you, everyone, for inviting me to take part in this consultation on Bill C-300. I am very pleased and honoured to be here to represent the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health.

As a brief introduction, the CCSMH is a national coalition with approximately 3,000 members from coast to coast to coast, representing a full range of health disciplines, sectors, government and administrators, as well as older adults, caregivers and family members. Our mission is to promote the mental health of seniors by connecting people, ideas and resources. Our primary strategic goal is to ensure that seniors' mental health is recognized as a key Canadian health and wellness issue. With that goal in mind, I commend your lifespan perspective on suicide and suicide prevention, as evidenced today by our inclusion in this consultation.

**Mme Simon :** Effectivement. On comprend certainement mieux maintenant la cyberintimidation et sa gravité.

Comme je l'ai indiqué dans mon exposé, je pense toutefois qu'il est important de commencer à séparer l'intimidation et la cyberintimidation du débat sur le suicide, car ce que nous disent les jeunes, c'est qu'ils les voient actuellement comme reliés. Quand les conseillers qui répondent aux appels me disent qu'ils viennent de quitter un jeune qui leur a dit que, d'après ce qu'il a vu dans le journal, la façon de mettre fin à la cyberintimidation, c'est de s'automutiler ou de se suicider, je pense que nous avons un problème bien réel sur les bras. Il faut prendre l'intimidation et la cyberintimidation au sérieux. Nous devons reconnaître qu'elles conduisent malheureusement certains jeunes à s'enlever la vie, mais nous ne voulons pas que ces formes de menace soient automatiquement liées au suicide dans l'esprit des jeunes.

**Le sénateur Cordy :** C'est un point intéressant. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup. Vous avez tous les deux traité d'un grand nombre de questions qui se rapportent au présent débat. Vous avez mentionné un autre groupe important, les personnes âgées. Au cours de la prochaine séance, nous entendrons des gens qui s'occupent de la santé mentale des aînés. Nous aborderons la question maintenant. Je vous remercie beaucoup.

Nous sommes heureux d'avoir deux autres témoins ici aujourd'hui. Je vous les présente dans l'ordre dans lequel leur nom apparaît sur la liste des témoins figurant dans l'ordre du jour. Madame Wilson, je vous présenterai donc la première. Mme Wilson est la directrice générale de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Je vous prie de présenter votre exposé.

**Kimberley Wilson, directrice générale, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées :** Bonsoir et merci de m'avoir invitée à prendre part à cette consultation au sujet du projet de loi C-300. C'est pour moi un honneur et un plaisir de représenter ici la Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés.

Je vais commencer par vous présenter brièvement la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Il s'agit d'un organisme national qui compte environ 3 000 membres provenant de tous les coins du pays et représente un vaste éventail de domaines et de disciplines de la santé, des gouvernements, des administrateurs ainsi que des adultes âgés, des membres de leur famille et des aidants naturels. Notre principal objectif stratégique est de faire en sorte que la santé mentale des aînés soit considérée comme une question de santé et de mieux-être primordiale. Avec cet objectif à l'esprit, je me réjouis que vous preniez en considération le suicide et la prévention du suicide à toutes les étapes de la vie, comme le prouve notre présence à la consultation d'aujourd'hui.



I often find that people are surprised, even those who work in the field, when I speak of the high suicide rates in late life. As noted in the Chief Public Health Officer's 2010 report:

Suicide is often associated with younger people, but men over the age of 85 have — on average — higher suicide rates than all other age groups. Although the rate of suicide deaths are lower among senior women, they have an overall higher rate of attempted suicide compared to senior men.

Research consistently has shown high rates of suicide in the oldest age cohorts for men; plus, adults over the age of 65 use the most lethal means of self-harm. We also know that the baby boom generation is a group that has a high lifetime suicide rate. This statistic, coupled with the aging demographics in Canada, will likely mean a greater number of older lives lost to suicide in the future.

Older adults also face the unique double whammy of stigma — both ageism and the stigma associated with mental illnesses. We know that ageism and stigma may create barriers to accessing care, to proper detection and assessment, and to a good public discourse.

Given these statistics, suicide prevention is one of the key topics we have focused on at the CCSMH since 2005. With funding from the Public Health Agency of Canada, we led the development of the first-ever national interdisciplinary guideline, *The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide* in older adults. These guidelines were authored by a team of researchers and health care providers from across disciplines who reviewed international and national literature and synthesized the evidence into 38 recommendations in the areas of risk and resiliency; detection, assessment and diagnosis; treatment and risk management; and systems of care. Since their release in 2006, thousands of copies have been disseminated both electronically and in print across Canada and in over 60 countries.

To support the knowledge translation and implementation of the guideline recommendations, again with support from the Public Health Agency of Canada, we were able to create a variety of companion tools, including a pocket card, a resource guide for family members, and a case-based training DVD and tool kit for health care providers.

The CCSMH nominated two of the leads on this project, Dr. Marnin Heisel and Dr. Sharon Moore, for the CIHR Institute of Aging Betty Havens Award for Knowledge Translation in Aging, and in 2008 they were recognized with this award. Funds from this award have allowed Drs. Heisel and Moore to offer workshops and training in suicide prevention in late life to nearly 200 health care providers in Ontario, Alberta

Je constate souvent que les gens, même ceux qui travaillent dans le domaine, sont surpris quand je parle du taux élevé de suicide chez les personnes âgées. Comme l'indique le rapport de 2010 de l'administrateur en chef de la santé publique :

On associe souvent le suicide aux jeunes. Cependant, le taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans (29 cas sur 100 000) est, en moyenne, plus élevé que dans tous les autres groupes d'âge. Bien que le taux de suicide soit moins élevé chez les femmes âgées, le nombre de tentatives est plus élevé que chez les hommes du même groupe d'âge.

Les travaux de recherche ont systématiquement révélé de forts taux de suicide chez les hommes faisant partie du groupe d'âge le plus élevé; en outre, les adultes de plus de 65 ans recourent aux moyens les plus destructeurs pour s'automutiler. Nous savons également que le taux de suicide au cours de la vie est élevé chez les baby-boomers. Combinées au vieillissement de la population du pays, ces données signifient fort probablement que les décès dus au suicide augmenteront chez les aînés à l'avenir.

Les adultes âgés sont en outre doublement frappés par l'âgisme et les préjugés à l'égard de la maladie mentale. Nous savons que ces deux formes de discrimination peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins, à un diagnostic et à une évaluation adéquats ainsi qu'à un bon débat public.

Compte tenu de ces données, la CCSMPA fait de la prévention du suicide l'un de ses chevaux de bataille depuis 2005. Grâce à des fonds de l'Agence de la santé publique du Canada, nous avons dirigé l'élaboration des toutes premières lignes directrices interdisciplinaires intitulées *Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide* chez les personnes âgées. Cet ouvrage est signé par un groupe de chercheurs et de fournisseurs de soins de santé de diverses disciplines qui ont examiné la documentation étrangère et canadienne sur la question et l'ont résumée en 38 recommandations sur les plans du risque et de la résilience, de la détection, de l'évaluation et du diagnostic, du traitement et de la gestion du risque et enfin, des systèmes de soin. Depuis leur publication en 2006, des milliers d'exemplaires en ont été distribués par voie électronique et en format papier au Canada et dans plus de 60 autres pays.

Pour soutenir l'application des connaissances et la mise en œuvre des recommandations contenues dans les lignes directrices, nous avons pu, toujours grâce à des fonds de l'Agence de la santé publique du Canada, créer divers outils complémentaires, notamment une fiche de poche, un guide des ressources pour les membres de la famille ainsi qu'un DVD de formation basé sur l'étude de cas et une trousse d'outils à l'intention des fournisseurs de soins de santé.

La CCSMPA a présenté la candidature de deux des dirigeants de ce projet, les docteurs Marnin Heisel et Sharon Moore, pour le prix Betty Havens pour l'application des connaissances de l'Institut du vieillissement des IRSC, qui leur a été décerné en 2008. Grâce à la bourse ainsi obtenue, les deux lauréats ont pu organiser des ateliers et offrir de la formation sur la prévention du suicide chez les personnes âgées à près de 200 fournisseurs de

and British Columbia, and they were able to evaluate the impact of these workshops in terms of providers' knowledge and attitudes towards working with at-risk older adults, adding to our knowledge base in this area.

I give you this context about the work of the CCSMH so you can understand our strong support for Bill C-300. It is time that Canada has a national framework for suicide prevention across the lifespan. The stakes are too high to wait any longer. As the committee moves towards clause-by-clause consideration, I urge you to ensure that this bill is action-oriented and has measures for accountability and leadership embedded in it. Understanding that private member's bills have restrictions regarding public expenditures, I would like to echo the suggestions from my colleagues at CASP and also from the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, known as CAMIMH, of which we are a member.

We suggest that a national coordinating body is essential to the success, one that will support collaboration and eliminating fragmentation, and thus we support the creation of a distinct national coordinating body for suicide prevention that would report back to Parliament on an annual basis. We suggest that providing not only guidelines but also implementation strategies and support are necessary to improve public awareness, knowledge, education and training about suicide prevention across the lifespan. Enhancing publicly available information systems and improving surveillance systems about both suicide and risk-related factors, and defining best practices and supporting implementation of these practices in the area of suicide prevention, intervention and post-intervention, are crucial.

