

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

HUMAN RIGHTS

DROITS DE LA PERSONNE

Wednesday, November 1, 2017

Le mercredi 1^{er} novembre 2017

Issue No. 22

Fascicule n° 22

Eighteenth meeting:

Dix-huitième réunion:

Study on the issues relating to the human rights
of prisoners in the correctional system

Étude sur les questions concernant les droits de la
personne des prisonniers dans le système correctionnel

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE
ON HUMAN RIGHTS

The Honourable Senators:

Andreychuk	Martin
Ataullahjan	McPhedran
Bernard	Munson
Brazeau	Ngo
Eaton	Pate
* Harder, P.C. (or Bellemare)	* Smith (or Martin)
Hartling	

*Ex officio members

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 12-5 and to the order of the Senate of December 7, 2016, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Brazeau replaced the Honourable Senator Omidvar (*October 31, 2017*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES DROITS DE LA PERSONNE

Les honorables sénateurs:

Andreychuk	Martin
Bernard	McPhedran
Brazeau	Ngo
Eaton	Pate
* Harder, C.P. (ou Bellemare)	* Smith (ou Martin)
Hartling	

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 12-5 du Règlement et à l'ordre adopté par le Sénat le 7 décembre 2016, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

L'honorable sénateur Brazeau a remplacé l'honorable sénatrice Omidvar (*le 31 octobre 2017*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 1, 2017
(46)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Human Rights met this day at 11:32 a.m., in room 9, Victoria Building, the Honourable Jim Munson presiding.

Senators present: The Honourable Senators Bernard, Brazeau, Hartling, Munson and Pate (5).

In attendance: Erin Shaw and Ryan van den Berg, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, December 15, 2016, the committee continued its study on the issues relating to the human rights of prisoners in the correctional system. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 14.*)

WITNESSES:

Citizen Advocacy Ottawa:

Nancy Lockwood, Program Manager, Fetal Alcohol Resource Program.

Royal Ottawa Mental Health Centre:

Dr. J. Paul Fedoroff, Director, Sexual Behaviours Clinic.

Canadian Academy of Psychiatry and the Law:

Dr. Brad Booth, Vice President.

The Honourable Senator Munson made a statement.

Ms. Lockwood made a statement and answered questions.

At 12:25 p.m., the committee suspended.

At 12:30 p.m., the committee resumed.

Dr. Fedoroff and Dr. Booth made statements and answered questions.

At 1:36 p.m., the committee adjourned.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 1^{er} novembre 2017
(46)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 11 h 32, dans la pièce 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Jim Munson.

Sénateurs présents: Les honorables sénateurs Bernard, Brazeau, Hartling, Munson et Pate (5).

Également présents: Erin Shaw et Ryan van den Berg, analystes, 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 jeudi 15 décembre 2016, le comité poursuit son étude sur les questions concernant les droits de la personne des prisonniers dans le système correctionnel. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 14 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

Citizen Advocacy Ottawa:

Nancy Lockwood, gestionnaire de programme, Programme de ressources sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale.

Services de santé Royal Ottawa:

Dr J. Paul Fedoroff, directeur, Clinique sur les comportements sexuels.

Académie canadienne de psychiatrie et de droit:

Dr Brad Booth, vice-président.

L'honorable sénateur Munson prend la parole.

Mme Lockwood fait une déclaration et répond aux questions.

À 12 h 25, la séance est suspendue.

À 12 h 30, la séance reprend.

Le Dr Fedoroff et le Dr Booth font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 13 h 36, la séance est levée.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Mark Palmer

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, November 1, 2017

The Standing Senate Committee on Human Rights met this day at 11:32 a.m. to study issues relating to the human rights of prisoners in the correctional system.

[*English*]

Senator Munson: Good morning, and welcome to our Standing Senate Committee on Human Rights.

As just a brief note, this will be my last meeting as chair of this committee. It has been a real education over the last two years of dealing with the issues that we have been, which have been seven or eight incredible issues from Syrian refugees to the study we are doing right now relating to the human rights of prisoners in our correctional system.

I thank Senator Ataullahjan, as my deputy chair, and other members of the committee for the collaborative work in the reports that we have put out. I wish the committee well in the next months to come.

There is some unfinished business with our GBA or gender-based analysis report that has to come out. There is also EIPA, our export and import permits report which will be out soon and, of course, we are dealing with the prisoners issue in Rohingya and ongoing reports.

It has been a real pleasure to be your chair.

We will begin.

[*Translation*]

Before we begin, I would invite the senators to introduce themselves.

[*English*]

Senator Bernard: Wanda Thomas Bernard from Nova Scotia. Welcome.

Senator Hartling: Nancy Hartling from New Brunswick.

Thank you very much, Senator Munson, for all your work with us. I appreciate it.

Senator Pate: Yes, thank you very much for chairing and for your leadership on so many of these issues. Kim Pate, Ontario.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 1^{er} novembre 2017

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 11 h 32, pour poursuivre son étude sur les questions concernant les droits de la personne des prisonniers dans le système correctionnel.

[*Traduction*]

Le sénateur Munson : Bonjour et bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial permanent des droits de la personne.

Une petite note d'abord, cette réunion sera la dernière où je siégerai à titre de président de ce comité. J'ai beaucoup appris au cours des deux dernières années sur des enjeux tels que les sept ou huit questions relatives aux réfugiés syriens ou celle que nous examinons aujourd'hui à propos des droits de la personne des prisonniers de notre système correctionnel.

J'aimerais remercier la sénatrice Ataullahjan, qui est notre vice-présidente, ainsi que les autres membres du comité, pour leur collaboration aux rapports que nous avons élaborés. Je souhaite bonne chance au comité pour les prochains mois à venir.

Nous devons achever notre rapport sur l'analyse comparative entre les sexes. Notre rapport sur l'application de la Loi sur les licences d'exportation et d'importation, la LLEI, sera également publié prochainement et, bien sûr, nous étudions la question des prisonniers rohingyas ainsi que les rapports en cours.

Ce fut un réel plaisir d'assumer la présidence.

Commençons.

[*Français*]

Avant de commencer, j'inviterais les sénateurs à se présenter.

[*Traduction*]

La sénatrice Bernard : Wanda Thomas Bernard, de la Nouvelle-Écosse. Bienvenue.

La sénatrice Hartling : Nancy Hartling, du Nouveau-Brunswick.

Merci beaucoup pour votre travail au sein de notre comité, sénateur Munson. C'est très apprécié.

La sénatrice Pate : Oui, merci beaucoup pour votre présidence et le leadership que vous avez démontré dans le cadre de nombreux enjeux. Je m'appelle Kim Pate, et je suis de l'Ontario.

[Translation]

Senator Brazeau: Great work, Senator Munson.

Patrick Brazeau, senator from Quebec.

[English]

Senator Munson: We will continue discussing issues relating to human rights of prisoners in the correctional system.

As I mentioned before, there will be an interim report this month. We will have a final report sometime in the middle of next year, but we want to stay on top of this issue.

I have a strong relationship with Citizen Advocacy Ottawa, working with that group on many levels and on many occasions. Nancy Lockwood is the Program Manager, Fetal Alcohol Resource Program.

Welcome to our committee, Ms. Lockwood. You have the floor, and we will certainly have lots of questions for you.

Nancy Lockwood, Program Manager, Fetal Alcohol Resource Program, Citizen Advocacy Ottawa: Honourable Senator Munson and honourable members of the Standing Senate Committee on Human Rights, thank you most sincerely for inviting me to speak to you today on the complex topic of fetal alcohol spectrum disorder, known as FASD, and its relationship with Canada's prison system.

I am the Program Manager of the Fetal Alcohol Resource Program at Citizen Advocacy Ottawa, a pilot project resulting from a collaboration between our organization; Kids Brain Health Network, which is a national centre of excellence; the Children's Hospital of Eastern Ontario; and the Children's Aid Society of Ottawa.

Our program coordinators provide FASD education workshops to professionals and agency staff in multiple sectors including justice, and provide system navigation to individuals with FASD and their families to informed supports. Today I will share with you research indicating that individuals with FASD are overrepresented in Canada's prisons, reasons why this occurs, a discussion focused on why prison is not the right fit for most individuals with this permanent brain injury, and recommendations for improving the way individuals with FASD are treated in our court system including alternatives to incarceration.

[Français]

Le sénateur Brazeau : Bon travail, sénateur Munson.

Patrick Brazeau, sénateur du Québec.

[Traduction]

Le sénateur Munson : Nous continuerons de discuter des enjeux entourant les droits de la personne des prisonniers du système correctionnel.

Comme je l'ai mentionné précédemment, un rapport provisoire sera présenté ce mois-ci. Le rapport final paraîtra vers le milieu de l'an prochain, mais nous devons demeurer bien au fait de la situation.

J'entretiens des relations très étroites avec Parrainage civique d'Ottawa; nous avons collaboré à divers niveaux et à de nombreuses occasions. Nancy Lockwood est la gestionnaire du Programme de ressources sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale.

Bienvenue dans notre comité, madame Lockwood. Vous avez la parole, et nous aurons certainement plusieurs questions à vous poser.

Nancy Lockwood, gestionnaire de programme, Programme de ressources sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, Citizen Advocacy Ottawa : Honorable sénateur Munson et distingués membres du Comité sénatorial permanent des droits de la personne, je vous remercie sincèrement de m'avoir invitée aujourd'hui pour vous parler d'un sujet complexe, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, ou TSAF, en relation avec le système carcéral canadien.

Je suis gestionnaire du Programme de ressources sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale créé par Citizen Advocacy Ottawa, un projet pilote issu d'une collaboration entre notre organisation, le Réseau pour la santé du cerveau des enfants, lequel est un centre d'excellence national, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario et la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa.

Nos coordonnateurs de programme organisent des ateliers éducatifs sur le TSAF à l'intention des professionnels et du personnel d'organismes de divers secteurs comme celui de la justice, et fournissent une orientation aux personnes atteintes du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, le TSAF, et à leur famille pour les aider à obtenir le soutien de ressources informées. Je vous ferai part aujourd'hui de recherches démontrant que les personnes atteintes du TSAF sont surreprésentées dans les prisons canadiennes. Nous verrons les raisons à la base de ce constat, nous verrons surtout pourquoi la prison ne convient pas à la majorité des personnes affectées de cette lésion cérébrale permanente et nous formulerons des recommandations visant à améliorer la façon dont les personnes

According to the national research organization, CanFASD, it is estimated that 4 per cent of Canadians have FASD, though many are undiagnosed or misdiagnosed with disorders such as autism, ADHD and oppositional defiant disorder, among others. Prevalence studies of FASD in Canada's prisons have found rates ranging from 9.8 per cent to 23.3 per cent. In 2004, Streissguth conducted a longitudinal study and found that 60 per cent of youth and adults with FASD will experience trouble with the law.

Public Safety Canada provided anecdotal evidence in 2008 that 50 per cent of indigenous inmates in Canada had FASD. The University of Alberta School of Public Health has estimated that FASD costs Canada's criminal justice system roughly \$3.9 billion per year.

We need to understand why so many people with fetal alcohol spectrum disorder come in contact with the law. FASD is a lifelong physical disability in the form of a permanent brain injury, caused when the developing fetus is exposed to alcohol. It is a true spectrum, and no two people with FASD will be affected the same way, though certain characteristics are extremely prevalent including impulsivity, difficulty learning from consequences, repeating the same mistakes over and over, challenges with social interactions, and vulnerability to predators.

Most people with FASD have an IQ in the normal range, but many have severe deficits with executive functioning, including challenges with organization, time management, independent living and holding down employment. Adaptive functioning skills tend to be impaired. This often presents itself as a lack of common sense and difficulty understanding those unwritten social rules in our society. Most live with tremendous social isolation. Over 50 per cent exhibit inappropriate sexual behaviour resulting from the brain injury.

Adding to these challenges, research published last year by CAMH indicates there are over 400 comorbid medical conditions associated with FASD, making it a true whole-body disorder. Yet very few medical professionals are trained about this, nor about the fact that medications tend to work very differently with this population, if at all.

Individuals with FASD end up in the court system as victims, witnesses and perpetrators of crime, but I will focus on the latter given the mandate of your committee. Individuals with FASD

souffrant du TSAF sont traitées dans notre système judiciaire, ainsi que des solutions de remplacement à l'incarcération.

Selon le Réseau canadien de recherche sur le TSAF, le réseau CanFASD, on estime que 4 p. 100 des Canadiens souffrent du TSAF, bien que de nombreuses personnes n'ont pas reçu de diagnostic ou ont reçu un diagnostic erroné tel que l'autisme, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, le TDAH, ou trouble oppositionnel avec provocation. Des études de prévalence du TSAF dans les prisons canadiennes ont démontré que les taux se situent entre 9,8 et 23,3 p. 100. En 2004, Streissguth a mené une étude longitudinale qui a révélé que 60 p. 100 des jeunes et des adultes atteints du TSAF auront des démêlés avec la justice.

En 2008, Sécurité publique Canada a fourni des preuves anecdotiques attestant que 50 p. 100 des détenus autochtones au Canada sont atteints du TSAF. L'École de santé publique de l'Université de l'Alberta a estimé que le TSAF coûte au système de justice pénale canadien environ 3,9 milliards de dollars par année.

Nous devons comprendre pourquoi tant de gens atteints du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale ont des démêlés avec la justice. Le TSAF est une incapacité physique de naissance qui prend la forme d'une lésion cérébrale permanente causée lorsque le fœtus en développement est exposé à l'alcool. C'est un spectre réel qui affecte chaque personne différemment, bien que certaines caractéristiques sont extrêmement courantes, telles que l'impulsivité, la difficulté d'apprendre des conséquences, le fait de répéter les mêmes erreurs, les difficultés avec les interactions sociales et la vulnérabilité face aux prédateurs.

La majorité des personnes atteintes du TSAF ont un quotient intellectuel normal, mais nombre d'entre elles affichent de graves déficiences sur le plan de la fonction exécutive, ce qui inclut des difficultés d'organisation et de gestion du temps, l'inaptitude à la vie autonome et au maintien d'un emploi. Les aptitudes à l'apprentissage fonctionnel sont souvent diminuées. Cela se présente comme un manque de jugement ou une difficulté à comprendre les règles non dites de la société. Un grand nombre de ces personnes vivent dans un isolement social immense. Plus de 50 p. 100 adoptent des comportements sexuels inappropriés résultant de la lésion cérébrale.

En plus de ces difficultés, une recherche publiée l'an dernier par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le CAMH, indique qu'il existe plus de 400 états de comorbidité associés au TSAF, ce qui en fait un trouble corporel véritable. Pourtant, très peu de professionnels de la santé sont formés sur ces conditions, ni sur le fait que la médication agit de façon très différente d'une personne à l'autre, lorsqu'elle donne des résultats.

Les personnes atteintes du TSAF se retrouvent dans le système judiciaire comme victimes, témoins et auteurs de crimes, mais je m'attarderai à la dernière catégorie, compte tenu du mandat de

often are not aware they are committing a crime. I will provide two examples. One member of my team worked with a high school student who was asked by a “friend” to carry a bottle of Tylenol to his next class and give it to another student. This fellow had no idea there were illegal drugs in the bottle, yet he was caught and charged with drug trafficking. David Boulding, a B.C. lawyer specializing in FASD and justice, tells a story of a young man who was asked to drive his car to a store late at night to pick up and transport some items for a friend, not realizing he was essentially assisting with a store robbery.

Many individuals end up before the courts charged with sexual crimes, which often relate to issues of impulsivity, misunderstanding of consent, and the fact that they often do better socializing with people younger than themselves.

The individual with FASD tends to lack credibility on the stand in our court rooms. Their verbal skills usually match up with their chronological age and they tend to be very talkative, disguising the fact that their receptive language skills and comprehension may be significantly impaired. Their developmental age tends to be much younger than their chronological age. The accused may not accurately remember dates, times, and the chronology of the events. Complicating this further is the issue of confabulation.

For those not familiar, confabulation refers to the situation where an individual says something that is not true but they are not lying. It is a misinterpretation of memory. They may not remember what happened but they don't want to appear “stupid,” so they make something up. They may be trying to impress people. They may be mixing up reality with something they saw in a movie. Unlike lying, there is no intention to manipulate. Confabulation and a desire to please make the individual with FASD an unreliable witness and often cause them to make false confessions on the stand.

On the surface, jail can appear to be a good fit for someone with FASD. They are provided with housing, food, structure, organization and friends, or at least people who are posing as friends. We have even heard firsthand that some people with FASD want to go to jail because they can't find other ways to receive these supports. Yet, there are important reasons why prison is not the right fit for most individuals with FASD. They become preyed upon in jail by predators posing as friends, who talk them into further criminal activity. They can experience sensory overload with all the issues, including noise, overcrowding and excessive stimulation, leading to outbursts and other negative behaviours. The goal of jail is to have the prisoner

vosre comité. Souvent, les personnes atteintes du TSAF ne réalisent pas qu'elles commettent un crime. Je vous en donne deux exemples. Un membre de mon équipe a travaillé avec un étudiant de secondaire à qui un « ami » a demandé d'apporter une bouteille de Tylenol dans un cours et de la remettre à un autre étudiant. Ce garçon n'avait aucune idée que la bouteille contenait des drogues illégales, mais il a été pris sur le fait et accusé de trafic de drogue. David Boulding, un avocat de Colombie-Britannique spécialisé dans les cas du TSAF dans le système judiciaire, raconte l'histoire d'un jeune homme à qui l'on a demandé de conduire sa voiture tard le soir à un magasin, afin de ramasser des articles pour un ami, et qui ne s'est pas rendu compte qu'il participait au vol du magasin.

De nombreuses personnes sont traduites en cour et accusées de crimes sexuels, qui sont souvent liés à l'impulsivité, à une mauvaise compréhension du consentement et au fait qu'elles socialisent plus facilement avec des personnes plus jeunes qu'elles-mêmes.

Les personnes souffrant du TSAF ont tendance à paraître peu crédibles lors de leur parution en cour. Leurs habiletés verbales correspondent généralement à leur âge chronologique, ce qui les rend très bavards et cache le fait que leur capacité réceptive du langage et leur compréhension peuvent être considérablement déficientes. Leur âge de développement est souvent très inférieur à leur âge chronologique. L'accusé peut ne pas se rappeler les dates, l'heure et la chronologie des événements. Et pour compliquer les choses davantage, il y a un risque de confabulation.

À l'intention de ceux pour qui le concept n'est pas familier, la confabulation consiste pour la personne à énoncer une chose qui n'est pas vraie mais qui n'est pas un mensonge. Il s'agit de souvenirs mal interprétés. La personne ne se souvient pas de ce qui s'est passé mais ne veut pas avoir l'air « stupide », alors elle invente quelque chose. La personne peut également tenter d'impressionner les gens. Elle peut mêler la réalité avec une situation qu'elle a vue dans un film. Contrairement au mensonge, il n'y a pas de manipulation intentionnelle. La confabulation et le désir de plaire font de la personne atteinte du TSAF un témoin peu fiable et l'amènent souvent à faire de fausses confessions en cour.

À première vue, la prison peut paraître un endroit bien adapté pour les personnes atteintes du TSAF. On leur offre un logement, de la nourriture, une structure, de l'organisation et des amis, ou du moins des gens qui font figure d'amis. Nous avons même entendu dire directement que certaines personnes atteintes du TSAF veulent aller en prison, car elles ne peuvent trouver d'autres façons d'obtenir ce type de soutien. Pourtant, il existe des raisons importantes pour lesquelles la prison n'est pas un endroit approprié pour la plupart des personnes atteintes du TSAF. Ces personnes deviennent des proies en prison pour les prédateurs qui prétendent être leurs amis et qui les incitent à commettre d'autres activités criminelles. Elles peuvent éprouver

learn from their consequences so that they don't repeat their mistake. Yet we know individuals with FASD largely do not learn from consequences and repeat their mistakes over and over.

One further reason why individuals with FASD repeatedly return to prison is the fact that probation orders have been designed for people without brain impairments, full of mandatory appointments and meetings. Our team has offered training to probation officers across Ontario. They have shared their experiences with us, repeatedly telling us that people with FASD frequently miss or arrive late for their scheduled meetings due to their impairments with time management and memory. They are being set up to fail. The probation officers feel their hands are tied as they know the individual cannot follow the probation order. Yet, the officer must enforce it.

The following are our recommendations for improving supports for individuals with FASD in corrections, building on research conducted by the national organization CanFASD in 2016.

One, address the barrier of diagnosis. According to a CBC report last week, Correctional Service Canada only provided funding for seven FASD assessments across the country last year. FASD can be very challenging to diagnose and ideally should be done by a multi-disciplinary diagnostic team as per the Canadian guidelines. Only 10 per cent of individuals with FASD will have the facial characteristics that are indicative of prenatal exposure to alcohol. It is a true invisible disability 90 per cent of the time. Currently, confirmation of prenatal alcohol exposure is required for diagnosis, presenting another barrier as many people with FASD are raised by foster and adoptive parents, with little birth history. Correctional Investigator Howard Sapers has recommended:

... more effort being put into treating people as if we had a diagnosis than counting on our ability to provide a diagnosis.

Agencies such as Aboriginal Legal Services of Toronto operate with the assumption that the accused may have cognitive challenges associated with FASD and accommodate accordingly. When a full diagnostic team is not available, CanFASD

une surcharge sensorielle en vivant toutes sortes de situations, en étant exposées au bruit, à la surpopulation et à une stimulation excessive, si bien qu'elles manifestent des accès de colère et d'autres comportements négatifs. L'objectif d'un emprisonnement est d'amener le détenu à apprendre des conséquences de ses gestes, afin qu'il ne répète pas ses erreurs. Cependant nous savons que les personnes souffrant du TSAF n'apprennent généralement pas des conséquences et répètent toujours les mêmes erreurs.

