

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17-18

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

Chair:

The Honourable CHANTAL PETITCLERC

Wednesday, October 24, 2018
Thursday, October 25, 2018

Issue No. 48

Consideration of a draft agenda (future business)

and

Fifteenth and sixteenth meetings:

Examine and report on issues relating
to social affairs, science and
technology generally

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017-2018

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET DE
LA TECHNOLOGIE

Présidente :

L'honorable CHANTAL PETITCLERC

Le mercredi 24 octobre 2018
Le jeudi 25 octobre 2018

Fascicule n° 48

Étude d'un projet d'ordre du jour (travaux futurs)

et

Quinzième et seizième réunions :

Examiner, pour en faire rapport sur les questions
concernant les affaires sociales, la science et
la technologie en général

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Chantal Petitclerc, *Chair*

The Honourable Judith G. Seidman, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Cordy	Mégie
Dasko	Mockler
* Day	Munson
(or Mercer)	Omidvar
Doyle	Ravalia
Eaton	* Smith
* Harder, P.C.	(or Martin)
(or Bellemare)	* Woo
(or Mitchell)	(or Saint-Germain)
Manning	

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 12-5 and to the order of the Senate of November 7, 2017, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Mockler replaced the Honourable Senator Poirier (*October 25, 2018*).

The Honourable Senator Poirier replaced the Honourable Senator Marshall (*October 25, 2018*).

The Honourable Senator Mégie replaced the Honourable Senator Deacon (Ontario) (*October 25, 2018*).

The Honourable Senator Deacon (Ontario) replaced the Honourable Senator Mégie (*October 24, 2018*).

The Honourable Senator Marshall replaced the Honourable Senator Poirier (*October 22, 2018*).

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

Présidente : L'honorable Chantal Petitclerc

Vice-présidente : L'honorable Judith G. Seidman

et

Les honorables sénateurs :

Cordy	Mégie
Dasko	Mockler
* Day	Munson
(ou Mercer)	Omidvar
Doyle	Ravalia
Eaton	* Smith
* Harder, C.P.	(ou Martin)
(ou Bellemare)	* Woo
(ou Mitchell)	(ou Saint-Germain)
Manning	

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 12-5 du Règlement et à l'ordre adopté par le Sénat le 7 novembre 2017, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Mockler a remplacé l'honorable sénatrice Poirier (*le 25 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Poirier a remplacé l'honorable sénatrice Marshall (*le 25 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Mégie a remplacé l'honorable sénatrice Deacon (Ontario) (*le 25 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Deacon (Ontario) a remplacé l'honorable sénatrice Mégie (*le 24 octobre 2018*).

L'honorable sénatrice Marshall a remplacé l'honorable sénatrice Poirier (*le 22 octobre 2018*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, October 24, 2018
(112)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Chantal Petitclerc, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Dasko, Deacon (*Ontario*), Eaton, Marshall, Munson, Omidvar, Petitclerc, Ravalia and Seidman (9).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, 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 14, 2017, the committee continued its study on issues relating to social affairs, science and technology generally. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 35.*) (Topic: Study on Child and Youth Mental Health)

WITNESSES:

Crisis Services Canada:

Elizabeth Newcombe, Board Member (by video conference).

Canadian Association for Suicide Prevention:

Nancy Moreau Battaglia, Board Member (by video conference).

The chair made a statement.

Ms. Newcombe made a statement and answered questions.

At 5:01 p.m., the committee suspended.

At 5:06 p.m., the committee resumed.

Ms. Moreau Battaglia made a statement and answered questions.

At 5:50 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, October 25, 2018
(113)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:34 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Chantal Petitclerc, presiding.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 24 octobre 2018
(112)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Chantal Petitclerc (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Dasko, Deacon (*Ontario*), Eaton, Marshall, Munson, Omidvar, Petitclerc, Ravalia et Seidman (9).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 14 décembre 2017, le comité poursuit son étude sur les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 35 des délibérations du comité.*) (Sujet : Étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents)

TÉMOINS :

Services de crises du Canada :

Elizabeth Newcombe, membre du conseil d'administration (par vidéoconférence).

Association canadienne pour la prévention du suicide :

Nancy Moreau Battaglia, membre du conseil d'administration (par vidéoconférence).

La présidente prend la parole.

Mme Newcombe fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 17 h 1, la séance est suspendue.

À 17 h 6, la séance reprend.

Mme Moreau Battaglia fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 17 h 50, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 25 octobre 2018
(113)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 34, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Chantal Petitclerc (*présidente*).

Members of the committee present: The Honourable Senators Dasko, Eaton, Mockler, Omidvar, Petitcherc, Ravalia and Seidman (7).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, 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 14, 2017, the committee continued its study on issues relating to social affairs, science and technology generally. (Topic: Study on Child and Youth Mental Health)

WITNESSES:)

College of Family Physicians of Canada:

Dr. Francine Lemire, Executive Director and Chief Executive Officer.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Daphne Korczak, Chair, Mental Health Strategic Task Force (by video conference).