I would also encourage language that ensures a lifespan perspective throughout the framework and building upon existing evidence-informed research, guidelines, strategies and initiatives. We also remain hopeful that future federal budgets will include appropriate and necessary funds to establish and resource a comprehensive suicide prevention strategy for Canada.

Again, I would like to thank you for this opportunity to represent the CCSMH and look forward to answering any questions you may have.

**The Chair:** Thank you very much.

I will now turn to Dr. Alex Drossos, Board Member of the Canadian Association for Suicide Prevention.

**Dr. Alex Drossos, Board Member, Canadian Association for Suicide Prevention:** Thank you for the opportunity to speak today, on International Human Rights Day, in fact, on this very important issue for Bill C-300, which we, of course, strongly

soins de santé de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique; ils ont également pu évaluer les résultats de ces ateliers sur le plan des connaissances des fournisseurs de soin et de leur attitude à l'égard du travail auprès d'aînés à risque, enrichissant ainsi notre base de connaissances dans ce domaine.

Si je vous donne ces renseignements sur le travail de la CCSMPA, c'est pour que vous compreniez pourquoi nous appuyons fortement le projet de loi C-300. Il est temps que le Canada se dote d'un cadre national de prévention du suicide à toutes les étapes de la vie. Les enjeux sont trop importants pour que nous attendions encore. Comme le comité s'appête à étudier le projet de loi article par article, je vous exhorte à faire en sorte que celui-ci soit axé sur l'action et comporte des mesures au sujet de la reddition de comptes et du leadership. Je sais qu'en ce qui concerne les projets de loi d'initiative parlementaire, la dépense de deniers publics est limitée, mais j'aimerais faire écho aux suggestions de mes collègues de l'ACPS et de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, ou ACMMSM, dont je fais partie.

Nous jugeons essentiel au succès dans ce domaine l'existence d'un organisme national de coordination qui soutient la collaboration et élimine la fragmentation; c'est pourquoi nous estimons qu'il faudrait créer, expressément pour la prévention du suicide, un tel organisme qui présenterait un rapport annuel au Parlement. Pour sensibiliser davantage la population à la prévention du suicide à toutes les étapes de la vie et accroître ses connaissances et sa formation en cette matière, nous sommes d'avis qu'il faut non seulement énoncer des lignes directrices, mais également élaborer des stratégies de mise en œuvre et fournir du soutien. Il est crucial d'améliorer les systèmes d'information accessibles au public de même que les systèmes de surveillance concernant le suicide et les facteurs liés au risque, de définir les meilleures pratiques et d'appuyer la mise en œuvre de ces pratiques dans les domaines de la prévention du suicide, de l'intervention et de la stratégie après l'intervention.

Je favorise également un libellé qui fera en sorte que le cadre de travail permette d'envisager le problème à toutes les étapes de la vie et qu'il s'appuie sur les travaux de recherche fondés sur des données probantes, les lignes directrices, les stratégies et les initiatives qui existent. Nous souhaitons aussi que les futurs budgets fédéraux prévoient des fonds suffisants pour l'établissement et le financement d'une stratégie globale de prévention du suicide au Canada.

Je vous remercie de nouveau de m'avoir permis de représenter la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et je serai plus qu'heureuse de répondre à vos questions.

**Le président :** Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole au Dr Alex Drossos, membre du conseil de l'Association canadienne pour la prévention du suicide.

**M. Alex Drossos, membre du conseil, Association canadienne pour la prévention du suicide :** Je vous remercie de me donner aujourd'hui la possibilité de prendre la parole, en cette Journée internationale des droits de l'homme, au sujet du dossier très

support the intent and spirit of. I would also like to thank the honourable Harold Albrecht. Without his passion and commitment, we would not be here today on truly the threshold of a landmark event in Canada.

We have heard some statistics: Every year, about 4,000 Canadians die by suicide. That is more than the total number of fatalities from all intentional injuries and homicides combined. That ranks Canada in the top third of all countries in terms of its suicide rate. It is also estimated that 3 million Canadians, 10 per cent of the population, have been affected by the tragedy and trauma of suicide. Sadly, when someone dies of suicide, the pain is not gone; it is merely transferred to others — family, friends, communities; and their injuries are largely invisible and suffered mostly in silence.

As you know, suicide is not the result of a single cause; it is complex. Suicide prevention, therefore, requires a multi-faceted approach, including a united effort across all systems and jurisdictions. At its core, suicide is the result of overwhelming pain that overcomes the hope that life has, in the sense of the meaning and purpose of life. Suicide is the result of a complex interaction of biological, psychological, social, spiritual and cultural factors — all the things that we have heard about. These can include social isolation, traumatic life experiences, family violence, poverty, substance misuse and physical and mental illness.

As a physician training to be a psychiatrist and working in part at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, I see these factors unfolding in a variety of ways every day. For the most part, however, suicides are preventable. The Canadian Association for Suicide Prevention is made up a group of dedicated volunteers who, for over a decade, have been advocating for a national suicide prevention strategy and asking federal governments to acknowledge suicide as a national public health priority. In 2004, CASP authored its first blueprint for action for a Canadian suicide prevention strategy and updated it in 2009.

Over 15 years ago, the United Nations and World Health Organization recognized suicide as a major public health problem. In 1992, the UN created those guidelines and asked Canada to take a lead role in developing them. The UN and WHO guidelines asked that each country establish a national suicide prevention strategy and a national coordinating body. To date, all developed countries have endorsed these international guidelines and have created such a strategy and a body, with the exception of Canada; but we are almost there.

important que constitue le projet de loi C-300, dont nous appuyons fortement l'objectif et l'esprit. J'aimerais aussi remercier l'honorable Harold Albrecht. Sans sa passion et sa détermination, nous ne serions pas aujourd'hui à l'aube d'un événement marquant au Canada.

Nous avons entendu quelques statistiques. Chaque année, environ 4 000 Canadiens se suicident. C'est plus que le nombre total de décès attribuables à des blessures intentionnelles et à des homicides. Le Canada se classe dans le premier tiers des pays du monde affichant les taux de suicide les plus élevés. On évalue aussi à 3 millions de personnes, soit 10 p. 100 de la population, le nombre de Canadiens qui sont touchés par le drame et le traumatisme que constitue le suicide. Malheureusement, lorsque quelqu'un se suicide, la douleur ne disparaît pas; elle est tout simplement transmise aux autres — à la famille, aux amis, à la collectivité — qui vivent leur douleur dans le silence pour la plupart et dont les blessures sont en grande partie invisibles.

Comme vous le savez, le suicide ne découle pas d'une cause unique. Il s'agit d'un problème complexe. La prévention du suicide exige donc une approche multidimensionnelle qui comprend des efforts concertés de la part de tous les systèmes et de toutes les administrations. Essentiellement, le suicide est le résultat d'une douleur accablante qui vient à bout de l'espoir inhérent à la vie, qui enlève tout sens et tout but à cette vie. Le suicide est le résultat de l'interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels, dont nous avons entendu parler. Ces facteurs peuvent comprendre l'isolement social, les traumatismes, la violence familiale, la pauvreté, la toxicomanie et des maladies, tant physiques que mentales.

Je suis médecin et, dans le cadre de ma formation en psychiatrie comme dans mon travail à temps partiel au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, j'observe quotidiennement les différentes variantes de l'évolution de ces facteurs. Toutefois, dans la plupart des cas, le suicide peut être évité. L'Association canadienne pour la prévention du suicide est formée d'un groupe de bénévoles dévoués qui, depuis plus d'une décennie, préconisent l'établissement d'une stratégie nationale de prévention du suicide et demandent au gouvernement fédéral de reconnaître que le suicide est une priorité nationale en matière de santé publique. En 2004, l'ACPS a rédigé son premier plan d'action en faveur d'une stratégie canadienne pour la prévention du suicide, plan qu'elle a mis à jour en 2009.

Il y a plus de 15 ans, les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé ont reconnu que le suicide était un problème important en matière de santé publique. En 1992, l'ONU a créé des lignes directrices et a demandé au Canada de jouer un rôle de premier plan pour les améliorer. Les lignes directrices de l'ONU et de l'OMS demandaient à chaque pays d'établir une stratégie nationale de prévention du suicide et de créer un organisme national de coordination. À ce jour, tous les pays développés ont adhéré à ces lignes directrices internationales et ont créé la stratégie et l'organisme en question, à l'exception du Canada, mais nous y sommes presque.

Bill C-300 is a good and critical step forward, but in its current form it is not a national strategy, as we have discussed, and falls short of the UN guidelines that Canada helped to create. This is an incredible opportunity before us that we cannot pass up. Let us do it right because thousands of lives depend on it.

In addition to Australia, which was mentioned earlier, Scotland and England have good strategies from which we can learn. Scotland's Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland was launched in 2002 with clearly identified objectives and an overall aim of reducing suicide by 20 per cent over 10 years. England's national strategy, also launched in 2002, had a similar aim of reducing suicide rates by 20 per cent by 2010. By 2008, there was already a 20 per cent reduction in suicide rate — the lowest annual rate ever recorded in England. Thus, they met their original target two years early.

Two major barriers are identified consistently in Canada. One is the lack of a formally recognized and funded national strategy and another is the lack of nationwide coordination. Suicide prevention in Canada is fragmented and lacks a national vision. Bill C-300 can be the catalyst to and the source of that unification and collaboration. Of course, as we have also heard, many great things are happening across the country in the field of suicide prevention. However, one region does not know what the others are doing, and there is no system in place to share and exchange that information and best practices, to coordinate or synchronize research and to cross-pollinate ideas.