Une autre raison pour laquelle les personnes atteintes du TSAF retournent en prison à répétition est le fait que les ordonnances de probation ont été conçues pour des gens sans lésions cérébrales et qu'elles sont assorties de multiples rendez-vous et réunions obligatoires. Notre équipe a offert une formation aux agents de probation dans toute la province de l'Ontario. Ils nous ont fait part de leurs expériences et nous ont répété que les personnes atteintes du TSAF arrivent souvent en retard aux réunions planifiées ou ne se présentent pas, en raison de leur gestion du temps et de leur mémoire déficientes. Le système actuel les mène à l'échec. Les agents de probation sentent qu'ils ont les mains liées, car ils savent que ces personnes ne peuvent pas respecter l'ordonnance de probation. Malgré tout, les agents doivent veiller à la faire observer.

Voici nos recommandations visant à améliorer le soutien aux personnes atteintes du TSAF dans les services correctionnels, s'appuyant sur les recherches effectuées par le réseau national CanFASD en 2016.

Premièrement, éliminer les obstacles aux diagnostics. Selon un reportage de la CBC la semaine dernière, Service correctionnel Canada n'a fourni un financement que pour sept évaluations du TSAF dans tout le pays l'an dernier. Le TSAF peut être très difficile à diagnostiquer et idéalement, les évaluations devraient être effectuées par une équipe multidisciplinaire, conformément aux Directives du Canada. Seulement 10 p. 100 des personnes atteintes du TSAF ont les caractéristiques faciales indiquant une exposition prénatale à l'alcool. Cette incapacité est invisible dans 90 p. 100 des cas. Actuellement, la confirmation d'une exposition prénatale à l'alcool est requise pour qu'un diagnostic soit effectué, ce qui constitue un autre obstacle, car de nombreuses personnes atteintes du TSAF ont été élevées par des familles d'accueil ou des parents adoptifs et possèdent peu d'antécédents de naissance. L'enquêteur correctionnel Howard Sapers a exprimé la recommandation suivante :

[...] déployer plus d'efforts pour traiter les gens comme si nous disposions d'un diagnostic, plutôt que de compter sur notre capacité à fournir un diagnostic.

Les organismes comme les Services juridiques autochtones de Toronto prennent en considération le fait que l'accusé peut avoir des problèmes cognitifs associés au TSAF et adaptent les procédures en conséquence. Lorsqu'une équipe permettant de fournir un diagnostic complet n'est pas disponible, CanFASD

recommends screening tools such as the one developed by the Asante Centre in British Columbia.

Two, develop proactive interventions that will reduce the likelihood that individuals with FASD will have negative interactions with the law. An example used by my team is training high school resource police officers to foster positive relationships with at-risk youth before problems occur. Use a strength-based approach; people with FASD have many strengths.

Three, make FASD training mandatory for all staff working in Canada's corrections system including training to recognize red flags that might indicate FASD, and proven strategies for successful interventions.

Four, provide accommodations in the court room that are sensitive to the needs of individuals with FASD, including accommodations to reduce anxiety, simplified, concrete language, and checking for understanding.

Five, develop alternatives to incarceration, such as supervised residential settings and work placements; probation orders that accommodate the brain impairments; mentorship programs and therapeutic or community court models that emphasize changing the environment, not the person.

Six, ensure that individuals with FASD in the justice system are given free, timely access to supports for mental health and addictions, including psychiatric, psychological, and pharmacological supports. According to FASWorld, 95 per cent will experience mental health problems, and more than 50 per cent of males and 70 per cent of females will have addictions issues.

Seven, build on the external brain model. This is an external support system set up to compensate for the brain impairments, similar to the way a wheelchair compensates for a person's inability to walk. This can be a person or a group of people who help the individual with organization, time management, life and social skills, and finances. External brains can also involve assistive technologies such as apps or online networking tools such as Tyze Networks.

Eight, build on the work of Yukon MP Larry Bagnell, whose 2016 private member's Bill C-235 aimed to amend the Canadian Criminal Code to require the specific consideration of FASD in sentencing and incarceration in these areas: allow court ordered

recommande des outils d'évaluation comme celui qu'a élaboré l'Asante Centre en Colombie-Britannique.

Deuxièmement, mettre en œuvre des interventions proactives qui réduisent la possibilité que des personnes atteintes du TSAF aient des interactions négatives avec la justice. Un des exemples que mon équipe et moi-même utilisons est de donner une formation aux policiers éducateurs dans les écoles secondaires, afin qu'ils entretiennent des relations positives avec les jeunes à risque avant que des problèmes ne surgissent. Utiliser une approche axée sur les forces; les gens atteints du TSAF possèdent de nombreuses forces.

Troisièmement, rendre obligatoire la formation sur le TSAF pour tout le personnel travaillant dans le système correctionnel canadien, incluant une formation permettant de reconnaître les signaux d'alarme pouvant révéler la présence du TSAF, ainsi que des stratégies éprouvées pour réaliser des interventions efficaces.

Quatrièmement, utiliser des mesures d'adaptation en cour qui s'appliquent aux besoins des personnes souffrant du TSAF, de même que des mesures d'adaptation visant à réduire l'anxiété, privilégier un langage simplifié et concret et vérifier la compréhension de la personne.

Cinquièmement, élaborer des solutions de rechange à l'incarcération, telles que des milieux résidentiels ou de travail supervisés; des ordonnances de probation adaptées pour les personnes affligées par des lésions cérébrales; des programmes de mentorat et des modèles de tribunaux thérapeutiques ou communautaires qui visent à modifier l'environnement et non la personne.

Sixièmement, assurer que les personnes atteintes du TSAF dans le système judiciaire aient accès gratuitement et en temps opportun à des services de soutien pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ainsi qu'un soutien psychiatrique, psychologique et pharmacologique. Selon SAFmonde, 95 p. 100 des personnes atteintes du TSAF souffriront de problèmes de santé mentale et plus de 50 p. 100 des hommes et 70 p. 100 des femmes auront des problèmes de toxicomanie.

Septièmement, tirer profit du modèle du cerveau extérieur. Un système de soutien externe est mis en place pour compenser les faiblesses du cerveau, agissant comme une chaise roulante pour une personne qui ne peut marcher. Il peut s'agir d'une personne ou d'un groupe de personnes qui aide la personne affectée avec l'organisation, la gestion du temps et des finances, les aptitudes sociales et les tâches de la vie quotidienne. Ces aides externes peuvent également inclure des technologies comme les applications mobiles ou les outils de réseautage en ligne tels que les réseaux Tyze.

Huitièmement, se baser sur l'initiative du député du Yukon Larry Bagnell, dont le projet de loi C-235 de 2016 visait à modifier le Code criminel afin d'exiger l'application de considérations spécifiques dans les cas de TSAF, lors de

FASD assessments by judges, mitigate a sentence if the accused receives a diagnosis of FASD, require that those with FASD convicted of crimes be treated differently by corrections staff, and create a plan for the individual upon release that will deter repeated recidivism.

Unfortunately, this bill was defeated by a vote of 170 to 133, but MP Bagnell is still committed to this cause as he sees FASD as “. . . a totally distinct, specific condition that’s clogging the jails and the courts.”

My three colleagues and I have provided FASD training to over 1,800 professionals and agency staff over the last two years, with the majority related to justice, including presentations to provincial court judges, lawyers, and probation and police officers. Participants at our sessions have shared their heartfelt stories about the ways that they feel they are failing their clients with FASD. Lawyers and judges have told us they wish they could retry some cases now that they understand FASD better.

We have provided community navigation to individuals with FASD and families in their desperate search for FASD-informed legal supports. Success to many of these parents is often defined as their child not being in jail, homeless or suicidal. I have a personal connection to FASD and have witnessed firsthand how hard it is to live in a society full of written and unwritten rules that have been designed for people with no cognitive impairments.

In closing, we are failing individuals with FASD when it comes to our corrections system. We are criminalizing a permanent, brain-based, physical disability, which goes against our human rights in the country. I respectfully and strongly encourage you to explore modifications to our corrections system that will increase fairness for this vulnerable population, while simultaneously increasing public safety and decreasing the economic burden this prevalent medical condition is placing on our judicial system.

Senator Munson: Thank you very much for your testimony. While I am waiting for senators to put their names on the list here, I know that your focus has been on FASD; but I will take my prerogative to ask about autism since I’m closely associated with autism and care about it immensely.

In Canada’s North, the federal government doesn’t have any programs whatsoever to deal with surveillance or detection of autism early on in a child’s life. On reserves, there are no programs. What happens is that when it is discovered that a child

condamnations et d’incarcérations : permettre les évaluations des cas de TSAF ordonnées par le tribunal, atténuer la peine si l’accusé reçoit un diagnostic de TSAF, exiger que les personnes atteintes du TSAF qui sont reconnues coupables de crimes soient traitées différemment par le personnel des services correctionnels et élaborer un plan à appliquer au moment de la libération de la personne afin de décourager la récidive.

Malheureusement, ce projet de loi a été rejeté à l’issue d’un vote de 170 voix contre 133, mais le député Bagnell est toujours dévoué à cette cause et affirme que le TSAF est « [...] une affection particulière, totalement distincte, qui embourbe les prisons et le système judiciaire. »

Mes trois collègues et moi avons dispensé une formation sur le TSAF à plus de 1 800 professionnels et employés d’organismes au cours des deux dernières années, majoritairement dans le domaine de la justice, incluant des présentations à des juges de cours provinciales, des avocats, des agents de probation et des policiers. Les participants à ces séances de formation nous ont offert des témoignages émouvants relatant leur sentiment de mal représenter leurs clients atteints du TSAF. Des avocats et des juges ont affirmé qu’ils souhaiteraient recommencer certains procès maintenant qu’ils connaissent mieux le TSAF.

Nous avons offert des services communautaires d’orientation à des personnes atteintes du TSAF et à des familles recherchant désespérément une aide juridique bien informée sur le TSAF. Pour un grand nombre de ces parents, la réussite se résume souvent au fait que leur enfant n’est pas en prison, sans abris ou suicidaire. J’ai des liens personnels avec une personne atteinte du TSAF et j’ai pu constater directement à quel point il est difficile de vivre dans une société pleine de règles écrites ou non, qui ont été conçues pour des gens ne souffrant d’aucune déficience cognitive.

En conclusion, nous manquons à nos engagements envers les personnes atteintes du TSAF dans le cadre du système correctionnel. Nous criminalisons une incapacité permanente du cerveau, une incapacité physique, ce qui va à l’encontre des droits de la personne de notre pays. Je vous encourage fortement et respectueusement à apporter des modifications à notre système correctionnel afin de rendre plus équitable le traitement de cette population vulnérable, tout en améliorant la sécurité publique et en réduisant le fardeau économique que cette condition médicale prévalente constitue pour le système judiciaire.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup pour votre témoignage. J’attends que les sénateurs inscrivent leur nom sur la liste. Je sais que vous vous êtes penchée essentiellement sur le TSAF, mais puisque j’en ai le privilège, je vais poser une question sur l’autisme, car l’autisme me touche énormément.

Dans le Nord canadien, le gouvernement fédéral n’a mis en place aucun programme de surveillance ou de détection de l’autisme dans les premières années de vie d’un enfant. Dans les réserves, il n’y a pas de programmes. Par conséquent, lorsqu’on

has ASD, that child is transported either from Iqaluit to Ottawa or, if in Nova Scotia, for example, on the Membertou reserve, as Senator Christmas told me, that child has to be taken out and sent somewhere else in Nova Scotia, which is not as culturally sensitive to that child's needs. That child has grown up. That child has not had any services whatsoever. That child is now 14 or 15, and that child is in trouble. That child, as you say, ends up in prison or reform school or whatever on the way to the place where that child should not be.

Do you have any recommendations as to how a federal government should work with the provinces or work by itself on this occasion? They have a fiduciary responsibility for our indigenous people to deal with this issue and to be proactive on the ground so that child can be cared for and we don't have to face this kind of circumstance in the future.

Ms. Lockwood: I definitely think we need to be culturally sensitive when we are supporting these communities. I also think we need to differentiate between autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. There are some significant differences.

With autism, things like cognitive behavioural therapy and behaviour modification programs can help because it's not a permanent brain injury. I would fully recommend that it be done in the individual's community and sensitive to their culture. I do believe in early interventions and believe they will help to avoid interaction with the law further down the road.

We know or have heard evidence that a lot of children with FASD are being diagnosed with autism spectrum disorder for a variety of reasons. I also would caution that you need someone very skilled at doing these assessments to make sure you are diagnosing the correct thing because there are significant differences. With FASD you're talking about a permanent brain injury, and you cannot fix that. Many behaviour modification programs will not work. You need to change the environment, not the individual.

We have heard that many physicians are uncomfortable asking a birth mother if she drank during pregnancy. They sometimes prefer to assign a diagnosis of autism. Also they often think that the child will get more services if they are given a diagnosis of autism, but our position is that those are not necessarily the right services. I would say it would be wonderful within the person's community if they had a multi-disciplinary diagnostic team that

découvre qu'un enfant est atteint du TSA, on le transporte d'Iqaluit à Ottawa ou, s'il se trouve en Nouvelle-Écosse, par exemple, sur la réserve Membertou, comme me l'a raconté le sénateur Christmas, cet enfant est envoyé ailleurs en Nouvelle-Écosse, ce qui n'est pas vraiment respectueux de la culture et des besoins de l'enfant. Cet enfant est plus âgé et n'a jamais bénéficié de services de quelque sorte que ce soit. Cet enfant a maintenant 14 ou 15 ans et il est dans le pétrin. Cet enfant aboutit en prison ou dans une école de réforme ou à un autre endroit où il ne devrait pas aller.

Avez-vous des recommandations sur la façon dont le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces ou gérer cette situation par lui-même? Le gouvernement a une responsabilité fiduciaire envers les populations autochtones, de même que l'obligation de résoudre ce problème et d'être proactif sur le terrain, afin que cet enfant reçoive les services appropriés et que nous n'ayons pas à affronter ce type de circonstance dans le futur.

Mme Lockwood : Je crois sincèrement que nous devons tenir compte des particularités culturelles lorsque nous apportons un soutien à ces communautés. Je crois également que nous devons établir la différence entre le trouble du spectre autistique et le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale. Il existe des différences importantes.

Dans le cas de l'autisme, des traitements tels que la thérapie cognitivo-comportementale et les programmes de modification comportementale peuvent être bénéfiques, car nous ne sommes pas en présence d'une lésion cérébrale permanente. Je recommande vivement que ces traitements soient offerts dans la communauté de la personne atteinte et qu'ils soient adaptés en fonction des particularités culturelles. Je crois à l'efficacité des interventions précoces et à leur pouvoir de prévenir les interactions avec la justice dans les années à venir.

Nous savons ou avons entendu des témoignages selon lesquels un grand nombre d'enfants atteints du TSAF reçoivent un diagnostic de trouble du spectre autistique et ce, pour une variété de raisons. J'en appelle à la prudence et je souligne qu'une personne très qualifiée doit être affectée à ces évaluations, afin d'assurer que les diagnostics sont adéquats, car il existe des différences considérables entre les deux conditions. Dans le cas du TSAF, il s'agit d'une lésion cérébrale permanente qui ne peut être traitée. Un grand nombre de programmes de modification comportementale ne fonctionneront pas. Il faut changer l'environnement et non la personne.

Nous avons entendu dire que de nombreux médecins étaient embarrassés de demander à une mère biologique si elle consommait de l'alcool pendant sa grossesse. Ils préfèrent émettre un diagnostic d'autisme. Ils croient également que l'enfant recevra davantage de services avec un diagnostic d'autisme, mais à notre avis, ces services ne sont pas nécessairement adéquats. Il serait merveilleux qu'au sein de la

included a neuro-developmental psychologist, a medical doctor, an occupational therapist, a speech language pathologist and a social worker who understand the difference between autism and FASD, and then can work to put in places strategies that will support the child so hopefully they don't interact with the law when they are older.

Senator Munson: We now have a list. I appreciate that. I may come back on that later.

Senator Pate: Thank you very much for your evidence and for the work you have done. Obviously you are very committed and devoted to this work.

In working with pediatricians on the issues of FAS and FASD, it has been pointed out to me numerous times that because of the link historically to maternal drinking we have tended to see overdiagnosis for certain communities, particularly indigenous communities. In fact, some pediatricians have argued that paternal alcohol and drug use is not often examined. Often the diagnosis is linked only to drinking, even though there may be issues of other kinds of brain injuries, as you have already spoken to, namely, autism, as well as inadequate health care and nutrition.

Given what we know about the conditions of too many indigenous communities, particularly reserves, their conclusion is that in fact a better approach is to take a more universal application of looking at people's ability to function. I'm curious as to whether you've looked at any of those assessments where you're actually looking at capacity as opposed to a diagnosis as a starting point.

Ms. Lockwood: We strongly believe that a diagnosis is very important. We have heard firsthand from people with FASD that once they are given a diagnosis they feel a tremendous sense of relief. There is a reason why they struggle so much in society with things that others find so easy.

That is what we do in our presentations and when we work in the community. We are working with the Children's Hospital of Eastern Ontario, which does diagnoses for children and adult. Many people from northern communities come to CHEO for those assessments. We strongly feel that needs to be known first before we can decide how to proceed. I am not sure that I would agree that it's being overdiagnosed. We attend all the international research conferences. All the evidence we have always heard is that it's vastly underdiagnosed.

communauté de la personne atteinte, se trouve une équipe de diagnostic multidisciplinaire comprenant un psychologue spécialisé en neurologie du développement, un médecin généraliste, un ergothérapeute, un orthophoniste et un travailleur social qui connaissent la différence entre l'autisme et le TSAF et qui pourront ensuite mettre en place des stratégies de soutien pour l'enfant qui, espérons-le, lui éviteront d'avoir des démêlés avec la justice quand il sera plus âgé.

Le sénateur Munson : Nous avons maintenant une liste. Je vous remercie. J'y reviendrai probablement plus tard.

La sénatrice Pate : Je vous remercie de votre témoignage et pour votre travail. À l'évidence, vous êtes très engagée et dévouée à cette cause.

Des pédiatres avec qui j'ai travaillé sur des questions relatives au trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale ou TSAF, m'ont maintes fois fait remarquer qu'en raison du lien historique avec la consommation d'alcool pendant la grossesse, il y a une tendance au surdiagnostic dans certaines communautés, notamment chez les Autochtones. En fait, certains pédiatres ont soutenu que la consommation d'alcool et de drogues par le père n'est souvent pas un facteur considéré lors des évaluations. Bien souvent, le diagnostic n'est lié qu'à la consommation d'alcool, alors qu'il peut y avoir d'autres types de lésions cérébrales, comme vous l'avez déjà mentionné, à savoir l'autisme ou une alimentation et des soins de santé inadéquats.

Compte tenu de ce que nous savons des conditions de vie de plusieurs communautés autochtones, en particulier dans les réserves, leur conclusion est qu'il vaut mieux adopter une approche plus universelle dans l'évaluation de la capacité des gens à fonctionner. Je me demande si vous avez considéré certaines de ces évaluations qui portent de prime abord sur la capacité plutôt que sur le diagnostic.

Mme Lockwood : Nous croyons fermement qu'un diagnostic est primordial. Nous avons entendu, directement de personnes atteintes du TSAF, que, lorsqu'elles reçoivent un diagnostic, elles ressentent un énorme soulagement. Il y a une raison pour laquelle ces personnes ont de la difficulté à faire face à certaines facettes de la vie qui semblent si simples pour d'autres.

C'est ce que nous faisons lors de nos présentations et quand nous travaillons dans la collectivité. Nous travaillons avec le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, CHEO, qui pose des diagnostics pour les enfants et les adultes. De nombreuses personnes des collectivités du Nord viennent au CHEO pour des évaluations. Nous croyons fermement qu'il faut d'abord connaître le diagnostic avant de décider des mesures à adopter. Je ne suis pas certaine qu'il conviendrait de parler de surdiagnostic. Nous assistons régulièrement aux conférences internationales de recherche. Les témoignages nous ont toujours révélé que ce trouble est largement sous-diagnostiqué.

We have to be aware of the fact that 50 per cent of all pregnancies in Canada are unplanned and that by the time a woman knows she is pregnant she very likely could have been drinking. We have to remove the stigma. To us, the barrier is really that there is so much stigma. If we could get rid of that, then birth mothers wouldn't feel self-conscious sharing the fact that they perhaps drank during their pregnancy. More people would seek to get a diagnosis because there wouldn't be as much stigma assigned to it.

Did that answer your question?

Senator Pate: Partly, because, as you just pointed out, much of the approach has been around abstinence as though it can be prevented when historically women were prescribed alcohol, beer and the like while they were pregnant to stave off things like nausea. We have whole generations that weren't diagnosed but may have had the impact.

The difficulty of diagnosis is the one I am more familiar with from pediatricians being concerned not so much about overdiagnosis for the purposes of getting assistance but overdiagnosis of certain groups where there may be other factors at play.

Ms. Lockwood: Our experience too is that not that many pediatricians even fully understand FASD. They often don't know what the red flags are and aren't making the referrals for assessments.

Another thing related to that is we don't say that it's 100 per cent preventable because sometimes women dealing with addiction issues want to stop, don't know how to stop, and don't have the right supports to stop alcohol consumption during pregnancy. We prefer not to emphasize that it's 100 per cent preventable.

We are fully aware that many medical doctors are still giving incorrect information, saying that a certain amount of alcohol is okay in pregnancy. We know that it is not. After almost every one of our presentations a woman will seek us out privately and tell us that her doctor said it was all right in moderation, and that alarms us.

Senator Pate: You mentioned during your presentation today and in an interview you did in March of last year that people with FASD have needs that need to be addressed outside of the prison system and with the community support network. You have made that as a very clear recommendation.