The chair made a statement.

Dr. Korczak and Dr. Lemire each made a statement and answered questions.

At 12:33 p.m., the committee suspended.

At 12:34 p.m., the committee, pursuant to rule 12-16(1)d), the committee resumed in camera for the consideration of a draft agenda (future business).

It was agreed that the senators' staff be permitted to remain in the room for the in camera portion of the meeting.

At 12:45 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Dasko, Eaton, Mockler, Omidvar, Petitcherc, Ravalia et Seidman (7).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 14 décembre 2017, le comité poursuit son étude sur les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général. (Sujet : Étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents)

TÉMOINS :

Collège des médecins de famille du Canada :

Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction.

Société canadienne de pédiatrie :

Dre Daphne Korczak, présidente, Groupe de travail stratégique sur la santé mentale (par vidéoconférence).

La présidente prend la parole.

Les Dres Korczak et Lemire font chacune une déclaration, puis répondent aux questions.

À 12 h 33, la séance est suspendue.

À 12 h 34, conformément à l'article 12-16(1)d) du Règlement, la séance se poursuit à huis clos afin que le comité examine un projet d'ordre du jour (travaux futurs).

Il est convenu que le personnel des sénateurs soit autorisé à demeurer dans la pièce durant la partie de la réunion tenue à huis clos.

À 12 h 45, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Shaila Anwar

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 24, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally (topic: study on child and youth mental health).

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*English*]

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

[*Translation*]

I'm Senator Chantal Petitclerc from Quebec. I'm pleased to be chairing the meeting today.

[*English*]

Before we give the floor to our witness, I would like my colleagues to please introduce themselves, starting with the deputy chair on my right.

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Eaton: Nicole Eaton, Toronto.

Senator Ravalia: Mohamed Ravalia, Newfoundland and Labrador.

Senator M. Deacon: Marty Deacon, Ontario.

Senator Dasko: Donna Dasko, Toronto, Ontario.

Senator Marshall: Elizabeth Marshall, Newfoundland and Labrador.

Senator Omidvar: Ratna Omidvar, Toronto.

[*Translation*]

The Chair: I want to thank my colleagues. Today, we're continuing our study on child and youth mental health.

[*English*]

I would like to introduce our first witness. We are very pleased to have with us from Nanaimo, British Columbia, via video conference, Ms. Elizabeth Newcombe, Board Member, Crisis Services Canada.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 24 octobre 2018

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, pour examiner, en vue d'en faire rapport, des questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général (sujet : étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents).

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour. Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Français*]

Je m'appelle Chantal Petitclerc, sénatrice du Québec. Cela me fait plaisir de présider la réunion d'aujourd'hui.

[*Traduction*]

Avant de céder la parole à nos témoins, j'inviterais mes collègues à se présenter, en commençant par la vice-présidente, à ma droite.

La sénatrice Seidman : Judith Seidman, de Montréal, au Québec.

La sénatrice Eaton : Nicole Eaton, de Toronto.

Le sénateur Ravalia : Mohamed Ravalia, de Terre-Neuve-et-Labrador.

La sénatrice M. Deacon : Marty Deacon, de l'Ontario.

La sénatrice Dasko : Donna Dasko, de Toronto, en Ontario.

La sénatrice Marshall : Elizabeth Marshall, de Terre-Neuve-et-Labrador.

La sénatrice Omidvar : Ratna Omidvar, de Toronto.

[*Français*]

La présidente : Merci, chers collègues. Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

[*Traduction*]

J'aimerais présenter notre premier témoin. Nous sommes très heureux de recevoir, par vidéoconférence, Mme Elizabeth Newcombe, membre du conseil d'administration des Services de crises du Canada, de Nanaimo, en Colombie-Britannique.

Welcome, Ms. Newcombe. It is a pleasure to hear from you today. I would ask that you begin with your opening remarks, please.

Elizabeth Newcombe, Board Member, Crisis Services Canada: Madam Chair and members of the committee, thank you for inviting me to speak to you today. It's a pleasure to be here remotely from Vancouver Island to share information about the Canada Suicide Prevention Service. In addition to being a board member of Crisis Services Canada, I'm also Executive Director of the Vancouver Island Crisis Society, one of the crisis centres that answers interactions on the national line.

Crisis Services Canada is a collaboration of non-profit distress and crisis services from across Canada. We incorporated in 2017. The network has formalized the organizational structure with a focus on strengthening regional service delivery to address nationwide gaps in service.

We launched the new Canada Suicide Prevention Service on November 28, 2017. This service enables callers to access suicide prevention and support using the technology of their choice, whether that be voice, chat or text, in French or English.

Canada Suicide Prevention Service will not replace existing local distress and crisis line services or phone numbers across Canada; it will only complement local service. Canada Suicide Prevention Service uses a new multimedia, contact centre platform to link existing local/regional service providers who deliver crisis support already. We're a nationally available, regionally delivered service.