The first litmus test for any country when it comes to judging its efforts and commitment to suicide prevention is whether there is a national coordinating body. Canada has yet to pass this test. This is where the federal government's role is crucial. Since Bill C-300 was tabled in Parliament, CASP and many other organizations have suggested specific improvements to strengthen this important piece of proposed legislation. Therefore, once again we are suggesting that the following improvements be considered seriously. It is a top 10 list. Some pieces have been incorporated since the original tabling.

First, appoint and adequately fund a national suicide prevention coordinating body and a national strategy; second, support the creation of a national collaborative for suicide prevention; third, establish clear and measurable objectives similar to Scotland's national strategy; fourth, develop policies targeted at reducing access to lethal means; fifth, develop guidelines to improve public awareness, education and gatekeeper training, including national media guidelines for the reporting of deaths by suicide; sixth, improve support for those impacted by suicidal behaviour and completed suicide; seventh, support and enhance information systems to collect and disseminate suicide prevention information; eighth, encourage

Le projet de loi C-300 est un pas essentiel dans la bonne direction, mais, dans sa forme actuelle, il ne s'agit pas de la stratégie nationale dont nous avons parlé. À ce titre, il ne répond pas aux exigences des lignes directrices de l'ONU que le Canada a contribué à créer. C'est une occasion incroyable que nous ne pouvons pas laisser passer. Faisons les choses comme il faut parce que des milliers de vies en dépendent.

En plus de l'Australie, dont nous avons déjà parlé, il y a l'Écosse et l'Angleterre qui ont de bonnes stratégies dont nous pouvons nous inspirer. La stratégie écossaise Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide a été adoptée en 2002 sur la base de l'objectif clair de réduire le taux de suicide de 20 p. cent en dix ans. Pour sa part, la stratégie nationale anglaise, lancée elle aussi en 2002, s'appuyait sur un objectif comparable, soit de réduire le taux de suicide de 20 p. cent avant 2010. En 2008, le taux de suicide avait déjà diminué de 20 p. cent, le taux le plus bas jamais observé en Angleterre. L'objectif de base a donc été atteint deux ans plus tôt que prévu.

Au Canada, deux grands obstacles sont invariablement pointés du doigt. L'un est l'absence d'une stratégie nationale officielle reconnue et financée, l'autre, l'absence de coordination à l'échelle nationale. Au Canada, la prévention du suicide est fragmentée et manque de vision nationale. Le projet de loi C-300 peut être le catalyseur et le fondement de cette intégration et de cette collaboration. Bien entendu, nous savons aussi que de bien bonnes choses sont faites, partout au pays, dans le domaine de la prévention du suicide. Toutefois, chaque région ignore ce que font les autres. Aucun système n'est en place pour échanger et partager l'information et les pratiques exemplaires, pour coordonner et synthétiser la recherche et pour échanger des idées.

Le premier critère pour juger des efforts d'un pays et de sa détermination en matière de prévention du suicide est l'existence d'un organisme national de coordination. Le Canada ne respecte pas encore ce critère. C'est là que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer. Depuis que le projet de loi C-300 a été présenté au Parlement, l'ACPS et de nombreux autres organismes ont proposé des améliorations spécifiques visant à renforcer cette importante mesure législative. Par conséquent, nous recommandons une fois de plus que les améliorations suivantes soient sérieusement prises en considération. C'est une liste qui comporte 10 priorités, dont certaines ont été ajoutées au projet de loi depuis sa présentation.

Premièrement, mettre sur pied et financer adéquatement un organisme national de coordination et une stratégie nationale en matière de prévention du suicide. Deuxièmement, appuyer la création d'un programme national de prévention du suicide. Troisièmement, établir des objectifs clairs et mesurables semblables à ceux de la stratégie nationale instaurée en Écosse. Quatrièmement, élaborer des politiques visant à réduire l'accès à des moyens de mettre fin à ses jours. Cinquièmement, élaborer des lignes directrices visant à sensibiliser et à éduquer le public, ainsi qu'à former les protecteurs du public, y compris des lignes directrices nationales destinées aux médias en ce qui concerne le signalement des suicides. Sixièmement, améliorer l'appui offert à

research to advance evidence and form knowledge and program evaluation; ninth, establish Canadian suicide prevention guidelines, certification and accreditation; and tenth, support the creation of networks and communities of practice, including a national distress line network and a national suicide bereavement support network.

I ask each of you to ensure that Bill C-300 has a solid foundation and creates the necessary structures so that we may better learn from each other, support one another and share our resources to the benefit of all. I am certain that Bill C-300 can do and be all of these things.

**Senator Eggleton:** You have very good suggestions. Both of you are saying that this bill is a nice start as a framework but that we need something more in the form of a national strategy, specific goals and timetables — elements of a strategy that are not foreseen in this bill at this time.

Dr. Drossos, I will ask about the blueprint that your association prepared. Has there been an uptake in the provinces or local communities? Have you been going across the country to get some take-up on the strategy?

**Dr. Drossos:** Primarily, it has been at the community level, as well as some provinces. Mr. Albrecht noted the suicide prevention group in Waterloo. In my native Hamilton, a local suicide prevention coalition has a suicide prevention strategy primarily based on that blueprint. Other jurisdictions were noted, such as B.C.; and Manitoba is working not quite at the provincial level but at the big-city level of Winnipeg and other regions and has used the blueprint contents. The blueprint is based, by and large, on the UN and WHO guidelines with some specific Canadian components.

**Senator Eggleton:** I asked the last group of presenters about the social determinants of health because I believe they play a big part in terms of the stress and depression that can exist for so many people who do not have proper housing or, like some of our Aboriginals, do not have potable water and live in deplorable conditions. These elements show up in the statistics for Aboriginals and the Inuit. Can either or both of you comment on the necessity of addressing this question of social determinants of health in terms of this issue?

l'entourage des gens qui ont un comportement suicidaire ou qui se sont suicidés. Septièmement, appuyer et améliorer les systèmes d'information visant la collecte et la diffusion des renseignements sur la prévention du suicide. Huitièmement, promouvoir la recherche pour obtenir des données qui permettent d'évaluer les connaissances et les programmes. Neuvièmement, élaborer des lignes directrices, une certification et une accréditation canadiennes en matière de prévention du suicide. Enfin, dixièmement, appuyer la création de réseaux et de communautés de pratiques, y compris un réseau national de lignes d'écoute téléphonique et un réseau national de soutien au deuil à la suite d'un suicide.

Je demande à chacun d'entre vous de veiller à ce que le projet de loi C-300 dispose d'une base solide et crée les structures nécessaires pour que nous puissions mieux apprendre les uns des autres, nous soutenir mutuellement et partager nos ressources pour le plus grand bien de tous. Je suis convaincu que le projet de loi C-300 peut accomplir toutes ces choses.

**Le sénateur Eggleton :** Vos suggestions sont très bonnes. Vous dites tous les deux que ce projet de loi est un bon départ en tant que cadre, mais qu'il nous faut en plus créer une stratégie nationale et établir des objectifs et des échéanciers spécifiques, éléments qui ne sont pas prévus à l'heure actuelle dans le projet de loi.

Dr Drossos, j'aimerais vous poser des questions sur le plan que votre association a préparé. Est-ce qu'il a suscité un intérêt au sein des provinces ou des collectivités locales? Avez-vous parcouru le pays pour constater l'adhésion à cette stratégie?

**Dr Drossos :** Ce sont essentiellement les collectivités qui ont manifesté un intérêt, ainsi que certaines provinces. M. Albrecht a parlé d'un groupe de prévention du suicide à Waterloo. À Hamilton, là où j'ai grandi, une coalition locale de prévention du suicide a essentiellement fondé sa stratégie de prévention du suicide sur notre plan. D'autres administrations, comme la Colombie-Britannique, ont manifesté un intérêt à l'égard du plan. Au Manitoba, les efforts ne sont pas tout à fait déployés à l'échelle provinciale, mais de grandes villes comme Winnipeg et d'autres régions ont utilisé le plan. Ce dernier est globalement basé sur les lignes directrices établies par l'ONU et par l'OMS, auxquelles nous avons ajouté quelques éléments spécifiques au Canada.

**Le sénateur Eggleton :** J'ai posé au dernier groupe de témoins une question sur les déterminants sociaux de la santé qui, selon moi, jouent un rôle important dans la situation de stress et de dépression que vivent de nombreuses personnes qui n'ont pas de logement adéquat ou qui, comme certains Autochtones, n'ont pas d'eau potable et vivent dans des conditions déplorables. Ces éléments ressortent des statistiques qui concernent les Autochtones et les Inuits. L'un d'entre vous peut-il me parler de la nécessité d'aborder la question des déterminants sociaux de la santé dans le cadre du présent débat?

**Ms. Wilson:** I had taken some notes when you asked that question of the previous panel. My initial reaction, without question, was that the social determinants of health have to be embedded in this bill, particularly for seniors in consideration of lifetimes of vulnerabilities that add up over time. We need to consider things such as social inclusion and social exclusion, which are key in terms of people feeling connected to their communities — as Mr. Upshall said: having a friend and a hand throughout.

Also, there are many negative life events and transitions in late life that are linked closely to the social determinants of health that need to be considered in an adequate framework or strategy for suicide prevention. The Mental Health Commission of Canada has done a nice job with their strategy in linking the social determinants of health to mental health and mental wellness. We could build on that, in particular with the suicide prevention lens as well.