Il faut considérer que 50 p. 100 de toutes les grossesses au Canada ne sont pas planifiées et qu'au moment où une femme apprend qu'elle est enceinte, il est fort probable qu'elle ait consommé de l'alcool. Nous devons éliminer la stigmatisation. La stigmatisation, qui est très présente, constitue un obstacle à nos yeux. Si nous pouvions éliminer cette flétrissure, les mères biologiques ne se sentiraient pas embarrassées de partager le fait qu'elles ont peut-être bu pendant leur grossesse. Un plus grand nombre de personnes chercheraient à obtenir un diagnostic parce qu'on n'y attribuerait pas autant de stigmates.

Est-ce que j'ai répondu à votre question?

La sénatrice Pate : En partie, parce que, comme vous venez de le mentionner, l'approche vise essentiellement l'abstinence comme si l'on pouvait éviter la consommation, alors qu'autrefois, on prescrivait de l'alcool, de la bière et d'autres produits similaires aux femmes enceintes pour contrer certains effets, comme la nausée. Des générations entières n'ont pas été diagnostiquées, mais elles peuvent avoir subi les effets.

La difficulté d'établir un diagnostic est l'élément que je connais le mieux, provenant de pédiatres qui se préoccupent moins du surdiagnostic dans le but d'obtenir de l'aide que du surdiagnostic de certains groupes où d'autres facteurs peuvent entrer en jeu.

Mme Lockwood : D'après notre expérience, peu de pédiatres comprennent parfaitement le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale. Souvent, ils ne reconnaissent pas les signaux d'alarme et n'effectuent pas de demandes d'évaluation.

Un autre aspect lié à ce sujet est que nous n'affirmons pas que ce trouble est évitable à 100 p. 100 parce que certaines femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie veulent arrêter, ne savent pas comment y parvenir et n'ont pas le soutien nécessaire pour cesser de consommer de l'alcool pendant la grossesse. Nous préférons ne pas insister sur le fait que c'est évitable à 100 p. 100.

Nous sommes pleinement conscients que de nombreux médecins continuent de transmettre des informations erronées, affirmant qu'une certaine quantité d'alcool est acceptable pendant la grossesse. Nous savons que ce n'est pas le cas. À la fin de pratiquement toutes nos présentations, une femme sollicite notre attention en privé et nous dit que son médecin lui a mentionné que tout irait bien si elle consomme avec modération, ce qui nous inquiète beaucoup.

La sénatrice Pate : Vous avez mentionné, dans votre exposé, et lors d'une entrevue au mois de mars l'année dernière, que les personnes atteintes du TSAF ont des besoins qui doivent être comblés par le recours à un réseau de soutien communautaire, hors du système carcéral. Vous avez formulé une recommandation très claire à cet égard.

Has your organization been approached by Correctional Service Canada to look at the opportunities for what are called sections 29, 81 and 84 agreements. If you don't know what those are, I am happy to describe them. They are ways for the Correctional Service Canada to contract with organizations and groups to allow for people to be actually transferred out of prisons: where they don't escape the criminalization process you have described, ways that might be avoided and where that doesn't happen, ways to get them out.

Has your organization been approached to actually take people out of prison to provide supports for them in the community?

Ms. Lockwood: We have not been approached to do that. In fact, our mandate is just to serve the Ottawa community. We have been invited to other presentations in Ontario, but really our mandate is here. We are not in any way responding to things nationally. We also don't offer direct support, but we offer training and support to families.

That is definitely a very intriguing area and we would certainly like to see it explored further.

Senator Pate: There are certainly are federally sentenced prisoners from this region. Would your organization be interested in having more information about that to share with other people you are doing training with about the possibility of those options?

Ms. Lockwood: We would be very interested, yes.

Senator Bernard: Thank you, Ms. Lockwood, for your testimony today. I have a few areas. I am wondering where to start.

Maybe I'll start with training. In your response to Senator Pate you talked about the fact that you focus on training. Do you do any pre-service training for those who are in the educational programs, medicine, social work, psychology and so on? Is this work being offered in pre-service? Often we can get more traction with people when they're in the process of their educational journey.

Ms. Lockwood: I agree. Yes, we do. We've been offering training in the educational system, mental health and health sectors, housing, employment, social work, and so on, in many communities. We are using a proactive approach. We very much want to put supports in place so that people with FASD have places to live, have people to support them with life skills, and have meaningful employment and employers that understand the things that might be challenging for them and what their strengths are.

Le Service correctionnel du Canada a-t-il demandé à votre organisation d'examiner les possibilités de conclure des accords en vertu des articles 29, 81 et 84? Si vous ne connaissez pas ces articles, je peux vous les décrire. Il y a des moyens pratiques de collaboration entre le Service correctionnel du Canada et les organismes ou les groupes afin d'autoriser le transfert de détenus à l'extérieur des prisons; là où ils n'échappent pas au processus de criminalisation que vous avez décrit, des façons qui pourraient être évitées et là où ça ne se produit pas, des façons de les faire sortir.

Votre organisme a-t-il été approché pour sortir les prisonniers du milieu carcéral afin de leur offrir du soutien dans la collectivité?

Mme Lockwood : Nous n'avons pas été approchés pour cette initiative. En fait, notre mandat est de servir la communauté d'Ottawa. Nous avons été invités à d'autres présentations en Ontario, mais notre mandat s'applique surtout à la région. Nous n'intervenons pas à l'échelle nationale. Nous n'offrons pas un service de soutien direct, mais nous offrons de la formation et un appui aux familles.

C'est vraiment un domaine très intéressant et nous aimerions certainement qu'il soit exploré davantage.

La sénatrice Pate : Dans cette région, nous avons des détenus qui purgent des peines sous responsabilité fédérale. Votre organisation souhaite-t-elle obtenir plus d'informations à ce sujet, afin de les communiquer à d'autres personnes avec qui vous effectuez des formations sur ces options?

Mme Lockwood : Nous serions très intéressés.

La sénatrice Bernard : Je vous remercie pour votre témoignage aujourd'hui, madame Lockwood. J'ai quelques questions. Je me demande par où commencer.

Je crois que je vais commencer par la formation. Dans votre réponse à la sénatrice Pate, vous avez dit que vous vous concentriez sur la formation. Offrez-vous des services de formation d'orientation pour les intervenants des programmes d'enseignement, de médecine, de travail social, de psychologie, et cetera? Ce travail se fait-il à l'étape de l'orientation? Nous pouvons souvent obtenir plus d'interaction avec les gens dans le cadre de leur parcours éducatif.

Mme Lockwood : Je suis d'accord avec vous. Oui, c'est vrai. Nous offrons de la formation dans le système éducatif, les secteurs de la santé mentale et des soins, le logement, l'emploi, le travail social, et cetera, dans de nombreuses collectivités. Nous valorisons une approche proactive. Nous voulons vraiment mettre en place des mesures de soutien pour que les personnes atteintes du TSAF aient un endroit où vivre, des intervenants qui les aident à acquérir des compétences pratiques, des emplois intéressants et des employeurs qui reconnaissent leurs niveaux de difficulté ainsi que leurs forces.

If we make sure that those supports are in place we feel interactions with the law will become less common. It has proven to be the best advice for parents too. We have to make sure that the person has lifelong supports. Usually most people with FASD need lifelong supports, financial supports, and someone to help with daily living. If we can make sure those supports are in place, then jail won't need to be the place where they have to go for that.

Senator Bernard: Are you doing training as part of the university curricula in the medical, social work and psychology programs? Are those types of programs including curricula on fetal alcohol syndrome?

Ms. Lockwood: We have been offering it. We have been presenting frequently to teacher candidates in the departments of education and social work. We have had medical students do placements with us where they design training units that they take back to their fellow medical students and use.

The medical community is harder for us to infiltrate, if I can use that word, because they tend to want to learn from other people in the medical profession. What we have been attempting to do is to find area physicians that will be willing to take this on and train other physicians.

Everything you're suggesting are all things that we have been offering. Our program has only been operating for two years. We offer the training in all these different sectors, but it has been the justice sector that has requested the most training sessions.

Also we are putting together a database of resources in the Ottawa area. It will be publishable and searchable. People with FASD and their families will be able to find resources. We only include agencies that have received FASD training.

Senator Bernard: Picking up on one of the comments from Senator Pate around the possibility of overdiagnosis in indigenous communities, it may be rooted in some systemic racism. I wondered if it's also possibly rooted in the oversurveillance in those communities, not to ask a question about that but just to comment on that.

Your presentation didn't speak about any other racialized groups. There's an absence of any information, for example, on African Canadians. I'm wondering if any of the research data is disaggregated by race. Do we have any of that information?

Si ces mécanismes de soutien sont en place, nous pensons que les gens atteints du TSAF auront moins de démêlés avec la justice. C'est également le meilleur conseil pour les parents. Nous devons veiller à ce que la personne reçoive un soutien tout au long de sa vie. Habituellement, la plupart des personnes atteintes du TSAF ont besoin d'un soutien à vie, d'aide financière et d'intervenants pour les aider dans leur vie quotidienne. Si nous pouvons nous assurer que ces mesures de soutien sont en place, l'incarcération ne sera plus la seule solution pour obtenir cette aide.

La sénatrice Bernard : Est-ce que vous offrez de la formation dans le cadre des programmes universitaires en médecine, en travail social et en psychologie? Ces types de programmes incluent-ils de la formation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale?

Mme Lockwood : Nous l'avons offert. Nous avons souvent organisé des présentations pour les étudiants et stagiaires des départements d'éducation et de travail social. Nous avons reçu des étudiants en médecine qui ont fait des stages avec nous où ils ont conçu des unités de formation qu'ils ont, par la suite, présentées à leurs collègues étudiants en médecine et mises en œuvre.

La communauté médicale est plus difficile à infiltrer, si je peux utiliser ce mot, parce qu'elle a tendance à vouloir recevoir de la formation provenant des professionnels de la santé. Nous avons tenté de trouver des médecins de la région qui seraient prêts à s'engager et à informer leurs collègues.

Nous avons déjà offert tout ce que vous suggérez. Notre programme n'existe que depuis deux ans. Nous offrons de la formation à tous les intervenants de ces différents secteurs, mais c'est surtout le ministère de la Justice qui nous sollicite le plus pour des séances de formation.

Nous sommes aussi en train de constituer une base de données sur les ressources dans la région d'Ottawa. Nous les publierons et elles seront accessibles à tous. Les personnes atteintes du TSAF et leurs familles pourront y trouver des ressources. Nous n'incluons que les agences ayant reçu une formation sur le TSAF.

La sénatrice Bernard : Je reviens sur l'un des commentaires de la sénatrice Pate quant à la possibilité qu'il y ait un surdiagnostic au sein des communautés autochtones, qui pourrait être une forme de racisme systémique. Je me demande si ce surdiagnostic ne proviendrait pas également d'une surveillance excessive dans ces collectivités. Ce n'est pas une question, mais simplement mon point de vue.

Votre présentation ne traitait pas des groupes racialisés. Il n'y a aucune information sur les groupes afro-canadiens par exemple. Je me demande si certaines des données de recherche sont subdivisées par race. Avez-vous des informations là-dessus?

Ms. Lockwood: I do not believe that we have any within Canada, but there was a worldwide study published by Svetlana Popova from CAMH last year showing the most prevalent countries. For instance, Ireland was one of the most prevalent. Their rates of FASD were one of the world's highest. I believe another was South Africa. In fact, some workers are paid in alcohol in South Africa. There definitely have been prevalence studies around the world.

Another complicating issue is that they are now finding epigenetic reasons for brain changes related to alcohol. It's not just birth mothers drinking. They're now starting to find, if grandparents ingested alcohol during their pregnancy with their child, that these effects are carrying on for generations. They are also starting to find some effects of paternal drinking related to pregnancy, not necessarily causing FASD.

Those are more the research studies that have been done in Canada lately. I have not seen any to do with other populations within Canada.

Senator Hartling: Thank you very much, Ms. Lockwood, for your very interesting presentation.

Throughout our study we've had many witnesses tell us that there is an overabundance of people with FASD in federal prisons. Maybe just to clarify, because you said a lot of things in a short time, do you have reliable statistics broken down into gender, ethnicity, age and things like that, or were you saying that it was hard because they weren't able to be diagnosed?

Could you expand on that, please?

Ms. Lockwood: Yes. I have cited references for all of the statistics that I shared. It is very tricky because many people are undiagnosed or misdiagnosed.

For instance, with the prevalence of 4 per cent in our Canadian population, the way they have come up with that is by going into a certain population and testing everybody of a certain age and then testing in different pockets of a country. It is very tricky.

Within the prison population, those statistics are from meta-analyses of many different studies. There are other anecdotal studies where they have conducted interviews with prison guards and where the prison guards have said they think that 60 per cent of inmates in Canadian prisons have FASD.

Mme Lockwood : Nous n'avons pas ces données-là au Canada, mais il y a eu une étude mondiale publiée l'an dernier par Svetlana Popova du CAMH qui présentait les pays où les cas sont les plus répandus. Par exemple, l'Irlande était en tête de liste. Leur taux de personnes atteintes du TSAF était le plus élevé au monde. Je crois que l'Afrique du Sud était également un pays avec un taux élevé. En fait, certains travailleurs reçoivent de l'alcool en guise de salaire. Il y a certainement eu des études de prévalence à l'échelle mondiale.

Une autre préoccupation est la découverte de raisons épigénétiques aux changements cérébraux liés à l'alcool. Il n'y a pas que les cas où les mères biologiques ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse. Ils commencent maintenant à constater que si les grands-mères ont consommé au cours de leur grossesse, les effets peuvent être ressentis par les générations subséquentes. Ils commencent également à constater certains effets de l'alcoolisme paternel liés à la naissance, mais qui ne causent pas nécessairement le TSAF.

Ce sont davantage ces types de recherches qui ont été menées au Canada récemment. Je n'en ai vu aucun qui concerne d'autres populations au Canada.

La sénatrice Hartling : Je vous remercie énormément, madame Lockwood, pour cet exposé très intéressant.

Tout au long de notre étude, de nombreux témoins nous ont affirmé qu'il y a une surabondance de personnes atteintes du TSAF dans les prisons fédérales. À titre de précision, car vous avez présenté plusieurs éléments dans un court laps de temps, avez-vous des données fiables ventilées par genre, origines ethniques, âges et autres types de mesures ou avez-vous mentionné que c'était difficile parce qu'ils n'étaient pas capables d'être diagnostiqués?

Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

Mme Lockwood : Oui. J'ai cité des références pour toutes les statistiques que je vous ai présentées. C'est très délicat, car de nombreuses personnes ne sont pas diagnostiquées ou le sont incorrectement.

Par exemple, le résultat de prévalence de 4 p. 100 dans notre population canadienne a été obtenu en visant une certaine population et en testant toutes les personnes d'un certain âge, puis en effectuant ce test dans différents secteurs du pays. C'est très délicat.

Au sein de la population carcérale, ces statistiques sont tirées de méta-analyses provenant de nombreuses études. Il y a d'autres études anecdotiques où ils ont mené des entrevues avec des gardiens de prison et où ceux-ci ont déclaré qu'ils estimaient que 60 p. 100 des détenus dans les prisons canadiennes souffraient du TSAF.

There is a very wide range in the studies. Some say 9.8 per cent of the prison population and some say 23.3 per cent. It's a wide range because it's a relatively new disability. They didn't even give it a name until the 1970s and, as I said, many people don't seek a diagnosis.

We have also spoken to people that work at The Royal Ottawa hospital in Ottawa. They are sometimes hesitant to give a diagnosis and are sometimes calling it a neuro-developmental disability or a neuro-behavioural disability, often because we don't have that birth history of fetal alcohol exposure prenatally.

Senator Hartling: It depends on where you come from, too, and on which province. We're very fortunate where I come from in New Brunswick. Claudette Bradshaw was one of the ambassadors who talked a lot about this. We heard a lot about it in our province.

I'm wondering if you see across the country resources like you have. How available are they? Is it depending on the province? Can you talk about that?

Ms. Lockwood: Absolutely. In British Columbia there are very good resources. Some people say they are 10 years ahead of us. In terms of FASD they have a provincial key worker program. They have provincially funded FASD assessments. Whereas here that is one more barrier. If a family is trying to get an assessment, they have to pay about \$5,000 out of pocket to get all these assessments done before they can go to the diagnostic clinic.

Alberta has very good resources for FASD, as do the territories. As you go across Canada the resources and number of assessment clinics go down. You are right, New Brunswick is the other province that has a centre of excellence for FASD and has more resources.

Yes, that in itself is a barrier. There is not equal access across the country.

Senator Hartling: Thank you very much.

Senator Brazeau: Thank you for your presentation.

One of the recommendations that you talked about was looking into alternatives to incarceration. With respect to that, are there any models in any jurisdiction, either across this country or in other countries, that have moved beyond, so to

Il y a plusieurs types d'études à ce sujet. Certains affirment que 9,8 p. 100 de la population carcérale en sont affectés et d'autres indiquent plutôt 23,3 p. 100. C'est d'une portée assez élargie, car ce trouble est relativement récent. Il n'y avait pas de nom officiel avant les années 1970 et comme je l'ai dit, beaucoup de personnes ne cherchent pas à obtenir un diagnostic.

Nous avons également discuté avec des spécialistes de l'Hôpital Royal Ottawa, à Ottawa. Ils hésitent parfois à poser un diagnostic et parlent plutôt d'une déficience neurologique ou comportementale, souvent parce que nous n'avons pas d'antécédents de naissance sur l'exposition prénatale à l'alcoolisation fœtale.

La sénatrice Hartling : Selon votre lieu d'origine et votre province. Je viens du Nouveau-Brunswick et nous sommes très privilégiés. Claudette Bradshaw a été l'une des ambassadrices qui en ont beaucoup parlé. Nous en avons beaucoup entendu parler dans notre province.

Est-ce que vous êtes au courant qu'il existe d'autres ressources semblables ailleurs au pays? Quelle est leur disponibilité? Est-ce que cela dépend de la province? Est-ce que vous pouvez nous en parler?

Mme Lockwood : Absolument. On retrouve d'excellentes ressources en Colombie-Britannique. Certains affirment qu'ils ont 10 ans d'avance sur nous. En ce qui concerne le TSAF, il existe un programme provincial pour les principaux travailleurs concernés. Des évaluations du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale sont financées par la province. Alors qu'ici, c'est un obstacle supplémentaire. Si une famille tente d'obtenir une évaluation, elle doit déboursier 5 000 \$ pour toutes les évaluations avant de pouvoir se rendre à la clinique de diagnostic.

L'Alberta possède déjà d'excellentes ressources pour le TSAF, ainsi que les territoires. Plus vous parcourez le Canada, vous réalisez que les services d'évaluation et les ressources tendent à diminuer. Vous avez raison, le Nouveau-Brunswick est la province où il y a un centre d'excellence pour le dépistage du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale et plusieurs autres ressources.

Effectivement, c'est un obstacle en soi. Il n'y a pas d'autre accès comparable au Canada.

La sénatrice Hartling : Merci beaucoup.

Le sénateur Brazeau : Nous vous remercions pour votre exposé.

Vous avez notamment recommandé d'appliquer d'autres solutions que l'incarcération. À cet égard, existe-t-il des modèles, que ce soit au Canada ou dans d'autres pays, qui ont dépassé, pour ainsi dire, le statu quo en ce qui concerne cette

speak, the status quo of looking into this issue and have created any successful models that you're aware of?

Ms. Lockwood: Supervised housing seems to be a good model. Jail is not a good fit in that very often they are so easily overwhelmed.

Better are sorts of mentorship programs and supervised work placements where they have a mentor. It's best if there is someone offering one-to-one support. Largely, people with FASD are not posing a danger to society. We have found models where supervised housing, supervised employment, mentoring and courts are designed to suit their needs better and probation orders that are possible to be fulfilled.

Senator Brazeau: Are there any models that you're aware of in other countries?

Ms. Lockwood: Australia and New Zealand seem to be leading the way in FASD and have excellent models. I can't give you the names off the top of my head, but I would look to Australia and New Zealand.

Senator Brazeau: Oftentimes the difficulty is trying to convince governments to put financial resources into things that make sense for people.

How would you suggest that we convince governments to perhaps do the right thing in this particular case and invest money where it needs to be for the benefit of what we are discussing here this morning?

Ms. Lockwood: It would be a very smart investment to fund diagnosis, to provide mandatory education for medical professionals so they understand FASD, and to make FASD training mandatory for everybody working in the corrections system.

It's a good investment. We know that it is really expensive for Canadian society. It is one of the biggest expenses. Svetlana Popova at CAMH, who does research to do with FASD, has found one of the biggest expenses is corrections. If we can put proactive strategies in place, we will find fewer people coming in contact with the law, entering the prison system, and we will actually reduce the cost to society, as well as make life fairer for the individual with FASD.

Senator Brazeau: I couldn't agree more.

Senator Munson: Senator Brazeau, we should follow up with our analyst to see how well those programs are working in other countries and if we can use that as a model in this country and as part of our report.

préoccupation et qui ont mené à des résultats positifs dont vous êtes au courant?

Mme Lockwood : Le logement supervisé semble être un excellent modèle. La prison n'est pas une bonne solution, car très souvent les établissements sont débordés.

Les programmes de mentorat et de stages supervisés sont beaucoup plus intéressants. Le soutien individuel est le meilleur choix pour ces personnes. Il est clair que les personnes atteintes du TSAF ne sont pas considérées comme un danger pour la société. Nous avons observé des modèles où le logement supervisé, l'embauche sous supervision, le mentorat et les tribunaux sont conçus pour mieux satisfaire leurs besoins ainsi que les ordonnances de probation qui peuvent être émises.

Le sénateur Brazeau : Connaissez-vous des modèles dans d'autres pays?