**Dr. Drossos:** I do not have much more to add because they are critically important, and much has already been said.

As I already mentioned, suicide is not only related to mental illness, but we can rename and call them the “social determinants of mental health,” and it is primarily the same list. You can add a couple of things to that list, but it is made up of the very same things.

**Senator Eggleton:** The Mental Health Commission of Canada in its report is developing a strategy and indicating it will roll out factors of this strategy in the coming months. There is that effort and then there is this bill here and its time frame. How do you see them meshing? The Mental Health Commission’s report is more immediate than this time frame.

**Ms. Wilson:** I have been lucky to have been actively involved with the Mental Health Commission throughout their five years. I was a member of the seniors advisory committee for all five years that there was the advisory committee structure. This is certainly something we have talked about at great length, namely, how we integrate different strategies while taking advantage of the timing and opportunities that come up.

I think if you talk to colleagues from the Mental Health Commission, they feel as if they have landed in a place where their strategy includes suicide prevention but is certainly not adequate to address all the issues related to suicide prevention.

Moving forward, the strategy is out and has been well received. The implementation piece will be key, and that is where there is the opportunity to ensure we are dovetailing the strategy with the new framework for suicide prevention.

**Dr. Drossos:** Clearly, having a national mental health strategy was a huge accomplishment and long overdue. As I mentioned in my last comments, suicide is not only a result of mental illness. We know by and large that it is perhaps one factor in most

**Mme Wilson :** J’ai pris quelques notes quand vous avez posé la question au groupe précédent. Sans contredit, ma réaction initiale a été que les déterminants sociaux de la santé doivent faire partie intégrante de ce projet de loi, surtout pour les personnes âgées dont la vulnérabilité augmente avec le temps. Nous devons tenir compte d’éléments comme l’inclusion et l’exclusion sociales, qui déterminent essentiellement le lien entre les gens et leur collectivité. Comme M. Upshall l’a mentionné, il est important de pouvoir compter sur un ami ou sur une main secourable.

De plus, tard dans la vie, il y a de nombreux événements négatifs et transitions qui sont étroitement liés aux déterminants sociaux de la santé qu’il faut prendre en considération dans un cadre ou une stratégie de prévention du suicide adéquat. Dans sa stratégie, la Commission de la santé mentale du Canada a bien réussi à relier les déterminants sociaux de la santé à la santé mentale et au bien-être mental. Nous pourrions aussi nous fonder sur cette approche dans la perspective de la prévention du suicide.

**Dr Drossos :** Je n’ai pas grand-chose à ajouter parce que les déterminants sont d’une importance capitale et beaucoup de choses ont déjà été dites.

Comme je l’ai déjà mentionné, le suicide n’est pas seulement lié à la maladie mentale, mais nous pouvons renommer les facteurs et les appeler « déterminants sociaux de la santé mentale », et la liste demeure essentiellement la même. On peut y ajouter deux ou trois choses, mais elle reste composée des mêmes éléments.

**Le sénateur Eggleton :** Dans son rapport, la Commission de la santé mentale du Canada indique qu’elle est en train d’élaborer une stratégie dont elle présentera les paramètres au cours des prochains mois. Il y a cette initiative, d’une part, et, d’autre part, le projet de loi dont nous sommes saisis avec son échéancier. Comment envisagez-vous leur intégration? Le rapport de la commission sera prêt plus tôt que le projet de loi.

**Mme Wilson :** J’ai eu la chance de travailler activement avec la Commission de la santé mentale depuis sa création, il y a cinq ans. J’ai été membre du comité consultatif des personnes âgées pendant les cinq années d’existence des comités consultatifs. C’est une chose dont nous avons longuement parlé, à savoir l’intégration de différentes stratégies et comment tirer parti du moment et des occasions qui se présentent.

Je pense que si vous parlez à mes collègues de la Commission de la santé mentale, ils diront qu’ils en sont à un point où leur stratégie comprend la prévention du suicide, mais que cette stratégie n’aborde certainement pas adéquatement tous les aspects de la prévention du suicide.

Le travail se poursuit, la stratégie a été publiée et elle a reçu un bon accueil. L’aspect de la mise en œuvre sera essentiel et c’est là que nous pouvons veiller à faire concorder la stratégie avec le nouveau cadre de prévention du suicide.

**Dr Drossos :** De toute évidence, l’établissement d’une stratégie nationale en matière de santé mentale est une grande réussite qui était attendue depuis longtemps. Comme je l’ai dit précédemment, la maladie mentale n’est pas la seule cause du suicide. Nous

situations, but it is never the only factor. Mental health or mental ill-health is one piece of the puzzle. There needs to be coordination between a body that is involved at the federal level in suicide prevention and the Mental Health Commission of Canada, and there will be significant synergies there, but they should be separate bodies as well.

**Senator Munson:** Thank you for being here. My mother passed away two years ago at 97; she was in a seniors' home, and it was a good life. I spent five years almost every day being there with my mom.

Our researchers gave us this question: In your opinion, is the psychological distress among elderly men well understood by suicide prevention workers? I would like to add to that question: Is it well understood by those who run seniors' homes?

We see pictures on television or ads of happy seniors doing happy things, and the activities are there. There are all kinds of wonderful activities, and it is almost stay busy but do not think why you are busy or who you were and where you are and how you feel.

In your work, could you give us some thoughts on that? Is enough being done, and would this national coordinating body you talked about be helpful in terms of working with seniors' homes across the country and dealing with the issue head on each and every day?

It is almost childlike in some respects in that you keep a child at the age of four or five busy, and now it is an opportunity to make sure the 90-year-old is busy, but are you really engaging the person's mind?

**Ms. Wilson:** You have picked up on a lot of the issues we talk about in our day-to-day work. One important differentiation is, perhaps, that the people you see in the commercials on television are a population moving into retirement communities and are often quite different from the population who live in long-term care and nursing homes. Typically, they are the most frail or vulnerable older adults in terms of their physical and mental health.

The recent data out of the Canadian Institute for Health Information show that almost 50 per cent of all older adults in long-term care homes have symptoms or a diagnosis of depression. We know that most people who live within long-term care have a mental health issue. When you add that to the cognitive impairments, we are looking at 80 per cent to 90 per cent of the population with a mental health condition.

In terms of people working within the facilities having the right resources and skill sets, I will preface by saying most people who work in these facilities are well-intentioned, overworked and under-resourced. The reality is that, unfortunately, there is not a

savons globalement qu'il s'agit peut-être d'un facteur dans la plupart des cas, mais que ce n'est jamais le seul facteur. La santé, ou la mauvaise santé, mentale n'est qu'une pièce du casse-tête. Une coordination doit être assurée entre un organisme qui s'occupe de la prévention du suicide à l'échelon fédéral et la Commission de la santé mentale du Canada. Il y aura d'importantes synergies entre les deux organismes, mais ils doivent néanmoins demeurer distincts.

**Le sénateur Munson :** Je vous remercie de votre participation. Ma mère est décédée il y a deux ans, à 97 ans. Elle vivait dans un foyer pour personnes âgées et menait une vie agréable. Pendant cinq ans, je lui ai rendu visite presque tous les jours.

Nos chercheurs nous ont proposé la question que voici : À votre avis, la détresse psychologique des hommes âgés est-elle bien comprise des spécialistes de la prévention du suicide? J'aimerais y ajouter un élément : cette détresse est-elle bien comprise des gens qui dirigent les foyers de personnes âgées?

À la télévision et dans les publicités, nous voyons des aînés heureux qui s'adonnent à toutes sortes d'activités joyeuses et merveilleuses. On pourrait en conclure qu'il faut se tenir occupé, mais sans se demander pourquoi on est occupé, et sans penser à la personne qu'on a déjà été, à l'endroit où on se trouve ou aux sentiments qu'on éprouve.

Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez, à la lumière de votre expérience professionnelle? En fait-on assez dans ce dossier? L'organisme de coordination que vous avez mentionné pourrait-il aider les foyers de partout au pays à composer avec ce défi au quotidien?

C'est un retour à l'enfance, d'une certaine manière : tout comme on tient les enfants de 4 ou 5 ans occupés, on cherche aussi à tenir les aînés de 90 ans occupés. Mais est-ce qu'on sait vraiment captiver leur esprit?

**Mme Wilson :** Vous avez mentionné de nombreux enjeux dont nous parlons dans notre travail quotidien. L'une des grandes différences, c'est que les gens qu'on voit à la télévision et dans les publicités représentent ceux qui s'apprentent à s'installer dans des collectivités de retraités. Ils sont souvent très différents des aînés qui vivent dans des centres de soins de longue durée ou des maisons de soins infirmiers, les gens dont la santé physique et mentale est le plus fragile.

D'après des données récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé, près de 50 p. 100 des aînés vivant dans des maisons de soins de longue durée ont des symptômes ou un diagnostic de dépression. Nous savons que la plupart des personnes qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ont un problème de santé mentale. Si on ajoute à cela les troubles cognitifs, on constate que de 80 à 90 p. 100 de ces personnes ont un trouble de santé mentale.

Quant à savoir si les travailleurs de ces établissements ont les ressources et les compétences nécessaires, j'aimerais d'abord souligner que la plupart d'entre eux ont de bonnes intentions, mais qu'ils sont débordés et manquent de ressources.

lot of education at that level of care about mental health issues. We have good evidence about what types of interventions work. Social and recreational activities are some of them, but they are not the only ones. There is not always access to the right types of treatment.