Mme Lockwood : L'Australie et la Nouvelle-Zélande sont avancées en matière de dépistage du TSAF et ont d'excellents modèles. Je ne peux pas vous donner les noms de mémoire, mais je me tournerais vers l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Le sénateur Brazeau : Souvent, la difficulté consiste à convaincre les gouvernements d'investir des ressources financières dans des domaines qui ont du sens pour les gens.

Comment pouvons-nous convaincre les gouvernements de faire ce qu'il faut dans ce cas précis et d'investir l'argent là où il est nécessaire au bénéfice de ce dont nous discutons ici ce matin?

Mme Lockwood : Un investissement dans le financement des diagnostics serait très judicieux, également d'offrir une éducation obligatoire aux professionnels de la santé et aux intervenants des systèmes correctionnels pour qu'ils comprennent mieux les particularités du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale ou le TSAF.

Ce sont des exemples d'investissements intelligents. Nous comprenons que c'est très dispendieux pour la société canadienne. C'est l'une des dépenses les plus importantes. Svetlana Popova du CAMH qui effectue des recherches relatives au TSAF a déterminé que l'une des plus importantes dépenses est liée aux services correctionnels. Si nous pouvions mettre en œuvre des stratégies proactives, les démêlés avec la justice seraient moins fréquents, le système carcéral serait moins encombré et, par conséquent, nous serions en mesure de réduire le coût que doit payer la société et la vie serait plus justifiable pour les personnes atteintes du TSAF.

Le sénateur Brazeau : Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Le sénateur Munson : Sénateur Brazeau, nous devrions faire un suivi auprès de notre analyste pour voir si ces programmes fonctionnent bien dans d'autres pays et si nous pouvons les

Ms. Lockwood: We would be happy to do a little research to direct you.

Senator Munson: If could you send it along to our clerk, that would be wonderful.

Senator Pate: Ms. Lockwood, I'm going to push you a bit on what I heard as an inconsistency in some of your responses. This is not meant as critical of you.

I heard it as: If people are to end up in the system you want to train correctional authorities. I also heard you say and saw in your written recommendations that it seems you're more strenuously recommending that people not be criminalized and imprisoned in the first place and that part of the diagnosis, education and community supports be aimed at preventing all of that.

I want to be clear I heard that correctly because it sounded like an inconsistency.

Ms. Lockwood: I can see how that would sound like an inconsistency. I look forward to a day when we have those early interventions in place so fewer people end up in the corrections system, but it is a fact at the moment that they are. I also think if people in court rooms, police officers and probation officers are aware of FASD, or the red flags that might indicate it, we can be treating somebody more fairly upfront.

We need to do that at the moment because this is a big issue. As Larry Bagnell says, people with FASD are clogging the corrections system. Putting them in jail isn't the answer. It's known as a revolving door. They just end up there again.

We need to invest in both. We need to think long term by putting strategies in place for early interventions and diagnoses, but for now we are dealing with this situation in our corrections system. We need to make sure that everybody understands the unique character of FASD and strategies we use to support the person before us who has it.

Senator Pate: Mary Ellen Turpel-Lafond was most recently the advocate for young people in British Columbia. When she was sitting as a judge in Saskatchewan she noticed how many indigenous young people, particularly young men who were coming before her, had the diagnosis of FAS or FASD. She actually insisted and posited, based on a suggestion that if in fact

appliquer comme modèles au Canada et les inclure dans notre rapport.

Mme Lockwood : Nous serions heureux de participer aux recherches pour vous aider.

Le sénateur Munson : Si vous pouviez l'envoyer à notre greffier, ce serait bien apprécié.

La sénatrice Pate : Mme Lockwood, j'ai entendu quelques incohérences dans certaines de vos réponses. Ce n'est certainement pas pour vous critiquer personnellement.

Ce que j'ai cru comprendre : si les personnes se retrouvent dans le milieu carcéral, il est préférable d'offrir une formation aux autorités correctionnelles. Je vous ai aussi entendu dire et j'ai lu dans vos recommandations écrites que vous semblez fermement insister sur le fait que les personnes ne devraient pas être criminalisées et emprisonnées au départ et qu'une partie du diagnostic, de l'éducation et du soutien communautaire viserait à prévenir tout cela.

Je veux m'assurer d'avoir bien compris parce que je trouve qu'il manque de cohérence.

Mme Lockwood : Je peux comprendre que cela semble incohérent. J'attends avec impatience le jour où ces interventions précoces seront mises en place afin que moins de personnes se retrouvent dans le système correctionnel, mais ce n'est qu'une donnée pour le moment. Je pense également que si les intervenants de la justice, les policiers et les agents de probation sont renseignés sur les particularités du TSAF ou sur les signaux d'alarme, nous pourrions traiter une personne atteinte plus équitablement.

C'est ce que nous devons faire pour le moment, car c'est un énorme problème. Comme le dit Larry Bagnell, les personnes atteintes du TSAF paralysent le système correctionnel. Les mettre en prison n'est pas la solution. Le milieu carcéral est reconnu pour être une porte tournante. Ils finissent par réintégrer ce milieu à chaque situation.

Nous devons investir dans les deux secteurs. Nous devons penser à long terme en mettant des stratégies en œuvre pour favoriser des interventions et des diagnostics précoces, mais pour le moment, nous devons faire face au système correctionnel actuel. Nous devons nous assurer que toutes les parties reconnaissent le caractère unique du TSAF et les stratégies que nous mettons en œuvre pour soutenir la personne affectée par ce trouble.

La sénatrice Pate : Mary Ellen Turpel-Lafond militait encore récemment pour la défense des jeunes en Colombie-Britannique. Lorsqu'elle était juge en Saskatchewan, elle a remarqué que de nombreux jeunes Autochtones, surtout des jeunes hommes qui se présentaient devant elle, souffraient du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, le TSAF, ou du syndrome d'alcoolisme

the diagnosis meant you could not criminalize somebody, that we might actually see a reduction in the diagnosis.

I'm not sure if that's true. I'm not sure what you think about that. She actually argued that in fact you can't do programming in prison. She was hearing research that part of the reason individuals who were being imprisoned weren't getting access to programs was their inability to follow through on the programs, their inability to jump through the hoops, apply for parole and do all of those things. She actually argued and in fact decided in several cases that she would not sentence people to prison even though it would be the usual tariff and insisted instead that community programs be set up.

Since then we know, as I mentioned earlier, that with section 29 of the Corrections and Conditional Release Act we don't have to wait for the time you're talking about, I would suggest. If you knew and if other family members knew that this provision existed and would insist that their loved ones be transferred out of prisons into appropriate health or supported living environments, how many people would you see ending up in prison who have FAS?

The corollary to that is: Would you recommend that process be implemented?

Ms. Lockwood: I understand the question. I'm just trying to think of my answer. We actually have a judge who is an adviser to our program. She started the mental health courts here and we've talked about this sort of thing with her.

It's on a case-by-case basis. It depends on the crime they have been charged with, as well. The majority of things that people with FASD have been charged with could be processed non-criminally.

I'm a little stumped on how to answer your question. I'm being honest.

Senator Pate: I apologize. It's unfair to throw out a provision that you don't know about. This provision wouldn't require that people not be criminalized. We're talking about people who are already in the system. It provides an opportunity to have them moved out into appropriate mental health supported environments.

You're suggesting another approach, which would be diversion upfront and not having people even prosecuted. This would be an option that already exists in law for people to be moved out of the prison systems into appropriate alternative settings that have not been fully implemented. It's a policy

foetal, le SAF. En se fondant sur l'idée qu'un tel diagnostic empêcherait de criminaliser quelqu'un, elle a posé l'hypothèse que nous pourrions assister à une réduction de ce diagnostic.

Je ne sais pas si c'est vrai et je ne sais pas ce que vous en pensez. Elle disait en réalité qu'on ne peut pas faire de programmation en prison. Elle entendait des spécialistes expliquer que si des détenus n'avaient pas accès à des programmes, c'est en partie à cause de leur incapacité à persévérer dans ces programmes, à surmonter les obstacles, à demander la libération conditionnelle et à faire tout ce qu'il faut. Elle a argumenté et décidé dans plusieurs cas de ne pas condamner des gens à la prison même si c'était la peine habituelle et elle a insisté plutôt pour qu'on organise des programmes communautaires.

Nous savons depuis ce temps-là, comme je le mentionnais tantôt, qu'avec l'article 29 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, nous n'avons plus à attendre jusqu'au terme dont vous parlez, je dirais. Si vous connaissiez et si d'autres membres de la famille connaissaient l'existence de cette disposition et qu'ils insistaient pour que leur proche soit retiré de prison et transféré dans un milieu convenable de soins ou de soutien à la vie autonome, combien de gens souffrant du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale aboutiraient en prison, d'après vous?

Et corollairement, recommanderiez-vous l'application de ce processus?

Mme Lockwood : Je comprends votre question. J'essaie juste de penser à ma réponse. En fait, nous avons une juge qui nous conseille sur notre programme. Elle a mis sur pied des tribunaux de la santé mentale ici et nous avons discuté de ce genre de choses avec elle.

Chaque cas est différent. Cela dépend aussi du crime dont on a été accusé. La majorité des délits dont sont accusés les gens atteints du TSAF pourraient être traités hors du système pénal.

Je suis un peu embarrassée de répondre à votre question, honnêtement.

La sénatrice Pate : Je m'excuse. C'est injuste de lancer à l'improviste une disposition que vous ne connaissez pas. Cette disposition n'exigerait pas que les gens ne soient pas criminalisés. Nous parlons de gens qui sont déjà dans le système carcéral. Elle offre l'occasion de les en faire sortir pour aller dans des milieux appropriés d'aide à la santé mentale.

Vous proposez une autre démarche, qui serait la déjudiciarisation au départ, sans qu'aucune poursuite ne soit intentée. Ce serait une option qui existe déjà en droit de transférer des gens du système carcéral dans d'autres cadres convenables qui ne sont pas encore tout à fait en place. C'est une

decision and this committee has an opportunity to make some recommendations around things like policies.

Ms. Lockwood: Yes, I think that's an ideal situation. That's a much better fit, but what I see as the barrier is that many people haven't been diagnosed. We saw in a report last week that only seven FASD assessments were done in Canada in the last year in corrections.

Yes, that sounds like an ideal situation, but first we need to know that they have FASD. They probably often have instead a sort of alphabet soup of diagnoses like ADHD or ODD. That's the sort of thing we see. The first red flag we usually see is that they have all these different diagnoses.

I think that is a very good proposition. It would move a lot of people out of the court system but first we would have to devote some expertise and money to diagnosis.

Senator Pate: As long ago as when Louise Arbour was doing a review of the prison for women one of the recommendations made was that assessments not look at the risk assessment process that is used now but at the needs individuals pose and have services provided to address those needs.

I don't want to put words in your mouth but it sounds as though that is a type of recommendation you would also support. As soon as someone comes to the attention of the police, Crown prosecutor, their own lawyer, a judge or Corrections, as soon as somebody becomes aware of those issues hopefully earlier rather than later, and with the type of training that Senator Bernard talked about, those kinds of assessments and service should be strength based or needs based as opposed to merely risk based.

Ms. Lockwood: Yes. There are some very simple assessment tools not to do diagnosis. I mentioned the Asante Centre in B.C. which has excellent publications to do with FASD. They have a very simple screening tool. Again, I'm not saying that is a diagnosis, but it's a screening tool.

If the police officer, or whoever the person is, does the assessment and suspects that the person has FASD, they can start using strategies like concrete language, one direction at a time and one question at a time. Understanding that many of the behaviours are rooted in anxiety, they can do things that reduce anxiety in the person so that they can have a calm train of thought, remember what has happened, and that sort of thing.

If we can start using those strategies when we have a pretty good idea, even without a diagnosis, again we will be able to support the person better and find the better fit.

décision qui touche les politiques de l'État et notre comité peut justement faire des recommandations en la matière.

Mme Lockwood : Oui, je pense que c'est une situation idéale, qui convient beaucoup mieux, mais le problème est que beaucoup de gens n'ont pas été diagnostiqués. Nous avons vu dans un rapport la semaine dernière qu'on a autorisé seulement sept évaluations du TSAF dans les établissements correctionnels au Canada l'an dernier.

Oui, la situation paraît idéale, mais il faut d'abord savoir s'ils sont bel et bien atteints du TSAF. Ils ont souvent un de ces diagnostics de soupe alphabet comme le TDAH ou un trouble oppositionnel avec provocation. C'est le genre de choses que nous voyons. La première chose qui nous alerte d'habitude est la présence de tous ces diagnostics différents.

Je pense que c'est une très bonne solution, qui sortirait beaucoup de gens du système judiciaire, mais il faudrait d'abord affecter des spécialistes et des budgets au diagnostic.

La sénatrice Pate : Dès l'époque où Louise Arbour faisait son enquête sur la prison des femmes, une des recommandations était que les évaluations ne portent pas sur les risques comme c'est le cas actuellement, mais sur les besoins des individus, et que des services soient offerts pour répondre à ces besoins.

Je ne veux pas vous mettre des mots dans la bouche, mais il me semble que c'est le genre de recommandation que vous feriez aussi. Dès que quelqu'un arrive à l'attention de la police, d'un procureur de la Couronne, de son propre avocat, d'un juge ou des services correctionnels, dès qu'on décèle ce genre de problèmes — le plus tôt possible, espérons-le —, et avec le genre de formation dont parlait Mme Bernard, les évaluations devraient être faites en fonction des points forts ou des besoins plutôt qu'en fonction des risques.

Mme Lockwood : Oui. Il existe des outils très simples pour évaluer sans faire de diagnostic. J'ai parlé du centre Asante en Colombie-Britannique qui offre d'excellentes publications au sujet du TSAF. Il utilise un outil de dépistage très simple. Je répète qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais d'un outil de dépistage.

Si l'agent de police ou quiconque fait l'évaluation et soupçonne que la personne souffre d'un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, il peut commencer par appliquer des stratégies comme le langage concret, une chose à la fois. Quand on comprend que beaucoup de comportements prennent racine dans l'anxiété, on peut faire des choses qui réduisent l'anxiété, de sorte que le sujet puisse suivre calmement son fil de pensée, se rappeler ce qui s'est passé et cetera.

Si nous pouvons appliquer ces stratégies dès que nous avons une idée assez juste, même sans diagnostic, nous pourrions être d'un meilleur secours pour la personne et trouver ce qui lui convient le mieux.

Senator Bernard: I'd like to ask for a bit more information on the study that you referenced.

On the first page of your report, you talk about 400 comorbid medical conditions. You say it was research published last year by CAMH. It would be useful for us to actually have access to that study.

Ms. Lockwood: Yes, absolutely.

Senator Bernard: Also, if there were recommendations from that study, they would be helpful to us.

Ms. Lockwood: Yes. It's actually very important because we didn't really understand that FASD was a whole-body disorder until quite recently. It can affect every system and organ in the body, but that also means things like a medication for ADHD might be very dangerous for them because they might have unknown heart issues or things like that. We also know that medications don't work correctly often with this population, if at all.

It is all different pieces of the puzzle, but it is all interrelated. Yes, we can make sure you have access to that study.

Senator Hartling: I have a question. If somebody is in the prison system with FASD or other disabilities, what could be some of the problems, issues or challenges that could happen? What could happen there?

Ms. Lockwood: A lot of the negative behaviours stem from anxiety. Sensory issues can be a real problem for people with FASD. They are often really sensitive to bright lights like this, to sounds that the rest of us can screen out, to overstimulation, to too many people or to too much talking. Sleep issues are an extremely big area of need for people with FASD. They often have trouble falling asleep and staying asleep. They don't usually get into that good restorative sleep. All of those things can affect behaviour negatively.

They often don't do well with people in positions of authority who are approaching them with a very authoritarian approach. That also can also bring out negative behaviour. It really is not a great setting because there just aren't opportunities for downtime.

For people with FASD they have to work much harder than the rest of us. They tire easily. They usually can only work half time. To have full day programming could be very overwhelming. Sensory overload, I would say.

Senator Hartling: They could possibly get into some kind of trouble because they're not able to follow and end up in segregation or somewhere where it would be even worse for them.

La sénatrice Bernard : J'aimerais avoir un peu plus d'information sur l'étude à laquelle vous nous renvoyez.

À la première page de votre mémoire, vous parlez d'environ 400 troubles concomitants, en citant une étude publiée l'an dernier par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Il serait bon pour nous d'avoir accès à cette étude.

Mme Lockwood : Oui, certainement.

La sénatrice Bernard : S'il s'y trouve des recommandations, elles nous seraient utiles aussi.

Mme Lockwood : Oui. C'est très important en fait parce que nous ne comprenions pas vraiment jusqu'à tout récemment que le TSAF affectait l'organisme tout entier. Il peut attaquer chaque système et chaque organe, ce qui signifie qu'un médicament prescrit pour le TDAH peut être très dangereux chez une personne atteinte du TSAF, qui cache peut-être des problèmes cardiaques, par exemple. Nous savons aussi que des médicaments n'opèrent pas correctement dans cette population, sinon pas du tout.

Ce sont toutes des pièces différentes du puzzle, mais elles sont toutes reliées. Oui, nous pouvons nous assurer que vous aurez accès à cette étude.

La sénatrice Hartling : J'ai une question. Si quelqu'un est dans le système correctionnel avec le TSAF ou un trouble comparable, quels sont les problèmes ou les défis qui pourraient se présenter? Qu'est-ce qui pourrait arriver?

Mme Lockwood : Beaucoup de comportements négatifs découlent de l'anxiété. Les personnes atteintes du TSAF peuvent avoir de graves problèmes sensoriels. Elles sont souvent très sensibles à la lumière vive comme celle-ci, à des sons que nous autres savons filtrer, à la surstimulation, à la promiscuité ou aux bavardages excessifs. Les problèmes de sommeil prennent une très grande place chez elles. Elles ont souvent du mal à s'endormir et à rester endormies. Il est rare qu'elles sombrent dans un bon sommeil réparateur. Toutes ces choses peuvent affecter leur comportement.

Elles ne s'entendent pas bien avec les personnes en position d'autorité qui les abordent avec une attitude très autoritaire. Cela aussi peut déclencher un comportement négatif. Ce n'est pas vraiment un bon cadre pour elles si elles sont toujours sur le qui-vive.

Elles doivent faire beaucoup plus d'efforts que les autres. Elles se fatiguent rapidement et ne peuvent généralement travailler qu'à mi-temps. Un programme d'une journée entière pourrait les dépasser entièrement. Surcharge sensorielle, je dirais.

La sénatrice Hartling : Elles peuvent se retrouver en difficulté si elles ne parviennent pas à suivre et finir en isolement ou dans quelque autre endroit encore pire pour elles.

Ms. Lockwood: Exactly, and even things like work placements within the prison system they may not be able to do. They may not be able to follow the instructions. They usually need one instruction at a time, a work buddy and that sort of thing. It's not too likely you will find that in the prison system.

Senator Munson: Are there any other questions? If not, we thank you very much, Nancy Lockwood from Citizen Advocacy. You gave us a number of recommendations and we'll follow up on what is happening in other countries, plus what we just heard about you talking about CAMH and so on. It is important that we know there are thousands of people in Canadian prisons who shouldn't be there. There should be other avenues for rehabilitation in their lives.

We have two new witnesses to add to our conversation and our dealings with a report. We will have an interim report, hopefully at the end of this month, and a full report sometime next year.

Our witnesses are from the Royal Ottawa Mental Health Centre, J. Paul Fedoroff, Director, Sexual Behaviours Clinic; and from the Canadian Academy of Psychiatry and the Law, Dr. Brad Booth, Vice President.

I understand you will go first, Dr. Booth.

Dr. Brad Booth, Vice President, Canadian Academy of Psychiatry and the Law: Thank you very much for taking the time to explore this very important issue and for inviting both of us. We are both forensic psychiatrists.

Today I am representing two organizations. The President of the Canadian Psychiatric Association was to be presenting as well but unfortunately had some last-minute health issues, so I'm bringing in some of those words as well. The Canadian Psychiatric Association is a voluntary organization that represents Canada's 4,600 psychiatrists and 900 psychiatric residents.

The second organization I'm representing today is the Canadian Academy of Psychiatry and the Law. We represent Canada's forensic psychiatrists. You may be familiar with us, but forensic psychiatry is a branch of psychiatry with specialized training in the assessment and treatment of individuals with both mental health issues and concurrent legal issues. Obviously this includes individuals who ultimately are in the courts and within the Canadian correctional system.

I'm aware that the committee has done a number of site visits to various institutions. As the committee has also likely heard from Dr. Zinger and others, people with mental illness are overrepresented in the criminal justice system, both the provincial and the federal systems.

Mme Lockwood : Exactement. Même les emplois en prison ne leur conviennent pas. Elles sont incapables de suivre les consignes si on leur en donne plus d'une à la fois. Elles ont besoin d'un compagnon ou d'une compagne de travail et de toutes sortes de choses qu'on ne trouve guère dans le système carcéral.

Le sénateur Munson : Y a-t-il d'autres questions? Sinon, nous vous remercions sincèrement, madame Lockwood, de Citizen Advocacy Ottawa. Vous nous avez offert un certain nombre de recommandations et nous allons suivre ce qui se passe dans d'autres pays, plus ce que vous venez de dire à propos du Centre de toxicomanie et de santé mentale et tout le reste. Il est important pour nous de savoir qu'il y a dans les prisons canadiennes des milliers de personnes qui ne devraient pas être là. Il devrait y avoir d'autres voies de réhabilitation pour elles.

Nous avons deux nouveaux témoins pour éclairer nos débats et le rapport que nous devons produire. Nous aurons un rapport d'étape, idéalement à la fin du mois, et un rapport complet dans le courant de l'année prochaine.

Nous accueillons le Dr J. Paul Fedoroff, directeur de la Clinique des comportements sexuels au Centre de santé mentale de l'Hôpital Royal Ottawa, et le Dr Brad Booth, vice-président de l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit.

Je crois que vous parlez le premier, docteur Booth.

Dr Brad Booth, vice-président, Académie canadienne de psychiatrie et de droit : Merci beaucoup de vous pencher sur un problème aussi important et de nous inviter tous les deux. Nous sommes tous deux psychiatres judiciaires.

Je représente aujourd'hui deux organismes. Le président de l'Association des psychiatres du Canada devait aussi prendre la parole devant vous, mais il a eu malheureusement un empêchement de dernière minute, alors je me fais un peu son porte-parole. L'Association des psychiatres est un organisme bénévole qui représente 4 600 psychiatres et 900 résidents en psychiatrie du Canada.

Le second organisme que je représente aujourd'hui est l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit, dont font partie les psychiatres judiciaires du Canada. Vous nous connaissez peut-être, mais la psychiatrie judiciaire est une branche de la psychiatrie qui se spécialise dans l'évaluation et le traitement des personnes ayant à la fois des problèmes de santé mentale et des démêlés avec la justice. Évidemment, il s'agit entre autres de la clientèle des tribunaux et des établissements correctionnels du Canada.

Je sais que le comité a visité un certain nombre d'établissements. Comme vous l'avez sans doute entendu de la part de M. Zinger et d'autres experts, les personnes atteintes de maladie mentale sont surreprésentées dans le système de justice pénale, tant au provincial qu'au fédéral.

From a psychiatric point of view we think this relates to the phenomenon that in the olden days we called deinstitutionalization. You may be familiar with this, but back in the 1950s and the 1960s there was a reduction in the number of psychiatric beds. At the same time it became more difficult to commit individuals to institutions. Also, it was harder to treat individuals. What happened was an emptying of our chronic care facilities. Unfortunately, there weren't supports in place for those individuals leaving the institutions. That remains a paucity in terms of service provision for individuals with severe mental health issues.

Rather than a portion of those individuals attaining independence in the community or having appropriate supports, they then migrated into the correctional and the court systems. There is actually a formalized term in the literature called transinstitutionalization. In other words, a portion moved from chronic care facilities into jails, which many people have called the modern asylums of the 20th century.

As you have also likely heard, individuals who get into the criminal justice system often suffer from mental health issues, including mood disorders, depression, anxiety, substance use disorders and psychotic disorders. Dr. Fedoroff can attest to his experience in this regard.

We see a number of individuals with intellectual disabilities and autistic spectrum disorders. We are seeing increasing rates now of individuals who are dementing within the correctional system. Again, in the past it was not necessarily a large representative sample of individuals but certainly a growing proportion. I am aware also that the committee heard from Dr. Zinger about the fact that there has been a large increase in the number of individuals who are elderly within our prison system.

Another thing that we are aware of as psychiatrists is that our indigenous populations are disproportionately overrepresented. Many of those individuals come in with complex trauma issues and substance use disorders and are not being well serviced within our correctional facilities. Jails and prisons weren't constructed to provide mental health care, so not surprisingly they are not optimal places to provide mental health services for this already disadvantaged and stigmatized population.

Within prisons, mentally ill inmates are often victimized and terrorized. They're denied appropriate services. This is particularly so also for individuals with gender identity disorder, transgendered individuals, and individuals who identify as lesbian, gay or bisexual. Correctional staff weren't necessarily trained to deal with these complex issues. Some of these individuals can even be difficult to manage within a highly

D'un point de vue psychiatrique, nous y voyons un rapport avec le phénomène qu'on appelait autrefois la désinstitutionnalisation. Vous vous rappelez peut-être que dans les années 1950 et 1960, on a réduit le nombre de lits réservés aux cas psychiatriques. En même temps, il devenait plus difficile de les garder en institution et aussi de les traiter. Nos établissements de soins de longue durée se sont peu à peu vidés. Malheureusement, il n'y avait pas de ressources en place pour accueillir les « désinstitutionnalisés ». Encore aujourd'hui, la prestation de services aux personnes qui présentent des troubles graves de santé mentale laisse grandement à désirer.

Plutôt que d'atteindre une certaine autonomie dans la société ou d'obtenir un soutien approprié, ils ont migré vers le système judiciaire et correctionnel. Il y a un mot qui s'est imposé dans la littérature pour rendre compte du phénomène, c'est la transinstitutionnalisation. Autrement dit, une partie de la clientèle est passée des centres de soins de longue durée aux prisons, que bien des gens ont appelées les asiles modernes du XX^e siècle.

Comme vous l'avez sans doute aussi entendu, ces personnes qui arrivent dans le système de justice pénale ont souvent des problèmes de santé mentale, comme des troubles de l'humeur, la dépression, l'anxiété, les troubles liés à la consommation de drogues et les troubles psychotiques. Le Dr Fedoroff peut témoigner de son expérience en la matière.

Nous voyons des personnes avec des déficiences intellectuelles et des troubles du spectre de l'autisme. Nous voyons de plus en plus de personnes souffrant de démence dans le système correctionnel. Dans le passé, ce n'était pas nécessairement un large échantillon représentatif, mais certainement une proportion croissante. M. Zinger a dû vous signaler aussi la forte hausse du nombre de personnes âgées dans nos prisons.

Une autre chose qui vient à la connaissance des psychiatres est que la population autochtone y est représentée en proportion tout à fait démesurée. Beaucoup d'Autochtones aboutissent en prison avec des traumatismes complexes et des troubles liés à la consommation de drogues et sont mal desservis dans nos établissements carcéraux. Les prisons n'ont pas été construites pour fournir des soins de santé mentale, alors ne soyons pas surpris qu'elles ne soient pas les meilleurs endroits pour fournir des services spécialisés à une population déjà défavorisée et stigmatisée.

Les détenus atteints de maladie mentale sont souvent des victimes tout désignées et terrorisées. C'est le cas surtout aussi pour ceux qui présentent un trouble d'identité sexuelle, des transgenres et des personnes qui se disent lesbiennes, gaies ou bisexuelles. Le personnel carcéral n'a pas été nécessairement formé pour traiter des problèmes aussi complexes. Avec des cas qui seraient difficiles à gérer même dans un établissement

specialized psychiatric facility, so it's not surprising that Correctional Services may struggle because that's not really their mandate.

That being said, for some individuals getting into the criminal justice system has actually in fact been a gateway to get services. There is a lack of services available for mental health across the country, so there are wait times to see a psychiatrist, a counsellor or for appropriate services. It is a very large area of underserved medicine within Canada.

We see multiple points of potential opportunity for improvement in the current system. The first one is at the entry point into the criminal justice system. Mentally ill individuals often struggle with navigating the court systems. There certainly are some attempts to divert these individuals in trying to get appropriate services for them, but once you have a combination of mental health issues plus criminal justice you get a double stigma. It's very hard to find individuals who will take on the cause of this disenfranchised population.

In addition, a minority of individuals are able to tap into forensic psychiatry services, but most individuals with mental health issues won't qualify for a finding of not criminally responsible on account of mental disorder, or they wouldn't be found unfit to stand trial. They don't really fall directly under the umbrella of a forensic psychiatry treatment program.

We do worry that mandatory minimum sentences and the truth-in-sentencing initiatives do not allow significant mental health issues to be appropriately taken into account by individuals such as judges and the criminal justice system.

The second point for potential improvement within the system is actually within the correctional system itself: recognizing the overrepresentation of mentally ill individuals in corrections. There is an inadequate number of services, support and treatment available for them. Nationally there is a shortage of general psychiatrists and an even greater shortage of forensic psychiatrists and other multi-disciplinary workers who would be appropriately trained, skilled and interested in working with this population. Qualified individuals are often reticent to work with these populations, again given that double stigma.

Currently, most mental health services have a correctional focus rather than a mental health focus. It's really on security, punishment and containment rather than what will actually be helpful for the individual.

The lack of appropriate services and support in prisons for mentally ill persons also represents from the CPA's perspective unacceptable rates of seclusion and a lack of appropriate treatment. If you have somebody who is actually incapable of understanding their illness and getting treatment, there are few places within the correctional system where appropriate involuntary treatment could be given.

psychiatrique hautement spécialisé, il n'est pas étonnant que les services correctionnels éprouvent des difficultés, parce que ce n'est pas vraiment leur mandat.

Cela dit, certaines personnes ont en fait trouvé dans le système de justice pénale une solution pour obtenir des services. Il y a une pénurie de services de santé mentale à travers le pays, donc il faut s'armer de patience pour voir un psychiatre, consulter un spécialiste ou obtenir des soins appropriés. C'est un secteur de la médecine où les services font extrêmement défaut au Canada.

Nous voyons de nombreuses possibilités d'améliorer le système actuel de justice pénale, la première au point d'entrée. Les personnes atteintes de maladie mentale sont souvent perdues dans l'appareil judiciaire. On essaie bien d'en orienter vers des services qui leur conviennent, mais dès que vous avez un mélange de problèmes mentaux et de justice pénale, la stigmatisation se fait en double. Il est très difficile de trouver des gens prêts à défendre la cause de cette population privée de ses droits.

De plus, si une minorité parvient à se prévaloir des services de psychiatrie judiciaire, la plupart sont inadmissibles à un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, ou ne seraient pas déclarées incapables à subir un procès. Elles ne tombent pas automatiquement sous la protection d'un programme de traitements psychiatriques.

Nous craignons que les peines minimales obligatoires et le principe de vérité dans le prononcé de la sentence n'empêchent les juges et le système de justice pénale de bien prendre en considération les problèmes graves de santé mentale.

La deuxième amélioration possible vise le système correctionnel même : reconnaître la proportion démesurée de personnes atteintes de maladie mentale dans les établissements. Il n'y a pas assez de services, de soutien et de traitements pour faire face à une telle surreprésentation. À l'échelle nationale, on manque de praticiens en psychiatrie générale et encore plus de psychiatres judiciaires et autres spécialistes de plusieurs disciplines qui auraient la formation, les compétences et la vocation nécessaires pour desservir cette population-là. Les personnes qualifiées pour le faire sont souvent réticentes, à cause encore une fois de la double stigmatisation.

À l'heure actuelle, la plupart des services de santé mentale s'intéressent plus au correctionnel qu'à la santé mentale. Ils privilégient la sécurité, la punition et le confinement au détriment de ce qui serait réellement utile à la personne.

Le manque de services et de soutien adaptés aux cas de maladie mentale dans les prisons entraîne à nos yeux des taux inacceptables d'isolement et de non-traitement. Si quelqu'un est incapable de comprendre sa maladie et de se faire soigner, il y a peu d'endroits dans le système correctionnel où on pourra lui prodiguer le traitement involontaire qu'il lui faut.

It's often difficult to have these individuals treated in the regular health system because our general hospitals aren't equipped to deal necessarily with individuals who have that comorbid mental health and criminal justice element.

Inmates of indigenous descent, as we have discussed, are significantly overrepresented in jails and prisons, as are female offenders. Many of them have psychiatric diagnoses and histories of psychiatric hospitalizations. Again, as I mentioned, jails have inadequate supports for our aging inmates who may suffer from dementia or other physical health issues. Those with cognitive impairments may come into the forensic system.

The final potential point of improvement would be on discharge from the facility. Most individuals who come into federal or provincial corrections will get out at some point. Unfortunately, mentally ill and elderly offenders face further barriers on release, including a lack of support to facilitate community integration.

As well, individuals exiting with a criminal record can find it very difficult, if not impossible, to find gainful employment. I have had individuals, even seeking out manual labour, who because of a criminal record check would never apply. They are left without employment unfortunately. There is very good evidence to suggest that employment would decrease an individual's risk of recidivism. That becomes a barrier for life stability. A criminal record also affects elderly offenders. Unfortunately many of those individuals may be barred from going into appropriate supportive living such as a nursing home. There are many areas that we have concerns about.

There are a number of recommendations that the Canadian Psychiatric Association and CAPL, the Canadian Academy of Psychiatry and the Law, would put forward to the committee.

The first is that the federal government strike a commission to review the effects of institutionalization and hold provincial governments accountable for appropriate resources in the hospitals and in the community.

The second is that the government consider separate funding streams for people with serious mental illness to ensure there are sufficient beds and resources available for people with mental illness as long as they need them.

The third one would be that as psychiatric resources do move to public general hospitals and to the community there has to be a close accounting to ensure that the funds are not diverted away from mental health to other services. For example, when you're in a general hospital those services may go toward cancer care, surgery or other needs within the hospital.

Il est souvent difficile de s'en remettre au système de santé habituel parce que nos hôpitaux généraux ne sont pas équipés pour recevoir ces cas particuliers de concomitance de troubles mentaux et de problèmes judiciaires.

Les Autochtones, rappelons-le, sont eux aussi surreprésentés dans les prisons, en particulier de sexe féminin. Beaucoup ont reçu un diagnostic de troubles psychiatriques et ont un historique d'hospitalisations en milieu psychiatrique. Puis, comme je l'ai dit, les prisons sont mal équipées pour prendre soin des détenus âgés qui peuvent souffrir de démence ou d'autres problèmes de santé physique. Ceux atteints de déficience cognitive sont des candidats à la psychiatrie judiciaire.

Enfin, il y aurait lieu de faciliter les choses au moment de la libération. La plupart des personnes incarcérées dans les établissements fédéraux ou provinciaux finissent par en sortir. Malheureusement, les délinquants âgés ou atteints de maladie mentale font face alors à d'autres obstacles, dont un manque d'aide à l'intégration dans la société.

De plus, les personnes qui sortent avec un casier judiciaire peuvent trouver très difficile, sinon impossible, de trouver un emploi lucratif. J'en ai vu qui ont renoncé à chercher, même du travail manuel, parce qu'on vérifie alors leur casier judiciaire. Ils se retrouvent donc sans emploi, même s'il est prouvé pourtant qu'un emploi diminuerait chez eux le risque de récidive. Voilà qui les empêche de se bâtir une vie stable. Le casier judiciaire nuit autant aux délinquants âgés. Beaucoup d'entre eux se voient refuser l'accès à un milieu de vie structurée comme une maison de repos. Les sujets de préoccupation ne manquent pas.

Il y a un certain nombre de recommandations que l'Association des psychiatres du Canada et l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit voudraient soumettre au comité.

La première est que le gouvernement fédéral crée une commission chargée d'examiner les effets du placement en établissement et tienne les provinces responsables de fournir les ressources nécessaires dans les hôpitaux et dans la société.

La deuxième est que le gouvernement envisage des voies de financement distinctes pour garantir aux personnes atteintes de maladie mentale des places et des ressources en nombre suffisant, aussi longtemps qu'elles en auront besoin.

Quant à notre troisième recommandation, comme les ressources en psychiatrie se déplacent vers les hôpitaux généraux publics et dans la collectivité, nous recommandons qu'une reddition de comptes serrée soit exigée afin de garantir que les fonds affectés à la santé mentale ne sont pas détournés au profit d'autres services. Par exemple, dans un hôpital général, ceux-ci pourraient être réaffectés aux services d'oncologie ou de chirurgie, ou encore, servir à combler tout autre besoin de l'hôpital.

The fourth one would be that resources and services are put in place to provide appropriate and sufficient non-forensic, non-correctional mental health treatment so that there are avenues to divert people into before they become criminalized.

The next recommendation would be that research be supported so that we can look into the predictors of individuals with mental illness and how they become involved in the criminal justice system and how we may prevent that criminalization of the mentally ill.

The next one would be that the government reviews the impact of the new crime legislation, including mandatory minimum sentences, and how that is affecting individuals with mental illness as well as other marginalized populations.

Provincial and federal correctional services should also consider developing psychiatric treatment units, but with oversight from health care individuals rather than correctional individuals. I know the committee has likely also heard of some of the challenges within correctional facilities where there is that pull between a correctional mandate versus a mental health mandate.

We would also recommend that all inmates be screened on admission for mental health issues and a treatment plan instituted, including appropriate mental health and medical supports. Correctional officers and correctional mental health staff should receive enhanced training rather on how to deal with psychiatric issues and recognize them so that they can then divert those individuals for appropriate intervention.

Segregation of psychiatric patients at risk of self-harm and for other reasons needs to be reviewed closely and at regular intervals. There does have to be a strong involvement from professionals and experts like psychiatrists and forensic psychiatrists in those evaluations.

Government should also explore funding options to try to encourage mental health professions including psychiatrists and forensic psychiatrists to serve this stigmatized population, both within the institution and also on release.

Lastly, government should be taking steps to remove employment barriers. I would suggest for all offenders, but particularly for those with mental health issues who are already one behind when they get out. Those would be the recommendations from our organization and our initial comments.

En quatrième lieu, nous recommandons que des ressources et des services soient mis en place afin d'offrir des traitements en santé mentale appropriés et satisfaisants, hors des systèmes judiciaires et correctionnels, de sorte qu'il existe des possibilités vers lesquelles orienter les personnes avant qu'elles ne commettent un crime et soient inculpées.

Notre recommandation suivante est de financer la recherche afin que nous puissions nous pencher sur les facteurs prédictifs des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que sur la façon dont elles finissent par avoir des démêlés avec le système de justice pénale et sur la façon dont nous pouvons éviter de criminaliser les personnes souffrant d'une maladie mentale.

Nous demandons également au gouvernement d'examiner les conséquences des nouvelles mesures législatives en matière criminelle, y compris les peines minimales obligatoires, ainsi que les incidences qu'elles ont sur les personnes souffrant de troubles mentaux et sur les autres groupes marginalisés.

Les services correctionnels fédéraux et provinciaux devraient également envisager la création d'unités de traitement psychiatrique dont la surveillance serait assurée par des travailleurs de la santé plutôt que par le personnel correctionnel. Je sais que le comité a probablement aussi entendu parler des défis auxquels font face les établissements correctionnels, qui sont pris entre un mandat correctionnel et un mandat à l'égard de la santé mentale.

Nous recommandons également que tous les détenus soient évalués au moment de leur admission afin de dépister tout problème de santé mentale et, le cas échéant, qu'un plan de traitement soit établi, incluant un soutien médical et en santé mentale approprié. Les agents correctionnels et le personnel de santé mentale des établissements correctionnels devraient suivre une formation approfondie sur la façon de reconnaître les problèmes psychiatriques et de les gérer afin de diriger les personnes qui en souffrent vers une intervention appropriée.

L'isolement des patients psychiatriques susceptibles de se mutiler, ou pour toute autre raison, doit être réévalué attentivement et régulièrement. Les professionnels et les experts, comme les psychiatres et les psychiatres légistes, doivent participer pleinement à ces évaluations.

Le gouvernement doit aussi explorer les options de financement afin d'inciter les professionnels en santé mentale, y compris les psychiatres et les psychiatres légistes, à offrir leurs services à cette population stigmatisée, tant pendant la détention qu'après la libération.

Enfin, le gouvernement devrait prendre des mesures pour éliminer les obstacles à l'emploi, et je dirais pour tous les contrevenants, mais surtout pour ceux aux prises avec des problèmes de santé mentale qui partent déjà avec un handicap au moment de leur libération. Ce sont là les recommandations de notre organisme et nos remarques préliminaires.

Thank you again for allowing both the CPA and CAPL to appear before you today. I would be happy to answer any questions. It likely would make sense for Dr. Fedoroff to go next, but I'll leave it to the discretion of the committee.

Senator Munson: Thank you very much. Dr. Fedoroff, you are welcome to add few words before we ask questions.

Dr. J. Paul Fedoroff, Director, Sexual Behaviours Clinic, Royal Ottawa Mental Health Centre: Thank you, Senator Munson and honourable senators of the committee, for the chance to make my presentation. You may be suspicious, but the fact is that Nancy Lockwood, Dr. Booth and I have not pre-conferred about what we would say today. However, I think you will find that what I say is very similar to what you have already heard.

I'll start off with mentioning stigma. Stigma involves negative labelling and discrimination. I'm the director of the sexual behaviours clinic at The Royal Ottawa, so I look after sex offenders who are a very stigmatized group. In that group, there are a large number of people who have intellectual disabilities.

In fact, I run a separate clinic only for doubly stigmatized people with intellectual disabilities who are also sex offenders. Of that group, about 90 per cent have other major mental illnesses or other psychiatric disorders, which is a third cause of stigmatization. We are talking about a group which, by its nature, is one that people tend to be very concerned about and suffers all the problems that come with stigmatization. I'm very happy that the committee is paying special attention to them.

I want to start by telling you about a patient I saw many years ago who was an example of what I just told you. He was brought to me, as they always seem to be, on a rainy Friday afternoon in my clinic for intellectually disabled sex offenders. He was a federal offender who had just been released with frankly no treatment plan. He was brought to me by two police officers who were, I would say, quite frightened. He was a very large man. He had a terrible history of repeated sexual offences. He was known to be aggressive. They said he was a fighter. He was released to the community having done his full term with absolutely no plans for what would happen with him. He was homeless when he arrived.

I met with him. He had been given a risk assessment which stated that he had 100 per cent chance of recidivating within the next seven years. He came to see me. One of the first things I noticed was that the initials KKK had been tattooed on his knuckles. They had been tattooed while he was in prison by

Je vous remercie de nouveau d'avoir permis à l'APC et à l'ACPD de comparaître devant vous aujourd'hui. Je serai ravi de répondre à vos questions. Il serait logique de poursuivre avec le Dr Fedoroff, mais je laisse le soin au comité d'en décider.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup. Docteur Fedoroff, si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter quelques mots avant que nous passions à la période de questions.

Dr J. Paul Fedoroff, directeur, Clinique sur les comportements sexuels, Services de santé Royal Ottawa : Je vous remercie, sénateur Munson, mesdames et messieurs, de m'avoir invité à faire cet exposé. Cela pourra vous sembler suspect, mais la vérité est que Nancy Lockwood, le Dr Booth et moi ne nous sommes pas concertés au sujet de ce que nous étions pour vous dire aujourd'hui. Vous constaterez sans doute que mes propos sont très similaires à ceux que vous avez déjà entendus.