A lot goes back to the issue around ageism and stigma and that we sometimes lose the feeling of hope that there is still quality of life for people who have severe mental illness or degenerative disorders such as dementia, and that feeling can trickle down in terms of the opportunities that are available for older adults. That sense of hope is important for that population as well, and understanding that quality of life and meaningful activity can still occur in settings like long-term care homes. It is a place where there is a lot of opportunity to improve.

**Senator Munson:** Do you believe Canada should adopt a strategy of another country, or should it be a made-in-Canada kind of policy approach?

**Dr. Drossos:** I think at any time it is good to learn from others who have preceded us and who have succeeded and sometimes failed or failed a little bit. We can only make ours better.

It only makes sense that just like individual cities, provinces and groups of populations within Canada need to determine for themselves what a suicide prevention framework and strategy means, at the national level, we need to consider what it means for us here in Canada.

**Ms. Wilson:** In terms of good principles of knowledge translation, three components people talk about are facilitation, evidence and context. Context is probably one of the most important, and, certainly, learning from other countries and using their evidence is a great starting point, but adapting to the context is probably the most crucial piece to make it resonate with communities.

**Senator Cordy:** Thank you for excellent presentations. Dr. Drossos, you spoke about a national bereavement centre; I believe “centre” is the term you used. You said that in death by suicide, the pain is not gone but transferred to others, and I think that is a valid way of saying what actually happens. Those who are left behind are in tremendous pain afterwards wondering what they could have done differently.

Are there national bereavement centres in other locations that you have seen that work? When a teenager dies by suicide, we have crisis teams that go into the schools, but that seems to be for the first couple of days. I am not sure how long-term it is. Do we have good best practices in Canada that are working in bereavement for those left behind after a suicide?

Malheureusement, il existe peu de formation dans ces milieux à propos des problèmes de santé mentale. Nous disposons de preuves solides qui montrent quels genres d'interventions sont efficaces. Les activités sociales et récréatives en font partie, mais ce ne sont pas les seules options possibles. Les traitements qui seraient requis ne sont pas toujours accessibles.

Cela est lié en grande partie à la discrimination fondée sur l'âge et aux préjugés. De plus, on perd parfois l'espoir que les gens atteints d'une grave maladie mentale ou de maladies dégénératives telles que la démence puissent avoir une bonne qualité de vie; ce sentiment peut avoir une incidence sur les options offertes aux aînés. Il est important pour ces aînés de conserver un sentiment d'espoir; il faut aussi comprendre qu'on peut avoir une bonne qualité de vie et faire des activités valables dans des endroits comme des maisons de soins de longue durée. Il y aurait place à beaucoup d'amélioration dans ce domaine.

**Le sénateur Munson :** D'après vous, le Canada devrait-il adopter une stratégie élaborée par un autre pays, ou devrait-on opter pour une politique conçue au Canada?

**Dr Drossos :** Je crois qu'il est toujours bon de profiter de l'expérience des gens qui nous ont précédés et d'apprendre de leurs succès, de leurs échecs et de leurs difficultés. Tout cela ne peut que renforcer notre propre approche.

Il va de soi que — tout comme les villes canadiennes, les provinces et les différents groupes doivent déterminer ce qu'un cadre et une stratégie de prévention du suicide peuvent signifier pour eux —, nous devons déterminer ce que cela signifie pour le Canada, à l'échelon national.

**Mme Wilson :** Parmi les principes qui régissent le transfert des connaissances, on parle souvent de trois composantes, soit la facilitation, les preuves et le contexte. Le contexte est probablement l'un des éléments les plus importants. Évidemment, apprendre de l'expérience d'autres pays et utiliser les preuves qu'ils ont amassées constitue un excellent point de départ. Mais il faut adapter ces leçons à notre contexte; c'est probablement l'étape la plus cruciale pour qu'elles puissent être bien accueillies dans nos collectivités.

**Le sénateur Cordy :** Je vous remercie de ces excellentes présentations. Dr Drossos, vous avez parlé d'un centre de deuil national; je crois que vous avez employé le mot « centre ». Vous avez souligné que lors d'un décès par suicide, la souffrance ne prend pas fin, mais qu'elle est plutôt transférée à d'autres personnes. Je crois que cela décrit bien la situation. Après un suicide, les proches du défunt éprouvent une souffrance terrible et se demandent ce qu'ils auraient pu faire différemment.

Avez-vous vu, à d'autres endroits, des centres de deuil nationaux qui fonctionnent bien? Quand un adolescent se suicide, une équipe de crise se rend dans son école, mais ce soutien ne dure que quelques jours, je crois. Je ne sais pas ce qui se passe à long terme. Avons-nous des pratiques établies et efficaces, au Canada, pour aider les gens à vivre leur deuil après un suicide?



**Dr. Drossos:** We have a couple of examples of that. You asked about other jurisdictions, other countries, perhaps, and I am not aware of any in other countries, but it is not an area in which I am an expert. The person originally slated to here from CASP probably could have answered better than I.

We do have groups working in this area. On our board, we also have another individual who was to be here, who is our survivor chair. She has experience with a loved one dying by suicide and coordinates a body within the membership of CASP, and non-members, for that matter. This is not an acute piece; this is the longer-term connection and supports.

At an acute stage, you are right to say that for young people and their families, we do a better job, but not as much as for other ages, and I think Ms. Wilson can add to that.

**Ms. Wilson:** I would agree. Again, going back to that piece around ageism and stigma, part of it is the juxtaposition that young people are not supposed to die. That is something that we talk about a lot. Death is part of growing older, so sometimes it is swept under the rug when there is a case of suicide. There is evidence showing that coroners are less likely to rule a suicide if it is someone who is older. In that family piece, people are left behind who do not necessarily have that network that they may have in other age groups. We have had the great fortune of working with the previous CASP survivor chair who helped us understand the issues, as both of her parents, who were older, died together by suicide. It is certainly a gap you have identified.

**Senator Cordy:** I think you said it very well. Younger people are not supposed to die early. When you look at seniors, we do not seem to be getting the information about suicide. We have statistics that we can look at, but you tend to look at the under-25s. When you look at the rate of suicide among older men, particularly, it is astonishingly high, and yet it is not talked about a whole lot. Are we doing enough in that area to educate the public about suicide among our older citizens?

**Ms. Wilson:** There are people who are doing excellent work, and there are pockets across Canada, and we are privileged to work with many of the leading experts, but we are not doing enough. Particularly as we talk about the aging demographics, we know 2011 was the first year that the baby boomers turned 65, so the time is now. We certainly need to talk about this more and raise awareness in the public, but also for people who work with older adults so they understand what risk factors there are as you grow older and how symptoms manifest differently in older adults compared to different populations. When you look at the current cohort of older people, it will be different from our baby boom generation and following generations. They grew up in a time where the stigma was even more significant than it is now, and it

**Dr Drossos :** Nous avons quelques exemples. Vous avez demandé ce qui se faisait ailleurs, dans d'autres pays par exemple. Je ne connais pas de programme de ce genre dans d'autres pays, mais ce n'est pas un de mes domaines d'expertise. La personne qui devait représenter l'ACPS au départ aurait probablement pu donner une meilleure réponse.

Nous avons des groupes qui travaillent dans ce domaine. Un autre membre de notre conseil d'administration devait aussi être ici; c'est la présidente de la section « survivants ». Elle a perdu un de ses proches à cause d'un suicide, et elle coordonne un groupe formé de membres de l'ACPS et aussi de non-membres. Ce groupe n'a pas pour but d'intervenir en cas de crise; il vise plutôt à offrir un réseau et du soutien à long terme.

Vous avez noté que, lors des situations de crise, nous offrons un certain soutien aux jeunes et à leur famille. Mais il y a peu de soutien quand la victime est plus âgée; je crois que Mme Wilson pourra en dire davantage à ce sujet.

**Mme Wilson :** C'est aussi mon avis. Pour revenir à la question de l'âgisme et des préjugés, la mort des jeunes a tendance à choquer davantage parce que les jeunes ne sont pas censés mourir. C'est un phénomène dont nous parlons beaucoup. On associe naturellement la vieillesse à la mort; par conséquent, quand il se produit un suicide, il est parfois passé sous silence. Les preuves démontrent que les coroners sont moins portés à déclarer le suicide comme cause du décès quand le défunt est relativement âgé. Les membres de la famille du défunt n'ont pas nécessairement un réseau social aussi solide que les gens d'autres groupes d'âge. Nous avons eu le privilège de travailler avec l'ancienne présidente de la section « survivants » de l'ACPS, qui nous a aidés à comprendre ces enjeux, puisque son père et sa mère se sont suicidés ensemble quand ils étaient relativement âgés. Il y a en effet un vide à combler auprès de cette population, comme vous l'avez souligné.

**Le sénateur Cordy :** Vous l'avez très bien exprimé, je crois : les jeunes ne sont pas censés mourir. Nous n'avons pas vraiment d'information sur le suicide des aînés. Il existe des statistiques, mais on a tendance à regarder les données des moins de 25 ans. Pourtant, quand on regarde le taux de suicide des hommes âgés, ce chiffre est étonnamment élevé. Mais on en parle peu. En faisons-nous assez pour sensibiliser la population à la question du suicide chez les aînés?

**Mme Wilson :** Il y a des gens qui font un boulot extraordinaire, à divers endroits au Canada, et nous avons le privilège de collaborer avec plusieurs experts renommés. Mais nous n'en faisons pas assez. En termes de démographie, on sait que les premiers baby-boomers ont eu 65 ans en 2011. Il faut donc agir dès maintenant. Il faut en parler davantage et sensibiliser non seulement la population, mais aussi les gens qui travaillent auprès des aînés, pour qu'ils comprennent les facteurs de risque associés à l'âge et sachent comment les symptômes se manifestent chez les personnes âgées, comparativement à d'autres groupes d'âge. Quand les baby-boomers et les générations suivantes deviendront des personnes âgées, ils seront différents des aînés qu'on voit actuellement. Les aînés actuels ont grandi à une époque où les

was not necessarily socially acceptable to go say that you are feeling sad or depressed after a loss or after a life change. The way we deal with the current generation may very well look different from how we deal with future generations. It is certainly a place where there is an opportunity to improve our response.

**Senator Cordy:** Is there a difference in the way that a senior would die by suicide than someone who is younger? We have heard stories where they stopped eating, for example. Do you have statistics on that?

**Ms. Wilson:** Again, what we talk about more is the fact that older adults use the most lethal means. There are cases of passive suicide where they maybe stop eating or taking medication, but those are the ones who may not be ruled suicide as explicitly as the ones where we are talking about more lethal means. What is probably equally important or maybe gets people's attention, and therefore that is where we start, is the fact that particularly older men use the most lethal means. There are fewer attempts and more successful suicides.

**Dr. Drossos:** I would add that based on age, and since we are speaking about particularly older men for the moment, the signs that one might be at risk of suicide in that age group are identified less by health care professionals of all stripes. It is almost because we do not suspect it. We should be doing screening, especially in known types of conditions, neurodegenerative conditions and other conditions that will eventually be fatal. Those are the kinds of people in particular that we should be watching for and asking every time we see them as clinicians, "Are you feeling depressed? Are you feeling suicidal?" We do not do a good enough job of that. There are good examples of where it is done extremely well, but, uniformly across the country, we have room for improvement.

**Senator Cordy:** There was a study in Nova Scotia, I think at least 10 years ago, on rates of depression in older seniors. I think you are absolutely right. We just have to know what to look for.

**Dr. Drossos:** The symptoms of depression in older men and older people in general tend to be different from the classic description in a textbook, or even what is used in public awareness campaigns.

**Senator Cordy:** Perhaps we should have more public awareness campaigns.

**Dr. Drossos:** Exactly.

**The Chair:** Thank you very much for appearing here today. I think you have fleshed out the range of things we have heard this evening on this subject. On behalf of the committee, I thank you for your appearance and the frankness and straightforwardness and clarity of the answers you have given us.

préjugés étaient encore plus marqués que maintenant; il n'était peut-être pas acceptable, sur le plan social, d'exprimer des sentiments de tristesse ou de dépression après une perte ou un changement important. Les méthodes que nous utilisons pour traiter avec les aînés actuels changeront probablement pour les prochaines générations. Nous pouvons certainement améliorer nos façons de faire.

**Le sénateur Cordy :** Les aînés qui souhaitent se suicider emploient-ils des méthodes différentes des jeunes? À titre d'exemple, nous avons entendu parler de personnes qui cessaient de s'alimenter. Avez-vous des statistiques à ce sujet?

**Mme Wilson :** Nous parlons surtout du fait que les aînés utilisent les moyens les plus mortels. Il y a des suicides passifs, où les gens cessent de manger ou de prendre leurs médicaments. Mais dans ces circonstances, le décès n'est pas nécessairement déclaré comme un suicide, contrairement aux cas où la personne utilise une méthode plus directe. Voici un autre point tout aussi important qui pourrait attirer l'attention du public et serait donc un bon point de départ : les hommes âgés utilisent les méthodes les plus mortelles. Dans ce groupe, il y a moins de tentatives de suicides et davantage de suicides réussis.

**Dr Drossos :** J'ajouterais, puisque nous parlons des hommes âgés, que les différentes catégories de professionnels de la santé ont du mal à déceler les signes d'un risque de suicide dans ce groupe d'âge. C'est comme si cette possibilité ne nous venait pas à l'esprit. Nous devrions faire du dépistage, particulièrement auprès des gens qui sont atteints de maladies neurodégénératives et d'autres problèmes de santé qui sont mortels à plus ou moins longue échéance. Nous devrions porter une attention particulière aux personnes de ces groupes et leur demander, chaque fois que nous les voyons en tant que cliniciens, « Vous sentez-vous déprimé? Avez-vous des idées suicidaires? » Nous ne travaillons pas assez en ce sens. Certains endroits le font extrêmement bien mais, d'une manière générale, dans l'ensemble du pays, il y aurait place à amélioration.

**Le sénateur Cordy :** Une étude a été réalisée en Nouvelle-Écosse, il y a au moins 10 ans, je crois, sur le taux de dépression des personnes âgées. Je crois que vous avez tout à fait raison : il faut savoir repérer les signes.

**Dr Drossos :** Les symptômes de dépression chez les hommes âgés et les autres aînés sont souvent différents des symptômes décrits dans les manuels classiques, ou même de ceux que mentionnent les campagnes de sensibilisation.

**Le sénateur Cordy :** Il nous faudrait peut-être davantage de campagnes de sensibilisation.

**Dr Drossos :** Exactement.

**Le président :** Je vous remercie d'avoir témoigné devant nous aujourd'hui. Vous nous avez apporté des précisions sur de nombreux aspects qui ont été discutés ce soir. Au nom du comité, je vous remercie de votre participation et des réponses franches, directes et claires que vous nous avez fournies.

Colleagues, I will call us now into clause by clause. I need to put the question directly to you: Is it agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-300, An Act respecting a Federal Framework for Suicide Prevention? Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Shall the title stand postponed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** That is agreed. Thank you. Shall the preamble stand postponed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** That is agreed. Shall the short title in clause 1 stand postponed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** That is agreed. Shall clause 2 carry?

**Senator Eggleton:** I will speak on clause 2 because clause 2 is the meat of this particular bill. As we have heard from our witnesses, particularly the last two, there is a difference between what is in this bill, which is called a framework, and what some of them say it should be, which is a national strategy. A national strategy is something that the House of Commons actually passed unanimously in October of last year. That is not what we are getting here.

There has to be federal leadership in this, and there needs to be a national strategy as soon as possible, as the House of Commons asked for. However, I do applaud Mr. Albrecht for bringing this forward because it is a move in the right direction. It does establish in clause 2 a number of important items that need to be addressed. It is what it is, and I will support it. I think it is a good move, and I applaud him for doing that. I am hoping that this will open the door to going further into these issues and moving toward what our witnesses talked about as a national strategy.

With that, I will support clause 2.

**Senator Seidman:** I want to respond, because I totally agree with you. I would say that, in essence, when I look at this framework response, the framework will provide the very thing that these people sitting in front of us today requested. Therefore, the framework, to me, when I look at this, will integrate all the different strategies across the country. It will consult widely across the country with NGOs, professionals, regions and provinces. It will also define and promote best practices. In essence, we are going to get from this framework one step closer to what everyone wants. I think it is a very positive thing. All the testimony we heard today will be on record, and that hopefully will also inform the framework.

I, too, will strongly support this moving forward.

Chers collègues, nous allons maintenant procéder à l'étude article par article. Je dois vous poser la question directement : sommes-nous d'accord pour procéder à l'étude article par article du projet de loi-C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide? Sommes-nous d'accord?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** L'étude du titre est-elle réservée?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Nous sommes d'accord. Merci. L'étude du préambule est-elle réservée?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Nous sommes d'accord. L'étude du titre court dans l'article 1 est-elle réservée?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Nous sommes d'accord. L'article 2 est-il adopté?

**Le sénateur Eggleton :** Je vais parler de l'article 2 parce qu'il est au cœur du projet de loi en question. Comme les témoins-experts nous l'ont dit, notamment les deux derniers, il existe une différence entre ce que ce projet de loi propose, c'est-à-dire un cadre, et ce qu'il devrait proposer, selon certains, c'est-à-dire une stratégie nationale, ce que la Chambre des communes a adopté à l'unanimité au mois d'octobre de l'an dernier. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici.

Le leadership du fédéral est nécessaire dans ce dossier et nous devons avoir une stratégie nationale aussitôt que possible, comme l'a réclamé la Chambre des communes. Le projet de loi est toutefois un pas dans la bonne direction et je tiens à féliciter M. Albrecht de l'avoir présenté. L'article 2 signale des points importants à régler. J'appuie le projet de loi pour ce qu'il est. C'est une bonne initiative, que j'accueille favorablement. J'espère qu'elle nous amènera à approfondir ces questions et à nous rapprocher d'une stratégie nationale, tel qu'évoqué par nos témoins experts.

Ceci étant dit, j'appuie l'article 2.

**Le sénateur Seidman :** J'aimerais intervenir, parce que je suis tout à fait d'accord avec vous. Je dirais qu'essentiellement, le cadre fournira précisément ce que réclamaient ces gens assis devant nous aujourd'hui. Le cadre, selon moi, intégrera toutes les différentes stratégies en vigueur au pays. Il suscitera une vaste consultation pancanadienne auprès des ONG, des professionnels, des régions et des provinces. Il permettra aussi de définir et de promouvoir les pratiques exemplaires. Au fond, ce cadre nous rapprochera du but que nous souhaitons tous. À mon avis, le projet de loi est une très bonne chose. Tous les témoignages entendus aujourd'hui seront versés au compte-rendu et, espérons-le, aideront à l'élaboration du cadre.