Je commencerai ma présentation en parlant de la stigmatisation. La stigmatisation va de pair avec l'étiquetage négatif et la discrimination. Je suis directeur de la Clinique sur les comportements sexuels des Services de santé Royal Ottawa. Je m'occupe donc de délinquants sexuels, un groupe très stigmatisé. Un grand nombre de ces personnes ont une déficience intellectuelle.

En fait, je dirige une clinique distincte pour des personnes doublement stigmatisées seulement qui ont une déficience intellectuelle et qui sont aussi des délinquants sexuels. De ce groupe, environ 90 p. 100 souffrent d'autres maladies mentales graves ou d'autres troubles psychiatriques, lesquels sont une troisième cause de stigmatisation. Nous parlons d'un groupe qui, en raison de sa nature, inquiète grandement les gens et qui souffre de tous les problèmes qu'entraîne la stigmatisation. Je suis très heureux que le comité accorde une attention particulière à ce groupe.

Je veux d'abord vous parler d'un patient que j'ai suivi il y a de nombreuses années et qui représente bien ce que je viens de vous décrire. On l'a amené à ma clinique pour délinquants sexuels ayant une déficience intellectuelle un vendredi après-midi pluvieux, comme cela semble toujours être le cas. C'était un contrevenant sous responsabilité fédérale qui venait tout juste d'être libéré sans véritable plan de traitement. Il a été amené par deux policiers qui étaient, je dirais, plutôt effrayés. C'était un homme imposant. Il avait un lourd passé d'agressions sexuelles répétées et avait la réputation d'être agressif. On nous a dit qu'il était bagarreur. On l'a libéré au sein de la collectivité après qu'il ait purgé la totalité de sa peine sans qu'aucun plan ait été élaboré à son endroit. Lorsqu'il est arrivé à la clinique, il n'avait aucun lieu de résidence.

Je l'ai rencontré. Dans son évaluation du risque, on affirmait que la probabilité qu'il récidive au cours des sept prochaines années était de 100 p. 100. Il est venu me voir. Une des premières choses que j'ai remarquées a été les initiales KKK tatouées sur ses jointures. Elles ont été tatouées par d'autres

other inmates who did this to him, without his knowledge of what those initials would mean, which caused him to be in repeated fights. He didn't understand that was the reason he was getting into them.

We took him into treatment. We put him on an anti-androgen with his consent. We put together some supports so that he could live in the community. I'll tell you a bit about him at the end of my presentation.

The next thing I want to tell you about is that of course people are concerned when they hear about sex offenders who have committed crimes. Many sex offenders are anti-social. They commit crimes because they have no regard for the laws of the country.

The people I want to talk to you about today are people with intellectual disability whom I have described as asocial in the sense that they also break the rules and get into trouble with the law, not because they have a disregard for the law but because they don't understand the law or they don't understand our social rules. They break laws, but for a very different reason than ordinary criminals.

As an example, I'll refer to another patient who was brought to me in my clinic. He had been in jail and had just been moved to a new facility. Shortly after arriving there, the people in the facility said that the parents of one of the women who was living in the facility wanted to have him charged for exhibitionism because he had been walking around the facility with no clothes on.

The question was whether or not he would be charged. I'm happy to say that we were able to cure him. The way that we cured him was that we got him a housecoat. This is a man who had been in all-male facilities all his life in which not everyone wore clothes. He had not really understood that it was a good idea to put on a housecoat. He had no clothes of any sort. Once he had that housecoat, he stopped his exhibitionism and we were able to avoid him going through the system.

If he had been charged, I think he could easily have gone back to jail where he would have been victimized again and likely repeated the same sort of problems. That's an example of the difference between anti-social and asocial.

The people that have intellectual disability who come in conflict with the law truly have special needs. You hear about special needs people, but there are people who have special needs in a whole range of areas that we often don't recognize.

détenus pendant qu'il était en prison, sans qu'il sache ce que ces lettres signifiaient. À cause d'elles, il a été impliqué dans de nombreuses bagarres. Il ne comprenait pas que ce tatouage était à l'origine de celles-ci.

Nous l'avons traité. Avec son consentement, nous lui avons administré un traitement aux hormones anti-androgènes. Nous avons mis en place diverses formes de soutien afin qu'il puisse vivre dans la collectivité. Je vous en reparlerai à la fin de ma présentation.

Le prochain sujet dont je veux vous parler est que bien sûr les gens s'inquiètent lorsqu'ils entendent parler de délinquants sexuels qui ont commis des crimes. De nombreux délinquants sexuels sont antisociaux. Ils ont commis des crimes parce qu'ils n'ont aucun respect pour les lois du pays.

Les personnes dont je veux vous parler aujourd'hui sont celles qui ont une déficience intellectuelle et que j'ai décrites comme étant asociales, dans le sens où elles enfreignent également les règles et ont des démêlés avec la justice, non pas parce qu'elles n'ont aucun respect pour les lois, mais bien parce qu'elles ne les comprennent pas ou qu'elles ne comprennent pas nos règles sociales. Elles enfreignent les lois, mais pour une raison bien différente de celle des criminels ordinaires.

Pour vous donner un exemple, je vais vous parler d'un patient qui a été amené à ma clinique. Il avait été incarcéré et venait tout juste d'être transféré dans un nouvel établissement. Peu de temps après son arrivée, les gens de l'établissement ont dit que les parents de l'une des femmes qui vivaient dans l'établissement voulaient porter des accusations contre lui pour exhibitionnisme, car il se promenait nu dans l'établissement.

La question était de savoir s'il était ou non pour être accusé. Je suis fier de dire que nous avons réussi à le soigner. Nous y sommes parvenus en lui donnant un peignoir. Cet homme avait vécu toute sa vie dans des établissements pour hommes seulement où certains résidents ne portaient pas de vêtements. Il n'avait pas vraiment compris que c'était une bonne idée de porter un peignoir. Il ne possédait aucun vêtement. Dès qu'il a eu ce peignoir, il a cessé de se promener nu, et nous avons évité qu'il entre dans le système.

Si des accusations avaient été portées contre lui, je crois qu'il aurait pu facilement retourner derrière les barreaux, où il aurait été de nouveau victimisé, et les mêmes problèmes se seraient répétés. C'est un exemple de la différence entre antisocial et asocial.

Les personnes déficientes intellectuellement qui ont des démêlés avec la justice ont réellement des besoins particuliers. On entend parler des personnes ayant des besoins particuliers, mais certaines d'entre elles ont des besoins dans une multitude de domaines qui ne sont, bien souvent, pas reconnus.

I will make a point to say that people with severe intellectual disability often are dealt with better than the people that you have heard about who have fetal alcohol syndrome who have moderate or mild intellectual disability. Those are the ones that aren't recognized and often get into more trouble. When they get into programs offered in the federal corrections system, which are highly based on doing homework or reading assignments, and they can't read, they get labelled as oppositional or unmotivated instead of recognizing it. I have seen men who will not admit to anyone that they can't read or they can't keep up rather than suffer the consequences of appearing to be unmotivated.

Many of them have been abused themselves as children or mistreated in institutions or other facilities. They react to the events that happen in prisons in different ways than people who haven't been abused. They often have unique learning difficulties. Many have difficulty in verbalizing or expressing their feelings, so they are prone to express their feelings in physical ways, which can be misinterpreted as aggression. They really are a group that need to be treated in a different way.

You have already heard, I think several times, of the need for making the diagnosis or at least recognizing these people. They look ordinary. They aren't dysmorphic or don't somehow look like they have mental retardation but may have intellectual disabilities. It's important to recognize that they have all these problems, even though they can't tell you about them right away.

My recommendations start with reconsidering the mandatory minimum sentencing you have already heard about. Many times people like the individuals I have told you about who have intellectual disability, end up in the courts and end up getting sentences because of mandatory sentencing rules which really could be dealt with better. Mandatory sentencing takes away the ability of our judges to make just decisions in sentences that they would make if they had the ability to do so.

As I said, there is an importance to identify and recognize fetal alcohol syndrome and other minimal intellectual disabilities. It is important to recognize that people with intellectual disability often have other psychiatric problems such as depression. Sometimes they have problems with alcohol or substance abuse. Sometimes they have other problems. Sometimes they may have a physical problem that is causing them to be in pain, which they express in terms of aggression or withdrawing from a situation because they can't articulate what the problem is.

Je dirais même qu'on s'occupe souvent mieux des personnes ayant une déficience intellectuelle profonde que des personnes atteintes du syndrome d'alcoolisme fœtal, dont on vous a parlé, et qui ont une déficience intellectuelle légère ou modérée. Ce sont ces personnes qui ne sont pas reconnues et qui ont souvent des ennuis avec la justice. Lorsqu'elles participent à des programmes offerts dans le système correctionnel fédéral, programmes fortement axés sur les devoirs ou sur les exercices de lecture, et qu'elles ne savent pas lire, elles le cachent et finissent par être étiquetées comme étant contestataires ou non motivées. J'ai vu des hommes qui préféreraient se voir coller l'étiquette de non motivé plutôt que d'avouer à quiconque qu'ils ne savaient pas lire ou qu'ils avaient du mal à suivre.

Un grand nombre de ces personnes ont été victimes de violence durant leur enfance ou maltraitées dans des établissements ou d'autres institutions. Leurs réactions face aux événements qui surviennent en prison diffèrent des réactions des personnes qui n'ont jamais été victimes de sévices. Elles ont souvent des difficultés d'apprentissage particulières. Beaucoup éprouvent de la difficulté à verbaliser ou à exprimer leurs émotions. Elles ont donc tendance à les exprimer de manière physique, ce qui peut être perçu à tort comme de l'agressivité. C'est réellement un groupe qui doit être traité différemment.

Vous avez déjà entendu, et à plusieurs reprises je crois, qu'il est nécessaire d'établir un diagnostic ou, tout au moins, de reconnaître ces personnes. Leur apparence n'a rien de spécial. Elles n'ont pas de difformités ou ne semblent pas avoir un retard mental. Par contre, elles peuvent avoir une déficience intellectuelle. Il est important de reconnaître qu'elles ont tous ces problèmes, même si elles sont incapables d'en parler immédiatement.

Mes recommandations commencent par la reconsidération des peines minimales obligatoires, point qui a déjà été porté à votre attention. Souvent, des personnes qui ont une déficience intellectuelle, comme celles dont je vous ai parlé, se retrouvent devant les tribunaux et se voient imposer une sentence en raison des règles en matière de peines obligatoires, mais il y aurait des façons vraiment plus appropriées de les prendre en charge. Les peines obligatoires privent nos juges de la latitude nécessaire pour rendre des décisions justes quant aux peines.

Comme je l'ai mentionné, il est important d'identifier et de reconnaître le syndrome d'alcoolisme fœtal et les autres déficiences intellectuelles légères. Il est primordial de reconnaître que les personnes déficientes intellectuellement souffrent souvent d'autres problèmes psychiatriques tels que la dépression. Parfois, elles ont des problèmes de consommation d'alcool ou de toxicomanie. Parfois, elles ont d'autres problèmes. Parfois, elles ont un problème physique qui les fait souffrir, et elles l'expriment par de l'agressivité ou se retirent d'une situation parce qu'elles sont incapables d'expliquer quel est le problème.

We need to pay attention to their rights, even though they have infringed on the rights of others. It's very important. I have given you a quotation from Tony Ward. He talks about the importance of people with power who are making decisions about other people who have less power being aware of the need to respect their rights and their dignity if they want to be able to motivate them to make the changes that are necessary.

We need to have better education, not just of the offenders who have difficulty with ordinary learning but also of the people who are charged with taking care of them. As I have mentioned, people can misinterpret the actions of people with intellectual disability if they are not aware of the things you heard about when you heard about fetal alcohol syndrome.

Most importantly, we need to try to prevent people who have intellectual disabilities from getting into trouble with the law in the first place, from having them mistreated when they are in the correctional system, and from having difficulties when they return back to the community.

We often underestimate how difficult it is for people who have been in custody to return to the community. They get used to the institutionalization of prisons, particularly people with intellectual disability. When they come out and have to start to make decisions for themselves, they often have a great deal of difficulty doing that.

Discharge planning is something which is almost non-existent in the current system. People do their time and they get out, but they often have no plans for where they are to live. They have no community supports. I'll just mention Circles of Support and Accountability, or COSA, which was originally designed for an individual with intellectual disability. It is able to help people who have these difficulties to reintegrate into the community.

As a last word I'll come back to the patient that I told you about at the beginning of my presentation. It has now been well over 10 years since he was released. He has not recidivated. The first thing he did was to get a job and hire another tattoo person to change the initials on his knuckles to say the name of his cat.

One month I travelled to this clinic in Southern Ontario. I had a change in my schedule and I couldn't get there on time. He went out on his own, got his injection, and gave himself an injection because he felt that medication helped him. We were able to test to make sure that in fact he had taken the injection. He is now a productive member of the community. He is an example of how, with the right support, even people who are stigmatized and labelled as incorrigible criminals can be helped.

Nous devons accorder une attention à leurs droits, même si elles ont porté atteinte aux droits d'autrui. C'est très important. Je vous ai donné une citation de Tony Ward. Il parle de l'importance pour les personnes qui ont le pouvoir et qui prennent des décisions touchant d'autres personnes qui ont moins de pouvoir d'être conscientes de la nécessité de respecter leurs droits et leur dignité si elles veulent les inciter à faire les changements qui doivent être faits.

Nous devons améliorer l'éducation, pas uniquement celle des contrevenants qui ont des difficultés d'apprentissage, mais aussi celle des personnes qui ont la responsabilité de s'occuper d'eux. Comme je l'ai souligné, les gens peuvent mal interpréter les actions des personnes ayant une déficience intellectuelle s'ils ne sont pas au courant des choses dont on vous a parlé lorsqu'il a été question du syndrome d'alcoolisme fœtal.

Plus important encore, nous devons tenter d'éviter, en premier lieu, que les personnes déficientes intellectuellement aient des démêlés avec la justice, ou qu'elles soient maltraitées lorsqu'elles se retrouvent dans le système correctionnel et aient des difficultés lorsqu'elles reviennent au sein de la collectivité.

Nous sous-estimons souvent à quel point il est difficile pour les personnes qui ont été incarcérées de réintégrer la société. Elles s'habituent à l'institutionnalisation des prisons, particulièrement les personnes ayant une déficience intellectuelle. Lorsqu'elles sortent et doivent commencer à prendre des décisions par elles-mêmes, elles ont souvent de la difficulté à le faire.

La planification de sortie est une chose qui est pratiquement inexistante dans le système actuel. Les personnes purgent leurs peines, puis elles sont libérées. Mais souvent, elles n'ont aucun plan quant à l'endroit où elles vont vivre. Elles n'ont aucun soutien communautaire. Je mentionnerai uniquement les Cercles de soutien et de responsabilité qui découlent d'un programme qui avait été élaboré au départ pour une personne déficiente intellectuellement. Ces initiatives peuvent venir en aide aux personnes ayant des difficultés à réintégrer la société.

Pour terminer, je reviendrai sur le patient dont je vous ai parlé au début de ma présentation. Cela fait plus de 10 ans qu'il a été libéré, et il n'a pas récidivé. La première chose qu'il a faite a été de se trouver un emploi et de demander à un tatoueur de modifier les lettres sur ses jointures pour les remplacer par le nom de son chat.

Un mois, je suis allé dans une clinique du Sud de l'Ontario. Il y a eu un changement à mon horaire et je n'ai pas pu arriver à l'heure. Il est sorti seul, est allé chercher son injection et se l'est administrée lui-même, car il sentait que le médicament l'aidait. Nous avons pu faire un test pour vérifier qu'il avait bien reçu l'injection. Il est maintenant un membre productif de la société. Il est un exemple démontrant qu'avec le soutien adéquat, même les personnes stigmatisées et qualifiées de criminels incorrigibles peuvent être aidées.

With that I'll stop and take any questions.

Senator Munson: We are always curious. This is very important testimony for us.

I haven't done this very often as the chair, but I work closely with the autism community. I just want to get this question in before other senators do on other issues. I have worked in various parts of the country and in various communities with persons on the spectrum.

There was this one gentleman who languished for years in Penetanguishene jail for inappropriate touching of a person who was caring for him. He didn't know what he had done. He had no criminal record. He did it and was charged. It was a major story a few years ago.

This young man is now an accomplished painter, with proper guidance from others who are helping him along. In fact I have one of his paintings. It reminds me of the goodness in what I do each and every day.

You talked about the mandatory minimum sentence. In this day and age and in terms of the court system, could this happen again? Could a person end up in prison on one crime and not end up in an environment of helping him, as you have talked about, in a clinic like yours?

Dr. Fedoroff: It certainly could happen again. In fact, it will happen again. If a person is charged with a sexual offence against a child, they go to jail. There's no question about that. There's no possibility for leniency in the current system.

Senator Munson: I'm not talking about a child. I'm talking about two adults. If there wasn't an intervention at that time with that charge, it seems that person is still in desperate straits.

Dr. Fedoroff: Once they're charged, if they're found guilty, then there is a mandatory sentence.

Senator Munson: Thank you very much for that.

Senator Bernard: Thank you to both of you for your testimony. You've given us lots of information. I want, first, to pick up on the question around the person on the autism spectrum disorder. In your talk about persons with intellectual disabilities, do you break that down in terms of who is included under that umbrella term? Would ASD individuals like the gentleman Senator Munson spoke about being included there?

Sur ce, je m'arrête et répondrai à vos questions.

Le sénateur Munson : Nous sommes toujours curieux. C'est un témoignage très important pour nous.

Je n'ai pas fait souvent cela à titre de président. Je travaille de près avec la communauté de l'autisme. Je souhaite poser la question suivante avant que les autres sénateurs posent des questions sur d'autres sujets. J'ai travaillé dans diverses parties du pays et dans diverses communautés avec des personnes autistes.

Il y a eu ce jeune homme qui a croupi pendant des années dans la prison de Penetanguishene pour attouchements à l'endroit d'une personne qui prenait soin de lui. Il ne savait pas ce qu'il avait fait. Il n'avait aucun casier judiciaire. Il a posé ce geste et a été accusé. Cette histoire a fait les manchettes il y a quelques années.

Ce jeune homme est maintenant un peintre accompli, recevant un soutien adéquat des personnes qui l'aident. J'ai même une de ses toiles. Elle me rappelle la bonté dans ce que je fais chaque jour.

Vous avez parlé des peines minimales obligatoires. De nos jours, et en ce qui a trait au système judiciaire, une telle chose pourrait-elle se reproduire? Une personne pourrait-elle se retrouver en prison pour un crime au lieu d'être dirigée à un endroit qui peut l'aider, comme vous nous l'avez raconté, dans une clinique comme la vôtre par exemple?

Dr Fedoroff : Cela peut certainement se reproduire. En fait, cela se reproduira encore. Si une personne est accusée d'une infraction sexuelle commise contre un enfant, elle va en prison. Il n'y a aucun doute là-dessus. Dans le système actuel, il n'y a aucune possibilité de clémence.

Le sénateur Munson : Je ne parle pas d'un enfant. Je parle de deux adultes. S'il n'y avait pas eu une intervention à cette époque concernant cette accusation, la personne se trouverait toujours dans une situation désespérée.

Dr Fedoroff : Une fois que des accusations ont été portées, si la personne est déclarée coupable, alors il y a une peine obligatoire.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup de votre réponse.

La sénatrice Bernard : Merci beaucoup, messieurs, de vos témoignages. Vous nous avez donné beaucoup d'informations. Je veux d'abord revenir sur la question au sujet de la personne souffrant de troubles du spectre autistique. Lorsque vous parlez des personnes ayant des déficiences intellectuelles, faites-vous une distinction entre les personnes regroupées sous ce terme générique? Inclut-il les personnes atteintes d'un TSA, comme le jeune homme dont a parlé le sénateur Munson?

Dr. Fedoroff: Intellectual disability covers people with the old term of mental retardation. Autism spectrum disorder is a separate category of pervasive developmental delay. Both can involve difficulties with intellectual abilities, but there are people with autism who have above-average IQs. It's a different condition.

Certainly I see a great number of people with ASD, or autism spectrum disorder, as well. We have a name for the problems that you mentioned. We call it counterfeit deviance in which people look like they're committing a sex crime but are actually doing it for a completely different motivation, although they can end up being charged with the same crime.

Senator Bernard: Where would individuals on the autism spectrum disorder fall? I appreciate the clarity around who is included under intellectual disabilities, but it's well documented that there are many adults with autism who are languishing in the criminal justice system, largely because they were either misdiagnosed or not diagnosed as children or aged out of services by six or eight years of age and then had no services. The systems continually fail them. Where are they in terms of your thoughts around treatment and services?

Dr. Booth: I believe you guys did visit the St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre. In the sexual behaviours unit that I had run previously, fully a third of our individuals within a five-year period had a diagnosis of either intellectual disability or autism spectrum disorder. They were very highly represented. It demonstrates where they end up. They end up in jail.

Senator Bernard: I appreciate the fact that you both talked about communities of people in the prison system who are from marginalized communities. However, I notice a significant gap: There is no reference to Black Canadians. Research has shown that racism-related stress can and often does lead to mental health problems. We also know through research that Black youth and adults, if they have behavioural problems or present with some sort of behavioural "issues," they are more likely to have those criminalized as opposed to referred for mental health assessments.

Black Canadians in the country deal with complex trauma through their experience of everyday racism. We also know there's an overrepresentation of Black men and women in Canada's prison system. Black boy children are labelled as aggressive as early as kindergarten or pre-kindergarten and often are not diagnosed or misdiagnosed but labelled as bad. Those labels follow them.

Dr Fedoroff : Le terme déficience intellectuelle englobe les personnes souffrant de ce qu'on appelait auparavant un retard mental. Les troubles du spectre autistique font partie d'une autre catégorie de troubles envahissants du développement. Les deux peuvent présenter des difficultés au niveau des facultés intellectuelles, mais il y a des personnes atteintes d'autisme qui ont un QI supérieur à la moyenne. C'est un trouble différent.

Certes, je vois également un grand nombre de personnes atteintes d'un TSA ou, si vous préférez, d'un trouble du spectre autistique. Nous avons un terme pour les problèmes que vous avez mentionnés. Nous les appelons déviance contrefaite. Les personnes semblent commettre un crime sexuel, mais, en fait, elles agissent de la sorte pour un tout autre motif, bien qu'elles puissent, au final, être accusées de ce crime.

La sénatrice Bernard : Dans quelle catégorie classez-vous les personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique? Je comprends les précisions que vous apportez à ce qu'englobe le terme déficience intellectuelle. Toutefois, c'est un fait bien établi que de nombreux adultes autistes languissent dans le système de justice pénale, et ce, en grande partie parce qu'ils ont reçu un mauvais diagnostic ou que leur trouble n'a pas été diagnostiqué pendant leur enfance ou qu'ils n'étaient plus admissibles aux services à l'âge de six ou huit ans et n'ont plus reçu de services. Les systèmes les laissent constamment tomber. Où en sont-ils relativement à votre point de vue sur le traitement et les services?

Dr Booth : Je crois que vous avez visité le Centre correctionnel et de traitement St. Lawrence Valley. Dans l'unité de comportements sexuels que j'ai dirigée auparavant, sur une période de cinq ans, un bon tiers des personnes avaient reçu un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre autistique. Elles étaient fortement représentées. Cela démontre où ces personnes aboutissent : en prison.

La sénatrice Bernard : Je comprends que vous ayez tous les deux parlé des personnes dans le système carcéral issues de groupes marginalisés. Cependant, je constate une importante lacune : il n'y a aucune mention des Canadiens noirs. Les recherches ont démontré que le stress lié au racisme peut conduire et conduit souvent à des problèmes de santé mentale. Les recherches nous montrent également que les jeunes et les adultes noirs, s'ils ont des problèmes comportementaux ou s'ils présentent une certaine forme de « troubles » du comportement, sont plus susceptibles d'être incriminés comparativement à ceux renvoyés pour évaluations de la santé mentale.

Les Canadiens de race noire doivent composer avec un traumatisme complexe car ils sont exposés quotidiennement au racisme. Nous savons également que les hommes et les femmes de race noire sont surreprésentés dans le système carcéral canadien. Les jeunes Noirs sont étiquetés comme des enfants agressifs dès la maternelle ou la garderie et nombreux sont ceux qui sont étiquetés de méchants, sans même avoir reçu de

There has also been research which has identified that many Black inmates cannot read. They have progressed through the education system without anyone noticing. Rather than let anyone know, often there is behaviour that would disguise the learning issues.

I'd like to hear your thoughts on what's happening. What is the state of affairs for Black Canadian men and women in terms of prison services and access to mental health services, both within the system and outside of it?

Dr. Booth: Certainly your observations and data are correct. There is a definite overrepresentation of Black Canadians within the correctional system. I would agree with the mislabelling issue as well.

We see it within our facilities and within our treatment programs coming from several different populations. You have Canadian-born individuals of Black heritage who have faced racial discrimination throughout their lives. Obviously that would affect self-esteem issues and later contribute to the development of numerous psychiatric disabilities and development of substance use disorders.

We also see a difficulty with first generation and new Canadians who come to Canada. Ottawa is a very good example with a very large Somali population. Many of those individuals came at a very young age. By all means they are fully Canadian but face that racial stigmatization. Obviously that can bring along with it the increased risk for behavioural issues which are driven by mental health and contribute to the substance.

I agree fully that is an issue. There are efforts to try to become more aware of that, although I don't think it has been a major priority within the correctional system as far as I'm aware.

In terms of seeking out services, certainly the doors are open within our hospitals for all comers. As you say, there may be risks, regardless of origin, of individuals presenting with behavioural issues or something that could be described as criminal being turned away as a bad apple, basically. Obviously that's a major concern from our perspective.

Senator Bernard: Are there culturally relevant mental health services in your areas that you're aware of?

Dr. Booth: There is a growing effort, I would say, starting right in medical school through residency training and psychiatry to become more culturally aware. Our sort of bible of diagnoses,

diagnostic ou alors un diagnostic erroné. Ces étiquettes leur collent à la peau.

La recherche a également démontré que de nombreux délinquants de race noire ne savent pas lire. Ils sont passés à travers le système scolaire sans attirer l'attention de personne. Pour cacher leur déficit, ils adoptent un comportement qui camoufle leurs problèmes d'apprentissage.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de la situation actuelle. Quelle est la situation des délinquants de race noire, hommes et femmes, en ce qui a trait aux services carcéraux offerts et à leur accès à des services de santé mentale, tant à l'intérieur du système qu'à l'extérieur?

Dr Booth : Vos observations et vos données sont tout à fait pertinentes. Les Canadiens de race noire sont assurément surreprésentés dans le système correctionnel. Je suis également d'accord avec vous sur le problème de l'étiquetage négatif.

Nous constatons ce problème dans nos établissements et dans nos programmes de traitement et il touche diverses populations. Nous avons des délinquants de race noire nés au Canada qui ont été victimes de discrimination tout au long de leur vie. Inévitablement, ils ont un problème d'estime de soi, ce qui peut mener au développement de nombreux troubles psychiatriques et de problèmes de toxicomanie.

Nous constatons également un problème chez des Canadiens de la première génération ou de nouveaux arrivants. La ville d'Ottawa, qui compte une forte population de Somaliens, est un très bon exemple. Bon nombre des Somaliens sont arrivés ici à un très jeune âge. Bien qu'ils soient citoyens canadiens à part entière, ils sont stigmatisés en raison de leur race, ce qui peut accroître chez eux le risque de développer des problèmes de comportement, engendrés par leur état de santé mentale, et les inciter à la consommation de substances.

Je conviens qu'il y a un problème. Des efforts sont faits pour en prendre toute la mesure, bien qu'à ma connaissance, ce problème n'a jamais été une priorité au sein du système correctionnel.

Je vous signale que les portes de nos hôpitaux sont ouvertes à tous les nouveaux arrivants qui cherchent à obtenir des services. Comme vous l'avez dit, il se peut que certaines personnes, quelle que soit leur origine, présentent des problèmes de comportement ou aient un comportement que l'on pourrait qualifier de criminel et qu'elles soient rejetées comme des fruits pourris. C'est très préoccupant pour nous.

La sénatrice Bernard : Savez-vous s'il existe des services de santé mentale culturellement adaptés dans vos régions?

Dr Booth : Je dirais qu'on intensifie les efforts pour sensibiliser le personnel aux facteurs culturels et cela, dès la faculté de médecine et tout au long des programmes de résidence

the DSM-5, includes a section on cultural formulation or understanding individuals from their cultural perspective. With that is coming an increasing interest in growth within cultural medicine. Within the Canadian Psychiatric Association there's a special interest group. I'm aware of one also within the Ottawa area where cultural medicine is the main goal. Disseminating that and making that the standard is something down the line, but it's on the radar.

Senator Bernard: Just picking up on the DSM, you say that the DSM now has an area to look at cultural impacts.

Dr. Booth: Yes, there's a special chapter, I guess it would be called, that discusses what we call cultural formulation. Formulation is basically understanding what the biological, psychological and social contributions of a person with mental health issues contribute to it. The cultural formulation then brings in, in a cultural manner, understanding how their religion, race and other cultural issues may come into play, why it is they are presenting now, and then educates you in terms of what sort of treatments and interventions might be appropriate.

Senator Bernard: Are issues of racism included in that as well?

Dr. Booth: That would certainly be included, yes.

Senator Bernard: Thank you.

Senator Pate: I have a supplementary to Senator Bernard's question. It's my understanding, in some of the analysis of the excellent work being done at the St. Lawrence centre in Brockville that we visited, that one of the challenges has been a lack of sensitivity to both gender and race issues.

Picking up on Senator Bernard's question, it's my understanding that you're examining the need for further resources and a way to adapt services so that you can provide better services to women, particularly indigenous women and other racialized women, as well as to racialized men.

Is that still ongoing? What is the status of that at this stage?

Dr. Booth: I would say that across the country it's on the radar. I think it's still an unmet area of need, though. Unfortunately, the turnover in terms of being culturally appropriate and sensitive is a barrier within all of the professions. At least, in psychiatry, I can say it is certainly something that's on the radar and trying to be effected at all levels.

jusqu'à la pratique de la psychiatrie. Notre bible des diagnostics, le DSM-V, comporte une section sur la formulation culturelle ou la compréhension des patients du point de vue de leur culture. On constate également un intérêt croissant au sein de la médecine culturelle. À l'Association canadienne de psychiatrie, il y a un groupe d'intérêt spécial. À ma connaissance, il y en a un dans la région d'Ottawa dont le principal objectif est la médecine axée sur la culture. Nous avons l'intention de faire connaître ces initiatives afin qu'elles deviennent la norme. C'est dans nos plans.

La sénatrice Bernard : Pour revenir au DSM, vous dites que ce manuel contient maintenant une section portant sur l'incidence de la culture?

Dr Booth : Oui, il y a un chapitre spécial, si on peut l'appeler ainsi, qui porte sur ce que nous appelons la formulation culturelle. Le mot formulation signifie essentiellement comprendre quels facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent aux problèmes de santé mentale d'une personne. La formulation culturelle permet de comprendre le rôle que jouent la religion, la race et d'autres facteurs culturels et pourquoi ils se manifestent à ce moment précis; elle nous permet ensuite de nous renseigner sur les traitements et les interventions les mieux adaptés.

La sénatrice Bernard : Les problèmes de racisme sont-ils aussi pris en compte?

Dr Booth : Bien sûr.

La sénatrice Bernard : Je vous remercie.

La sénatrice Pate : J'ai une question qui fait suite à celle de la sénatrice Bernard. D'après ce que je comprends, à en juger par l'excellent travail accompli au Centre de la vallée du Saint-Laurent de Brockville que nous avons visité, l'un des problèmes est le manque de sensibilité aux problèmes des femmes et des détenus racialisés.

Pour revenir à la question de la sénatrice Bernard, je crois comprendre que vous vous interrogez sur la nécessité d'augmenter les ressources et sur la façon d'adapter les services afin d'offrir de meilleurs services aux femmes, surtout aux femmes autochtones et racialisées, ainsi qu'aux hommes racialisés.

Poursuivez-vous votre réflexion? Où en êtes-vous maintenant?

Dr Booth : Cette réflexion se poursuit à la grandeur du pays. Je pense qu'il y a une lacune à cet égard. Dans toutes les professions, malheureusement, il est encore difficile de recruter du personnel culturellement adapté. En psychiatrie, nous pouvons au moins dire que c'est un objectif que nous nous sommes fixés et que nous voulons atteindre à tous les niveaux.

Senator Hartling: Thank you very much for your presentation. I was happy that you talked about an actual situation from the beginning and how it turned out. It kind of makes it more personal to know a story about someone and what they've gone through.

As you've stated and we've noticed too when we visited prisons, there are a lot of folks in prison with mental health issues. They are overrepresented there. The manifestation of mental health issues and related behaviours is often viewed through the lens of criminality and therefore treated in terms of risks, not needs. We're wondering if that can lead to increased security classification of prisoners with mental health issues.

Are there current risk assessment tools sensitive to mental health issues that prisoners may be facing? If not, should those tools be used at all to evaluate those with mental health issues?

Dr. Fedoroff: We have a range of risk assessment instruments that have been standardized on people with mental illness problems as well as others. I don't think that is the problem. The problem is that when you get into institutions like our prisons, the guards have certain duties to do. What happens is that when people are causing trouble, often because they have a mental illness, they get put into segregation or put in the back ward. If they don't make any more noise, they're left there. They often are neglected, stay there and get worse, rather than get the treatment they need.

There's a problem where people with mental illness are not able to advocate for themselves. They're already stigmatized. They're seen as criminals and not trustworthy and dangerous. They don't get treated with the dignity and respect that they need in order to get help.

Senator Hartling: How can that change, then? What needs to happen? How can we flip that around so that their needs will be looked at and then treated?

Dr. Fedoroff: As I've said, I think that prisons are uniquely poor places to treat people with mental illness. Unfortunately, as Dr. Booth said, many of our mentally ill people who used to be in institutions are now ending up in a new institution, which is a prison that is really not well designed to help them.

If I could do anything, it would be to keep people from getting into jails in the first place. It would be great if they can go to other treatment programs so that they can either be prevented

La sénatrice Hartling : Merci beaucoup pour votre exposé. Je suis ravie que vous ayez décrit la situation réelle et son évolution. Le fait de connaître le parcours de ces détenus et tout ce qu'ils doivent traverser donne une note plus personnelle.

Comme vous l'avez dit, et nous l'avons d'ailleurs constaté à l'occasion de nos visites dans les prisons, les délinquants souffrant de troubles mentaux sont très nombreux. Ils sont surreprésentés. La manifestation des troubles mentaux et des comportements qui y sont liés est souvent considérée dans une optique axée sur la criminalité, ce qui fait que les détenus sont traités en fonction des risques qu'ils présentent et non en fonction de leurs besoins. Je me demande si, pour cette raison, les délinquants présentant des troubles mentaux risquent de se voir attribuer une cote de sécurité plus élevée?

Existe-t-il des outils d'évaluation des risques adaptés aux problèmes de santé mentale que présentent certains délinquants? Dans la négative, ne devrait-on pas utiliser ce genre d'outils pour évaluer les détenus atteints d'un trouble de santé mentale?

Dr Fedoroff : Nous disposons d'un éventail d'outils d'évaluation des risques qui ont été normalisés en fonction des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et des autres. À mon avis, le problème n'est pas là. Le problème, c'est qu'à l'arrivée d'une personne dans un établissement carcéral comme les nôtres, les gardiens ont certaines tâches à accomplir. Quand un délinquant cause des ennuis, la plupart du temps parce qu'il souffre d'un trouble mental, il est placé en isolement ou à l'écart. S'il ne proteste pas, il restera là. Au lieu de recevoir le traitement dont ils ont besoin, ces détenus sont souvent oubliés, laissés en isolement et leur état ne fait que s'aggraver.

Un problème se pose lorsque des délinquants atteints d'une maladie mentale sont incapables de revendiquer leurs droits. Ils sont déjà stigmatisés. Ils sont considérés comme des criminels dangereux à qui on ne peut faire confiance. Ils ne sont pas traités avec la dignité et le respect dont ils ont besoin pour obtenir de l'aide.

La sénatrice Hartling : Comment changer les choses, alors? Que doit-il se passer? Comment pouvons-nous inverser la situation pour faire en sorte que les besoins de ces personnes seront pris en compte et qu'elles seront traitées?

Dr Fedoroff : Je le répète, les prisons sont des endroits très inadéquats pour traiter des personnes atteintes d'une maladie mentale. Malheureusement, comme l'a fait remarquer le Dr Booth, bon nombre des personnes souffrant d'un trouble mental qui étaient traitées dans nos établissements psychiatriques se retrouvent aujourd'hui dans un autre genre d'établissement, une prison qui n'est pas bien conçue pour les aider.

Si je le pouvais faire quelque chose, je commencerais par empêcher que ces personnes soient envoyées en prison. L'idéal serait qu'elles aient accès à d'autres programmes de traitement

from committing crimes or get treatment that actually is more effective in changing their criminal behaviour into pro-social behaviour.

The second thing is to educate the guards and the people managing this very difficult population. I understand the difficulties the guards have. If they had better education about why it is that a person may act in the strange ways that they seem to be and to understand that there is treatment that's effective, that would improve things a great deal.

Senator Hartling: I'm doing a study on mental health in New Brunswick, where I come from. One of the things that is coming out is the lack of accessibility to services, access to services at no cost.

Do you know anything about that? Before people get to prison there aren't those institutions anymore. Maybe there shouldn't be, but are there places where people can go for help? Are they finding it hard to access services?

Dr. Booth: I would highlight that part of my discussion. There is a massive shortage, actually, in terms of mental health professionals within psychiatry and forensic psychiatry. Unfortunately, we can't produce a large number tomorrow. It takes many, many years to become a physician and then a psychiatrist and then a forensic psychiatrist.

In terms of other services it is often difficult to get ancillary services that are funded. If you have a good insurance plan and can get coverage for your child and then young adult to get appropriate psychological services, which is almost unheard of, that may change the trajectory. Even getting in for a psychiatric consultation within many cities, the wait list can be one to two years. There is a large paucity of services.

Dr. Fedoroff: At the time that people with mental illness or intellectual disabilities are arrested, they are also particularly vulnerable. People with intellectual disability often will say yes to questions. They want to please. They will make false confessions that get them into a lot of trouble. Often they're not able to afford lawyers, so they end up getting much more severe sentences than they would if they didn't have those problems in the first place.

Senator Pate: I have a supplementary question for Senator Hartling. I'm learning from Senator Bernard In the interests of time, I will ask both my questions, including the supplemental.

I'll start with my other question. Yesterday, the annual report of the correctional investigator was released. One of the observations was that the use of physical restraints, clinical

afin qu'on puisse les empêcher de commettre des délits ou leur prodiguer un traitement plus efficace pour transformer leur comportement criminel en un comportement pro-social.

Deuxièmement, il faut former les gardiens et le personnel responsable de cette population problématique. Je suis conscient que le travail des gardiens est difficile. S'ils comprenaient mieux pourquoi une personne a parfois un comportement qui leur semble étrange et s'ils savaient qu'il existe un traitement efficace, cela améliorerait grandement les choses.

La sénatrice Hartling : J'ai entrepris une étude sur la santé mentale au Nouveau-Brunswick, ma province. L'une des choses que je constate, c'est le manque d'accessibilité aux services, le manque d'accès à des services gratuits.

Êtes-vous au courant de cela? Il n'existe plus d'établissement psychiatrique susceptible de traiter ces personnes avant qu'elles se retrouvent en prison. C'est peut-être bien que ces établissements n'existent plus, mais existe-t-il des endroits où ces personnes peuvent aller chercher de l'aide? Est-ce difficile pour elles d'avoir accès à des services?

Dr Booth : Je voudrais insister sur cette partie de mon exposé. Il existe une pénurie criante de professionnels en santé mentale dans les domaines de la psychiatrie en général et de la psychiatrie médico-légale. Malheureusement, nous ne pouvons augmenter le personnel du jour au lendemain. Il faut compter de nombreuses années d'études avant de devenir médecin, puis psychiatre et enfin psychiatre médico-légal.

Par ailleurs, il est souvent difficile d'obtenir des services auxiliaires qui soient subventionnés. Si vous avez une bonne police d'assurance qui couvre des services psychologiques pour votre enfant jusqu'à l'âge adulte, ce qui est très rare, cela pourrait changer la trajectoire. Dans bien des villes, vous devez attendre un à deux ans avant de pouvoir consulter un psychiatre. Il y a une grave pénurie de services.

Dr Fedoroff : Au moment de leur arrestation, les personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'une déficience intellectuelle sont particulièrement vulnérables. Elles auront tendance à répondre par l'affirmative à toutes les questions. Elles veulent faire plaisir. Elles feront de faux aveux qui leur causeront beaucoup de problèmes. Comme rares sont celles qui ont les moyens de se payer un avocat, elles finiront par se voir imposer des sanctions plus sévères, justement à cause de leurs troubles mentaux.

La sénatrice Pate : J'ai une question supplémentaire pour la sénatrice Hartling. Je suis l'exemple de la sénatrice Bernard. Pour gagner du temps, je vais d'abord poser mes questions, dont la question supplémentaire.

Je commence par celle-ci. Hier, l'enquêteur correctionnel a déposé son rapport annuel. Il y fait observer que le recours à des mesures de restriction physique, à l'isolement clinique, à la

seclusion, suicide watch and other euphemisms for segregation, as well as maximum security in what are segregated units, is a particularly egregious problem for women and even more so for indigenous women.

At the stage he was doing the report, approximately 50 per cent of the women who were in isolation or segregation in maximum security were indigenous women. Historically there has been an overrepresentation of African Canadian women as well. He made some recommendations about an end to that.

In the Canadian Academy of Psychiatry and the Law June 2017 newsletter, there was indication of support for the recommendations that the Office of the Correctional Investigator has been making with respect to the need to find alternatives to segregation, and I also understand alternatives to imprisonment.

As well, Dr. Law, a psychologist hired by Correctional Service Canada in 2004 to look at the classification and assessment scheme particularly for women, came back with a recommendation that all women be started at minimum security, which seems consistent with Dr. Zinger's recommendation to essentially eliminate maximum security for women and to instead provide more supportive housing.

I'm curious as to what your views are on the recommendations he made yesterday. How many section 29 agreements, besides the pilot that Corrections started with the Brockville unit for two beds, to your knowledge, have been contracted across the country, because you're representing the pan-Canadian association? That's my question.

My supplementary to your answer to Senator Hartling's question is that you mentioned whether training of staff might be beneficial. It sounds like you thought training of staff might be beneficial. Have you seen evidence of that? Do you know of any research that would establish that to be true?

Historically, psychiatrists in Corrections have actually repeatedly, themselves, indicated that they are supposed to have complete jurisdiction over the mental health of prisoners. Even when the Regional Psychiatric Centre in Saskatoon, which is a duly designated penitentiary and psychiatric hospital, routinely gives direction that someone not be placed in seclusion, not be restrained or not have OC pepper spray used with them, the staff will overrule that on the basis of security concerns.