J'appuie fermement ce projet de loi moi aussi.

**Senator Cordy:** I would also like to congratulate Mr. Albrecht for bringing forward what is a national framework, but I think that we have to recognize that it was unanimous in the House of Commons that we have a national strategy. I would like it to be a government bill that we have a national strategy, with accompanying funding to develop a national strategy. The framework, I agree with Senator Seidman, will certainly lead to discussions and consultation and those kinds of thing. I think the ultimate goal is — if Canada is the only country that has not passed the UN, perhaps I would not want to say “only” as that is a pretty broad statement, but it is one of the leading democracies to not have a national strategy, and that is very important.

Having said that, I would like to congratulate Mr. Albrecht for the work he has done, because I think this is a first step, but I would like the national strategy to be a government bill.

**The Chair:** I will put it again. Shall clause 2 carry?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Agreed. That is carried.

Shall clause 3 carry?

**Senator Cordy:** May I have a comment on clause 3, please?

**The Chair:** Certainly.

**Senator Cordy:** The idea of within 180 days after the bill or this section comes into force makes me nervous, because sometimes bills come into force quickly, and that would be great that we have the consultation within a six-month period. I hope that is the case. I certainly would not bring any amendments in, because I think it is important that the first step go along quickly.

For this particular area, I would like to bring in an observation. I am not sure if you want me to say it now or later.

**The Chair:** No, when we come to that part.

**Senator Cordy:** I think what we heard is that we have to be inclusive in terms of who will be consulted.

**The Chair:** Yes. I want to make a note of that “coming into force.” Thank you.

Shall clause 3 carry?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Shall clause 4 carry?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Shall clause 1 carry?

**Le sénateur Cordy :** Je félicite à mon tour M. Albrecht pour avoir présenté un cadre national. Nous devons toutefois reconnaître que c'est une stratégie nationale que la Chambre des communes avait réclamée à l'unanimité. J'aimerais qu'il y ait un projet de loi du gouvernement pour le développement d'une stratégie nationale, avec financement à l'appui. Je suis d'accord avec le sénateur Seidman : le cadre va certainement entraîner des discussions, des consultations, et ce genre de choses. Selon moi, c'est le but ultime, puisque le Canada est le seul pays membre des Nations Unies — peut-être ne devrais-je pas dire « le seul », car ce serait là une affirmation assez large — ou du moins l'une des plus grandes démocraties à ne pas avoir de stratégie nationale, et c'est très important.

Ceci étant dit, je félicite M. Albrecht du travail accompli, car il s'agit selon moi d'un premier pas. J'aimerais cependant que la stratégie nationale fasse l'objet d'un projet de loi émanant du gouvernement.

**Le président :** Je pose la question à nouveau. L'article 2 est-il adopté?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Oui. Adopté.

L'article 3 est-il adopté?

**Le sénateur Cordy :** Puis-je faire un commentaire sur l'article 3, s'il vous plaît?

**Le président :** Certainement.

**Le sénateur Cordy :** L'idée des 180 jours suivant l'entrée en vigueur du projet de loi ou de cet article me rend un peu nerveuse, parce que, parfois, les projets de loi entrent en vigueur rapidement, et ce serait une bonne chose de tenir des consultations à l'intérieur d'une période de six mois. J'espère que ce sera le cas. Je ne proposerai certainement pas d'amendements, parce que j'estime qu'il est important que cette première étape se fasse rapidement.

J'aimerais faire une observation sur ce sujet en particulier. Je ne sais pas si je dois la faire maintenant ou plus tard.

**Le président :** Non, lorsque nous sommes rendus à la partie en question.

**Le sénateur Cordy :** Ce qu'on nous a dit, selon moi, c'est d'inclure tout le monde dans les consultations.

**Le président :** Oui. Je veux prendre cela en note — « l'entrée en vigueur. » Merci.

L'article 3 est-il adopté?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Adopté.

L'article 4 est-il adopté?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Adopté.

L'article 1 est-il adopté?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Shall the preamble carry?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Shall the title carry?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Shall the bill carry?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Does the committee wish to consider appending observations to the report?

**Senator Eggleton:** Actually, I think I have the same observation, but maybe I could explain. I have written out an observation here that certainly fits with what Senator Cordy was just talking about.

My concern here is timing, because it says in clause 3 that “Within 180 days after the day on which this section comes into force, the Government of Canada must enter into consultations,” et cetera.

Clause 4 says within four years after the coming into force of the act, then a reporting procedure starts, but it does not say when the bill will come into force. Most bills come into force upon Royal Assent or shortly thereafter, but not all bills. Some bills can sit around for months or years before they come into force. The suggestion that I have — and maybe Senator Cordy will have a better one — is the following: “That the government be requested” — very soft language; it is an observation — “to bring the bill into force within a few days of Royal Assent,” which is the normal thing. It is normal, but it is not always done. Because if it is not done for some time, then this clock does not start ticking, and it is a very urgent matter to get on with this suicide prevention framework.

The second part of that observation would be that “in relation to clause 4, efforts be made to report progress to both houses of Parliament before the four-year time frame is reached.”

What we are saying there is clause 4 says that within four years after the coming in and two years thereafter, but I think a gentle nudge is needed to say: Bring some progress reports on how this sharing of information and this knowledge dissemination is occurring so that we will know that some progress is being made and we can, if we want to, have a hearing on that. We do not have to, but at least we would be kept in the loop as to how this thing is progressing rather than waiting as much as four years.

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Adopté.

Le préambule est-il adopté?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Adopté.

Le titre est-il adopté?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Adopté.

Le projet de loi est-il adopté?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Adopté.

Le comité souhaite-t-il discuter de la possibilité d'annexer des observations à ce rapport?

**Le sénateur Eggleton :** En fait, mon observation est assez semblable, mais peut-être devrais-je m'expliquer. J'ai écrit une observation qui rejoint les commentaires que vient de faire le sénateur Cordy.

Ce qui m'inquiète, c'est la chronologie des événements, car on peut lire dans l'article 3 que « dans les 180 jours suivant l'entrée en vigueur du présent article, le gouvernement du Canada entame des consultations », et cetera.

On signale dans l'article 4 que, dans les quatre ans suivant l'entrée en vigueur de la loi, une procédure de présentation de rapports doit s'entamer, mais on ne précise nulle part quand le projet de loi entre en vigueur. La plupart des projets de loi entrent en vigueur lorsque la sanction royale est reçue ou peu après, mais ce n'est pas toujours le cas. En effet, l'entrée en vigueur peut prendre des mois ou des années. Voici ce que je propose — peut-être madame le sénateur Cordy a-t-elle une meilleure idée : « Que l'on demande au gouvernement... », il s'agit d'une observation et le langage est assez ouvert, « ...de mettre le projet de loi en vigueur quelques jours suivant la sanction royale », ce qui est une procédure courante. On le fait couramment, mais pas toujours. Si on ne fait rien pendant un certain temps, le temps passe, et il est urgent que nous développons ce cadre de prévention du suicide.

La deuxième partie de mon observation s'applique à l'article 4 et s'énoncerait de la façon suivante : « que l'on s'efforce de faire rapport des progrès accomplis aux deux Chambres du Parlement avant que la période de quatre ans ne soit écoulée. »

L'article 4 prévoit un rapport après quatre ans et par la suite tous les deux ans, soit, mais j'estime qu'on doit encourager d'une certaine manière la reddition de comptes sur les progrès réalisés en matière de partage de renseignements et de diffusion du savoir, de façon à ce que nous sachions la manière dont les choses avancent et que nous tenions une audience là-dessus, au besoin. Il nous serait ainsi possible d'être tenus au courant des progrès de cette initiative sans avoir à attendre quatre ans.

My observations are strictly on the question of timing, and they are to request the government to bring it within a few days of Royal Assent, and for whatever the body is that ends up coordinating this, to report it a little sooner than the four years so that we can see that progress is being made. Those are requests; they are not amendments.

**The Chair:** Senator Cordy, are yours in a similar vein?

**Senator Cordy:** Actually, no, but I think it is extremely important what Senator Eggleton has said in terms of reporting to both houses of Parliament. I think that should be part of the observation. If I were to make an amendment to the bill, that would have been one of the amendments, that it be to both houses of Parliament. However, I think we should put it in an observation so that we can get things moving quickly.

Mine is strictly related to clause 3 and to inclusion.

**The Chair:** Let us get the issues on the record.

**Senator Cordy:** “The government should consider including such groups as young people, members of the LGBT community, Aboriginals, including young Aboriginals, and media in the consultation process.”

**Senator Munson:** And those incarcerated?

**Senator Cordy:** Yes. We did.

**The Chair:** Are there any other suggested observations? If not, these two items are on the table for discussion. My only overall observation is somewhat along the lines that Senator Seidman has already indicated. Frankly, I was quite pleased with the list of items under clause 2, because the pursuit of those will, I think, actually inform a national strategy really well. In fact, if we listen to the witnesses today, many of the things they were requesting came to items that are even specifically mentioned in here; and the one that we heard even in the health accord that we reviewed, the issue of identifying best health practices and having them disseminated across jurisdictions is a critical area.

With regard to the time, I will certainly not argue with the basis of Senator Eggleton’s request, but I frankly would be astounded if this was not a bill that comes into force quickly, based on the overwhelming support for this concept and, indeed, the government’s own —

**Senator Duffy:** From all sides.

**The Chair:** — actions to date with regard to issues that underlie this, the mental health issue and so on. That is just an observation.

**Senator Duffy:** Mr. Chair, the other thing that strikes me is that when we start making a list, we will always leave someone off. I think there is goodwill here. I think there is a sense of urgency. If the government does not move and proclaim it

Mes observations ne concernent que la chronologie des événements. Elles demandent que le gouvernement mette la loi en vigueur quelques jours après la sanction royale, et que l’entité qui sera chargée de coordonner cette initiative fasse rapport du travail effectué avant la fin de la période prévue de quatre ans, de façon à ce que nous puissions constater les progrès accomplis. Il s’agit de demandes, et non d’amendements.

**Le président :** Sénateur Cordy, vos observations sont-elles dans la même veine?

**Le sénateur Cordy :** En fait, non, mais le sénateur soulève un point important quand il parle de faire rapport auprès des deux Chambres du Parlement, et je crois que ce point devrait faire partie de l’observation. Si j’avais à faire un amendement au projet de loi, il porterait là-dessus, c’est-à-dire que les deux Chambres reçoivent un rapport. J’estime toutefois préférable d’inclure ce point dans une observation afin que les choses aillent rondement.

Mes observations concernent seulement l’article 3 et l’inclusion.

**Le président :** Consignons-les au compte-rendu.

**Le sénateur Cordy :** « Le gouvernement devrait songer à inclure dans le processus de consultation les jeunes, les membres de la communauté GLBT, les Autochtones, y compris les jeunes Autochtones, et les médias. »

**Le sénateur Munson :** Et les prisonniers?

**Le sénateur Cordy :** Oui. Eux aussi.

**Le président :** Y a-t-il d’autres observations? Sinon, c’est de ces deux points que nous allons discuter. J’ai une seule observation générale à formuler et elle va dans le sens des commentaires du sénateur Seidman. Pour être franc, j’étais assez satisfait des points énumérés à l’article 2, parce que je considère qu’ils seront très utiles à l’élaboration d’une stratégie nationale. En fait, plusieurs témoins entendus aujourd’hui ont réclamé certaines choses qui sont précisément énoncées ici; et d’après le témoin entendu lors de l’étude de l’accord sur la santé, la détermination des pratiques exemplaires en matière de santé et la diffusion de ce savoir étaient considérées essentielles.

Quant à la chronologie, je ne mettrai certainement pas en doute le fondement de ce que réclame le sénateur Eggleton, mais je serais franchement très étonné si ce projet de loi n’entre pas en vigueur rapidement, étant donné l’appui énorme qu’on lui accorde et le fait que le gouvernement...

**Le sénateur Duffy :** Que tous les partis.

**Le président :** ... a pris des mesures pour s’attaquer aux causes sous-jacentes, la santé mentale, et cetera. Il s’agit là que d’une observation.

**Le sénateur Duffy :** Monsieur le président, ce qui me frappe, c’est que lorsqu’on établit une liste, on risque toujours de laisser quelqu’un de côté. Je crois qu’il y a beaucoup de bonne volonté à l’endroit de ce projet de loi, et que celui-ci suscite un sentiment

quickly, as Senator Eggleton has raised concerns about, I am sure the media would be interested in hearing from the senator on his concerns about possible delays.

I think that the more ornaments we hang on this tree, the more in danger we are of confining rather than expanding the base of the work. We want to keep the momentum going and not delay it.

**Senator Cordy:** These are not amendments; these are observations.

**The Chair:** I understand. They need to be translated to get into the chamber.

**Senator Duffy:** Ornaments on a tree.

**The Chair:** Any other comments?

**Senator Eggleton:** What about the second one about progress reports? Is that one okay? Within the four-year time frame?

**Senator Duffy:** Again, I think it is one of these things where individual senators or this committee could send an interrogatory to the group to ask: How are you making out? However, to put it on as an ornament on this document —

**Senator Cordy:** It is not an ornament. I think it is an extremely important step.

**Senator Duffy:** It is an addition. Everything that we add on has the potential to slow it down, and I think we do not want to slow it down.

**Senator Cordy:** No.

**The Chair:** Let us move.

**Senator Cordy:** I think it is extremely important that the reporting be to both houses of Parliament. I think that has to be an observation.

**The Chair:** Any further discussion on this?

**Senator Munson:** Just briefly, chair. I have never seen where observations slow anything down.

**Senator Cordy:** I agree.

**The Chair:** I will take your request for observations as a motion for observations. Is that reasonable?

The motion is before us to append observations. Those in favour?

**Some Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Those contrary, if any?

**Some Hon. Senators:** Against.

**The Chair:** I had better count. I declare it defeated, six to four.

d'urgence. Si le gouvernement ne le met pas en vigueur rapidement, comme le craint le sénateur Eggleton, je suis certain que les médias s'intéresseront à ses inquiétudes entourant des atermoiements possibles.

Je crois que plus nous accrochons de décorations dans cet arbre, plus nous risquons de restreindre la base de nos travaux, au lieu de l'élargir. Nous devrions poursuivre sur notre lancée, et non ralentir.

**Le sénateur Cordy :** Il ne s'agit pas d'amendements; ce sont des observations.

**Le président :** Je comprends. Ils doivent être traduits avant d'être introduits à la Chambre.

**Le sénateur Duffy :** Des décorations dans un arbre.

**Le président :** D'autres observations?

**Le sénateur Eggleton :** Que pensez-vous de la deuxième observation au sujet des rapports sur les progrès accomplis, avant la fin de la période de quatre ans? Est-elle acceptable?

**Le sénateur Duffy :** Encore une fois, je crois qu'un sénateur ou que ce comité pourrait s'adresser à l'entité concernée et demander comment vont les choses. Mais de l'ajouter à ce document, comme une décoration...

**Le sénateur Cordy :** Ce n'est pas une décoration. J'estime qu'il s'agit d'une étape extrêmement importante.

**Le sénateur Duffy :** C'est un ajout. Tout ce qu'on ajoute risque de ralentir les choses et je ne crois pas que c'est ce que nous souhaitons.

**Le sénateur Cordy :** Non.

**Le président :** Passons à autre chose.

**Le sénateur Cordy :** J'estime qu'il est extrêmement important qu'un rapport soit fait aux deux Chambres du Parlement. Selon moi, ce point doit faire l'objet d'une observation.

**Le président :** Autre chose à ajouter sur ce sujet?

**Le sénateur Munson :** Très brièvement, monsieur le président. Je n'ai jamais vu une observation ralentir quoi que ce soit.

**Le sénateur Cordy :** Je suis d'accord.

**Le président :** Je vais considérer votre demande d'observations comme une motion d'observations. Est-ce que cela vous paraît raisonnable?

Nous sommes saisis d'une motion tendant à ajouter des observations. Que ceux qui sont en faveur de la motion veuillent bien dire oui.

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Que ceux qui s'y opposent, s'il y en a, veuillent bien dire non?

**Des voix :** Non.

**Le président :** Je dois faire le compte. Je déclare la motion rejetée, à six contre quatre.

**Senator Cordy:** Why did you not ask questions?

Just a point of clarification. An observation will not slow down the bill; and if there were concerns, perhaps the other side could have asked questions during the debate.

**The Chair:** Is it agreed that I report this bill to the Senate?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** That is agreed.

Thank you very much. I declare the meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

**Le sénateur Cordy :** Pourquoi n'avez-vous pas posé de questions?

Je voudrais simplement apporter une précision. Une observation ne ralentira pas l'adoption du projet de loi; si les représentants de l'autre côté avaient des inquiétudes à ce sujet, ils auraient peut-être dû poser des questions durant le débat.

**Le président :** Est-il convenu que je fasse rapport du projet de loi au Sénat?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** D'accord.

Merci beaucoup. Sur ce, la séance est levée.

(La séance est levée.)

---





#### WITNESSES

Harold Albrecht, Member of Parliament for Kitchener-Conestoga, sponsor of the bill.

*Public Health Agency of Canada:*

Marla Israel, A/Director General, Centre for Health Promotion.

*Health Canada:*

Kathy Langlois, A/Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch.

*Mood Disorders Society of Canada:*

Philip Upshall, National Executive Director.

*Kids Help Phone:*

Alisa Simon, Vice President, Counselling Services and Program.

*Canadian Coalition for Seniors' Mental Health:*

Kimberley Wilson, Executive director.

*Canadian Association for Suicide Prevention:*

Dr. Alex Drossos, Board Member.

#### TÉMOINS

Harold Albrecht, député, Kitchener-Conestoga, parrain du projet de loi.

*Agence de la santé publique du Canada :*

Marla Israel, directrice générale par intérim, Centre pour la promotion de la santé.

*Santé Canada :*

Kathy Langlois, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

*Société pour les troubles de l'humeur du Canada :*

Philip Upshall, directeur exécutif national

*Jeunesse, J'écoute :*

Alisa Simon, vice-présidente des services et programmes cliniques.

*Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées :*

Kimberley Wilson, directrice exécutive.

*Association canadienne pour la prévention du suicide :*

Dr Alex Drossos, membre du conseil.