I don't know of any evidence that the training has actually resulted in significant change. If you have some available, it would be very useful to have because all of the evidence seems to be showing just the opposite. There's an impulse to think that

surveillance de détenus suicidaires et à d'autres mesures d'isolement désignées par divers euphémismes, de même qu'à des unités d'isolement à sécurité maximale, constitue un problème particulièrement grave pour les femmes, davantage encore pour les femmes autochtones.

Au moment de la rédaction du rapport, près de la moitié des femmes mises en isolement ou placées dans une unité à sécurité maximale étaient des Autochtones. Historiquement, il y a toujours eu une surreprésentation d'Afro-Canadiennes également. L'enquêteur formule des recommandations pour mettre fin à cette situation.

Dans son bulletin de juin 2017, l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit exprime son appui aux recommandations du Bureau de l'enquêteur correctionnel concernant la nécessité de trouver des solutions de rechange à l'isolement et, d'après ce que je comprends, à l'incarcération également.

Par ailleurs, la Dre Law, une psychologue recrutée par le Service correctionnel du Canada en 2004 pour examiner le régime de classification et d'évaluation des femmes, a recommandé que toutes les femmes commencent à purger leur peine dans un milieu à sécurité minimale, ce qui semble conforme à la recommandation de M. Zinger visant la suppression complète des milieux à sécurité maximale pour les femmes au profit de milieux de vie où elles auront accès à des mesures de soutien.

Je suis curieuse de connaître votre opinion sur les recommandations déposées hier. En tant que représentant de l'association pancanadienne, savez-vous combien d'accords ont été conclus en vertu de l'article 29 à la grandeur du pays, à part le projet pilote lancé par le service correctionnel à Brockville qui prévoit des cellules à deux lits? Voilà ma première question.

Voici maintenant ma question qui fait suite à votre réponse à la question de la sénatrice Hartling. Vous vous demandiez si la formation du personnel pouvait être bénéfique. Vous semblez penser que ce le serait. Avez-vous des preuves le démontrant? Savez-vous si des travaux de recherche le confirment?

Les psychiatres des services correctionnels ne cessent de répéter qu'ils sont supposés avoir l'entière responsabilité de la santé mentale des détenus. Même lorsque le Centre psychiatrique régional de Saskatoon, dûment désigné comme un établissement carcéral et un hôpital psychiatrique, ordonne à son personnel de ne pas placer les détenus en isolement, de ne pas utiliser de moyens de contention et de ne pas les asperger de poivre de cayenne, les employés contournent la directive aux fins de sécurité.

J'ignore s'il a été démontré que la formation a vraiment permis de changer les choses. Si vous avez des données probantes, il serait très utile que nous puissions les consulter parce que les preuves semblent démontrer le contraire. On est porté à croire que si le personnel était mieux formé, il changerait

if we train staff there will be a different behaviour. I don't know of any evidence in a prison setting where that has been true.

Dr. Booth: I'll start with the second question first. I actually don't know of evidence that would support that, although I can say observationally within the secure treatment unit that I'm most familiar with, which is a provincial institute, we have very large numbers of well-trained correctional staff that are fantastic with individuals with mental health issues.

Part of that certainly comes from training, in addition to recruiting appropriate individuals with an innate interest and ability to deal with individuals who are unwell.

Senator Pate: Just to be clear, that's the facility you work in which is governed by the health services, though. Is that correct?

Dr. Booth: The secure treatment unit is under the purview of the Ministry of Community Safety and Correctional Services in Ontario. They oversee it. They have a different model where there's a higher staffing ratio, where most of the institution is organized around mental health.

It's a bit of a hybrid model. Everyone still answers to corrections, ultimately.

Senator Pate: My understanding was all of the therapeutic interventions were governed by the health system, however. Is that not correct?

Dr. Booth: Yes, therapeutic interventions and security issues are through Correctional Services, although there's a lot of collaboration to deal with difficulties as they arise.

I think there is hope. If you have appropriate individuals then things can go very well. You do raise an interesting question: Once an individual is identified as having significant mental health issues, how appropriate is it to have Correctional Services managing them rather than a mental health service?

If we transfer those individuals or try to transfer them to a psychiatric facility, we find that many of them will be turned away at the door or they need to be monitored from a security perspective. Again, I'm not sure what the right answer is.

Dr. Fedoroff: You make a very good point that there's a difference between education of individuals and the culture of an institution. My opinion is that our current federal system and provincial systems really see themselves as custodial rather than rehabilitative as their primary job.

son comportement. Je me demande si cela a été démontré dans un contexte carcéral.

Dr Booth : Je vais d'abord répondre à la deuxième question. En fait, je ne sais pas s'il existe des données à l'appui de cette idée, mais d'après ce que j'ai observé dans l'unité de traitement en milieu fermé que je connais bien, dans un établissement provincial, nous avons un très grand nombre d'employés correctionnels très bien formés qui font un travail fantastique auprès de détenus ayant des problèmes de santé mentale.

Cela est en partie attribuable à la formation, mais aussi au fait que nous avons recruté des personnes qui avaient un intérêt manifeste à l'endroit des détenus et possédaient les compétences requises pour traiter des personnes qui ne vont pas bien.

La sénatrice Pate : Par souci de précision, il s'agit de l'établissement où vous travaillez et qui est régi par les services de santé. Est-ce exact?

Dr Booth : En Ontario, l'unité de traitement en milieu fermé relève du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Le ministère en assure la supervision. Un modèle d'intervention a été établi spécialement pour les établissements qui accueillent une clientèle ayant des problèmes de santé mentale; ce modèle prévoit un personnel plus nombreux.

C'est un modèle plus ou moins hybride. En fin de compte, les employés relèvent tous des services correctionnels.

La sénatrice Pate : Si j'ai bien compris, toutes les interventions thérapeutiques sont régies par le système de santé. Est-ce exact?

Dr Booth : Oui, les interventions thérapeutiques et les questions de sécurité sont du ressort des services correctionnels, mais le personnel travaille en collaboration pour régler les problèmes à mesure qu'ils surviennent.

Je pense qu'il y a de l'espoir. À condition d'avoir les personnes compétentes, les choses peuvent très bien se passer. Votre question est intéressante : lorsqu'il est établi qu'une personne a de sérieux problèmes de santé mentale, est-il judicieux de demander aux services correctionnels de s'occuper de cette personne au lieu de la confier à un service de santé mentale?

Si nous transférons ou essayons de transférer ces personnes dans un établissement psychiatrique, bon nombre d'entre elles seront retournées dès leur arrivée ou elles devront être surveillées à des fins de sécurité. Là encore, j'ignore quelle est la bonne réponse.

Dr Fedoroff : Vous avez tout à fait raison de dire qu'il faut faire une distinction entre la formation des employés et la culture d'un établissement. À mon avis, le système fédéral actuel et les systèmes provinciaux considèrent que leur rôle premier consiste à détenir les gens plutôt qu'à faciliter leur réinsertion.

An example of this is the lack of discharge planning so that people are released with very little supports or planning for when they get out. Guards have people they have to contain during their sentence. They're not thinking about the fact that this person will be returning to the community. It changes their approach to what needs to be done and how to treat them. They get treated with less dignity and respect than they need.

It would be good for the system to start thinking, when someone comes in, that they're going to be getting out. Every day it should be planning for the day that they are returned to the community. As we learned when we saw the deinstitutionalization of intellectually disabled people in the past, if there isn't the community support things do not go well. What we need to do is to start working on building up the outpatient programs, the places where people can live, and the supports that are in the community to make sure that they don't have to go back into the prisons a second time.

Senator Pate: Then there is section 29. Are you aware of any other agreements across the country?

Dr. Booth: I'm not aware. I know there have been discussions and there have been implementation issues. Again, it's difficult to find an appropriate model that people will agree to at this point. I'm not aware of any other of those arrangements.

You also queried the other issue around seclusion. Maybe you could just remind me of the specifics of the question so I can focus myself.

Senator Pate: Yes. I was focusing on the recommendations specifically from the Correctional Investigator yesterday, Dr. Zinger, who you probably know is both a psychologist and a lawyer. He recommended that the maximum security units for women be eliminated and that segregation be severely restricted, if not eliminated, for those with mental health issues.

In particular, in prisons for women it tends to be people with mental health issues and indigenous women who are vastly overrepresented in those units. He was recommending, instead, that resources be put into some of the supported living environments because some of the women also have intellectual disabilities as well as mental health issues. Many of them, as Senator Bernard and others have already talked about, have not actually been diagnosed and there is the whole idea of looking at different risk assessment processes as well.

I don't know if you're aware of the work that Dr. Law did, where she recommended that all women be started at minimum security. How would you see those two converging?

À preuve, en raison du manque de planification des libérations, certaines personnes n'ont guère accès à des mesures de soutien ou de suivi à leur sortie de prison. Les gardiens ont la tâche de maintenir les délinquants en détention pendant la durée de leur peine. Ils ne réfléchissent pas à ce qui se passera au moment où ces personnes retourneront dans la collectivité. Cela influence leur façon de traiter les détenus. Ces derniers ne sont pas traités dans la dignité et le respect dont ils ont besoin.

Il serait temps que le système commence à comprendre que chaque détenu retournera un jour dans la collectivité et qu'il faut commencer à planifier sa sortie dès le premier jour. Comme nous l'avons appris au moment de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, lorsque la collectivité n'offre pas de soutien, les choses se passent mal. Nous devons commencer à établir les programmes externes de traitement, trouver des endroits où ces personnes pourront vivre et leur offrir des mesures de soutien communautaire pour nous assurer qu'ils ne se retrouveront pas à nouveau en prison.

La sénatrice Pate : Il y a aussi l'article 29. Savez-vous si d'autres accords ont été conclus ailleurs au pays?

Dr Booth : Non, je l'ignore. Par contre, je sais qu'il y a eu des discussions et des problèmes de mise en œuvre. Encore une fois, il est difficile de trouver un modèle approprié qui fera consensus. Je ne sais pas si d'autres accords ont été conclus.

Vous avez également soulevé la question de l'isolement. Pouvez-vous me rappeler les détails de votre question pour m'orienter?

La sénatrice Pate : Oui. Je parlais des recommandations formulées hier par l'enquêteur correctionnel, M. Zinger, qui, vous n'êtes pas sans le savoir, est psychologue et avocat. Il a recommandé la suppression des unités à sécurité maximale pour les femmes et la restriction sévère, voire l'élimination, du recours à l'isolement cellulaire pour les délinquantes présentant des problèmes de santé mentale.

Dans les prisons pour femmes, en particulier, les délinquantes souffrant de troubles mentaux et les détenues autochtones ont tendance à être grandement surreprésentées dans ces unités. L'enquêteur recommande de consacrer des ressources à l'aménagement de milieux de vie structurés, étant donné que certaines femmes présentent également des déficiences intellectuelles, en plus de leurs troubles mentaux. Bon nombre de ces femmes, comme l'ont fait remarquer la sénatrice Bernard et d'autres intervenants, n'ont jamais reçu de diagnostic. Il y aurait également lieu de recourir à d'autres mécanismes d'évaluation des risques.

J'ignore si vous êtes au courant de l'étude menée par la Dre Law dans laquelle elle recommande que toutes les femmes soient d'abord détenues dans des environnements à sécurité minimale. Selon vous, ces deux recommandations convergent-elles?

Dr. Booth: I would agree with the principles. The main principles that I would see, rather than assuming somebody is high risk, violent and dangerous, is that the first step is actually to do an evaluation of that. In fact, there are mental health patients and non-mental health patients with criminal histories who pose a significant risk to staff, other inmates or other patients. The error is that often that's the assumption rather than doing an appropriate assessment first of all.

Of course, you need appropriately trained individuals to do assessments. While I applaud the efforts of Corrections to use maybe correctional staff, you do need a certain level of expertise to do that type of assessment, to come up with the right diagnosis, to understand the person and to make appropriate security and treatment recommendations. The second principle that comes out of those is certainly one of seclusion, restraint and very invasive interventions around liberty and on respect for the person's body.

I agree fully with what I take from that. Those are interventions of last resort. They need to be avoided whenever possible. Appropriate resources need to be put into place so that there are reasonable alternatives. We know that often many of the alternatives work well and work better. Particularly, I'm thinking about individuals who have trauma issues and you have a big gang of correctional or mental health people coming in and laying hands on it. It's not acceptable.

Again, the idea is that those are interventions of last resort. They have to be educationally informed with an understanding of who that person is and what are their trauma issues. Are there other alternatives that would work better?

As far as eliminating, from my experience I wouldn't go that far because. Unfortunately there are individuals who are dangerous when they are unwell. Other interventions have been tried and they are not successful. We need to keep that on the radar but very far down the list of interventions.

Senator Pate: You mentioned assessments and classification. My understanding is there is a fair bit of critique right now and research being done around the fact that the classification schemes are really normed toward white men, as opposed to women and racialized groups, in particular African Canadian, South Asian and indigenous individuals.

Are you aware of any current research being done to ensure classification schemes adapt? In much of the research you're talking about the need for seclusion really coming from some of the research with men. I don't think other than Dr. Law's research there has been research just on women.

Dr Booth : Je suis d'accord avec ces principes. L'important, selon moi, c'est qu'au lieu de dire qu'une personne présente un risque élevé, qu'elle est violente et dangereuse, la première étape consisterait à faire une évaluation de ces risques. En fait, parmi les personnes ayant un dossier criminel qui présentent un risque élevé pour le personnel, pour leurs codétenus ou pour d'autres patients se trouvent des patients souffrant de troubles mentaux et des patients qui ne souffrent pas de troubles mentaux. L'erreur fréquente est de supposer l'existence de risques au lieu de commencer par évaluer les personnes.

Il est évident qu'il faut pouvoir compter sur un personnel dûment formé pour les évaluations. Je salue les efforts du Service correctionnel du Canada qui recourt sans doute à son propre personnel, mais un certain niveau de connaissances est requis pour mener à bien ce type d'évaluation, pour poser le bon diagnostic, pour comprendre la personne et pour faire les recommandations appropriées en matière de sécurité et de traitement. Le second principe qui découle de ces constatations concerne l'isolement préventif et les interventions contraignantes et très intrusives touchant la liberté de la personne, de même que le respect de son intégrité physique.

Je suis tout à fait d'accord. Il s'agit d'interventions de dernier recours. Dans la mesure du possible, elles doivent être évitées. On doit appliquer des solutions de rechange en misant sur les ressources appropriées. Il est établi qu'il existe de nombreuses solutions de rechange fonctionnant bien, voire mieux. Je pense notamment aux traumatisés qui mobilisent un grand nombre d'intervenants des services correctionnels et de la santé mentale. C'est inacceptable.

Encore une fois, il s'agit d'interventions de dernier recours. Les intervenants doivent être renseignés sur la personne et être mis au courant de ses traumatismes. Existe-t-il d'autres solutions qui seraient plus efficaces?

À l'expérience, j'ai appris qu'il faut éviter de simplement éliminer ces solutions parce que, malheureusement, certaines personnes deviennent dangereuses quand elles ne sont pas bien. D'autres solutions ont été tentées, sans succès. Nous ne devons pas les oublier, mais ces autres solutions doivent être de dernier recours.

La sénatrice Pate : Vous avez parlé d'évaluation et de classification. Je crois comprendre que les systèmes de classification sont très critiqués et les recherches semblent démontrer qu'ils sont davantage conçus pour les hommes blancs que pour les femmes et les groupes racialisés, notamment les Afro-Canadiens, les Sud-Asiatiques et les Autochtones.

Savez-vous si des travaux de recherche ont été entrepris pour adapter les systèmes de classification? Une grande partie de la recherche dont vous parlez concerne de mettre les hommes en isolement préventif. Exception faite de la recherche de la Dre Law, je crois qu'aucune autre recherche n'a ciblé uniquement des femmes.

Dr. Booth: I would clarify. When I'm talking about the need for seclusion or other interventions, Corrections has its own classification system. I am not aware that it's mental health informed and done by highly qualified individuals such as psychologists and psychiatrists. For those complex cases you really need a formulation to understand who is this person and what are their issues to then go on and ask, "What is the risk and how do we manage that?" I would accept that these are probably formulaic, not necessarily culturally normed or gender normed.

Dr. Fedoroff: Since you ask, the Sexual Behaviours Clinic is actually about to start two new research projects, one looking at female sex offenders and the other in which we will be advertising on the Internet to try to encourage people with problematic sexual interest to come for treatment before they commit crimes.

I hope we will be making some progress in those areas as well.

Senator Pate: That raises a whole bunch of other questions, but I know we're out of time.

Senator Munson: We are just about out of time. I will close with one question.

We discussed it in generalities already. The United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities recommended that Canada introduce additional supports to ensure the justice sector is fully accessible, free of charge for all persons with disabilities, and it listed Braille, sign language and alternative modes of communication.

In the context of intellectual disabilities and ASD, which similar services should be guaranteed to improve accessibility at the Parole Board of Canada and in the corrections system more generally? We would like to make a recommendation, so we would like to know what supports could be put into place specifically.

Dr. Fedoroff: I would agree with the recommendations of the United Nations. Those interventions would be helpful.

Another very important thing is that people with intellectual disability very often need a support worker with them to help them to deal with the many stresses of going through that sort of system. I have seen it happen when people who have intellectual disability are permitted to have someone else with them, either

Dr Booth : Je voudrais clarifier quelque chose. Quand je parle de la nécessité de l'isolement préventif ou d'autres interventions, il faut mentionner que le Service correctionnel du Canada possède son propre système de classification. Je ne sais pas jusqu'à quel point les intervenants s'y connaissent en santé mentale ni si les interventions sont effectuées par des personnes hautement qualifiées, comme des psychologues et des psychiatres. Ces cas complexes nécessitent une approche permettant de comprendre la nature de la personne et de ses problèmes, une approche permettant ensuite de se demander quel est le risque encouru et de quelle façon il faudra le gérer. Je reconnais que les risques associés à ces cas sont sans doute fondés sur des normes conventionnelles, pas nécessairement culturelles ou faisant intervenir le genre.

Dr Fedoroff : Puisque vous le demandez, la Clinique sur les comportements sexuels est sur le point de lancer deux nouveaux projets de recherche, le premier sur les délinquantes sexuelles et le second qui misera sur Internet pour tenter d'inciter les personnes aux prises avec un problème lié à l'intérêt sexuel à suivre un traitement avant qu'elles ne commettent d'actes criminels.

J'espère que nous progresserons également dans ces domaines.

La sénatrice Pate : Cela soulève toute une autre série de questions, mais je sais que nous sommes à court de temps.

Le sénateur Munson : Le temps est presque écoulé. Je vais terminer en posant une question.

Nous en avons déjà discuté lors des généralités. Le Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées a recommandé que le Canada ajoute des mécanismes de soutien supplémentaires afin d'assurer une entière accessibilité au secteur de la justice qui soit gratuite pour toutes les personnes handicapées, et qu'il offre le braille, l'interprétation en langue des signes et d'autres modes de communication adaptés.

Dans le contexte des déficiences intellectuelles et du TSA, quels services semblables faudrait-il offrir pour améliorer l'accessibilité à la Commission des libérations conditionnelles du Canada et, de façon plus générale, au système correctionnel? Comme nous souhaiterions formuler une recommandation, nous aimerions connaître les mécanismes de soutien qui pourraient être mis en place.

Dr Fedoroff : Je suis plutôt d'accord avec les recommandations des Nations Unies. Ces interventions seraient utiles.

Il convient par ailleurs de souligner que les personnes aux prises avec une déficience intellectuelle ont très souvent besoin d'un travailleur de soutien pour les aider à faire face au stress occasionné par ce genre de système. J'ai constaté que des personnes ayant une déficience intellectuelle ont eu l'autorisation d'être assistées d'une autre personne quand elles

when they are testifying or when they are answering questions. That can be very helpful for them.

Also, hearings need to be broken up so that they have time to collect their thoughts. Very often they need assistance with communication, both in terms of their understanding of the question and in terms of their answers being understood by the courts and other authorities.

Senator Munson: We want to thank you both. We should have you back, and we may do that. This has been a wonderful insightful conversation and important to our report, and we thank you both.

Senator Bernard: Bring it back, please. I want to say thank you for your leadership on this committee, for your commitment to human rights issues and, in particular, for the rights of children. Thank you.

Hon. Senators: Hear, hear!

Senator Munson: I appreciate that, thank you. With that, I'll smile.

(The committee adjourned.)

témoignent ou qu'elles répondent à des questions. Ce type de soutien leur est très utile.

De plus, les audiences doivent être interrompues pour leur laisser le temps de rassembler leurs idées. Ces personnes ont très souvent besoin d'aide pour communiquer, que ce soit en lien avec leur compréhension de la question ou avec l'interprétation de leurs réponses par les tribunaux et par d'autres autorités.

Le sénateur Munson : Merci à tous les deux. Vous devriez revenir, on s'en occupera éventuellement. Ce fut un formidable échange très instructif et important pour notre rapport, et nous vous remercions tous deux.

La sénatrice Bernard : S'il vous plaît, faites-les revenir. Je tiens à vous remercier pour votre leadership à ce comité, pour votre engagement à l'égard des questions liées aux droits de la personne et, en particulier, à l'égard des droits des enfants. Je vous remercie.

Des voix : Bravo, bravo!

Le sénateur Munson : J'apprécie, merci. Je souris à l'idée.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Citizen Advocacy Ottawa:

Nancy Lockwood, Program Manager, Fetal Alcohol Resource Program.

Royal Ottawa Mental Health Centre:

Dr. J. Paul Fedoroff, Director, Sexual Behaviours Clinic.

Canadian Academy of Psychiatry and the Law:

Dr. Brad Booth, Vice President.

TÉMOINS

Citizen Advocacy Ottawa:

Nancy Lockwood, gestionnaire de programme, Programme de ressources sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale.

Services de santé Royal Ottawa:

Dr J. Paul Fedoroff, directeur, Clinique sur les comportements sexuels.

Académie canadienne de psychiatrie et de droit:

Dr Brad Booth, vice-président.