Canada Suicide Prevention Service provides anyone who is thinking about suicide in Canada with 24-7 support. Why a national service? One number across Canada, easy access for people. The goal is to save lives, not time, hence conversations compared to other contact centres could be considerably longer. On average, a phone conversation is 20 minutes; chat or text can be up to 60 minutes long. We provide coverage to areas that previously were without support.

The routing technology allows for quick access to 9-1-1 intervention nationwide. We leverage shared best practices in assessing the risk of suicide, providing support, offering

Bienvenue, madame Newcombe. Nous sommes ravis d'entendre ce que vous avez à dire aujourd'hui. Je vous demanderais de bien vouloir présenter votre déclaration liminaire.

Elizabeth Newcombe, membre du conseil d'administration, Services de crises du Canada : Madame la présidente, et mesdames et messieurs, merci de m'avoir invitée à m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis heureuse d'être des vôtres à distance, depuis l'île de Vancouver, pour vous communiquer des renseignements au sujet du Service canadien de prévention du suicide. En plus d'être membre du conseil d'administration des Services de crises du Canada, je suis aussi directrice générale de la Vancouver Island Crisis Society, un des centres de crise qui répond aux interactions sur la ligne nationale.

Services de crises du Canada est une collaboration de centres de services de détresse et de crise à but non lucratif de partout au Canada. L'organisation a été constituée en société en 2017. Le réseau a officialisé sa structure organisationnelle et se concentre maintenant sur le renforcement de la prestation de services régionaux afin de combler les lacunes dans le service à l'échelle nationale.

Nous avons lancé le nouveau Service canadien de prévention du suicide le 28 novembre 2017. Ce service permet aux personnes qui appellent d'accéder à des services de prévention du suicide et il soutient l'utilisation de la technologie de leur choix, que ce soit par téléphone, clavardage ou texto, en français ou en anglais.

Le Service canadien de prévention du suicide ne va pas remplacer les services locaux existants de lignes de détresse et de crise ou les numéros de téléphone dans l'ensemble du Canada; il ne va que compléter le service local. Le Service canadien de prévention du suicide utilise une nouvelle plateforme multimédia de centres de contact pour relier des fournisseurs de services locaux et régionaux existants qui offrent déjà des services de soutien en cas de crise. Notre service est accessible à l'échelle nationale et offert à l'échelle régionale.

Le Service canadien de la prévention du suicide offre à quiconque envisage le suicide au Canada un soutien 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Pourquoi un service national? Un seul numéro pour l'ensemble du Canada, un accès facile pour les gens. Le but est de sauver des vies, pas de gagner du temps; donc, les conversations pourraient être beaucoup plus longues que celles d'autres centres de contact. En moyenne, une conversation téléphonique dure 20 minutes; par clavardage ou texto, une conversation peut durer jusqu'à 60 minutes. Nous fournissons une couverture dans des régions qui ne bénéficiaient auparavant d'aucun appui.

La technologie de routage permet un accès facile aux interventions des services 9-1-1 à l'échelle du pays. Nous tirons parti des pratiques exemplaires communes pour évaluer le risque

resources and, most importantly, developing a safety plan and dispatching emergency intervention if necessary.

We avert unnecessary, expensive EMS visits using the least intrusive intervention possible. We offer follow-up calls to people experiencing thoughts of suicide and third-party outreach calls to those impacted by other suicide ideation.

To give you an idea of some of the interactions and stats that we've received since launching, from November 2017 up to September 6, 2018, we received 17,878 contacts for support from people in need across Canada. Fifty per cent of those were voice, 24 per cent were from chat and 26 per cent were via text. As well, 3,965 service users confirmed thoughts of suicide at the time of the interaction, 47 suicides were in progress and 192 active rescues were completed, and 110 follow-up calls were arranged.

We get calls and interactions from across the age spectrum, but I want to highlight that 2 per cent of the calls come from children under 12, and 26 per cent of our interactions were from youth between the ages of 13 and 18. Eighty-six per cent of the service users under 19 years of age choose chat and text as their medium of preference, which is not surprising to us.

In terms of our collaboration with other stakeholders, we support the "no wrong door" approach to accessing support. So the Canada's suicide prevention service is committed to working with Kids Help Phone and First Nations and Inuit Hope for Wellness Helpline to advance research, knowledge, sharing and advocacy so that every person in Canada can access the suicide prevention support they need, when they need it and how they need it. We continue to work collaboratively with provincial and regional organizations.

I want to end with a couple of brief stories. We had one woman who was walking the train tracks with thoughts of suicide. On her phone, she called the national line, and she was given support, a safety plan was put in place and a follow-up call was offered. Later on that day, the follow-up call was made, and the woman mentioned to the call responder that she didn't know that anybody cared. There was a life not taken that day.

Another story is from our own distress centre here on Vancouver Island where a youth was talking and texting via Facebook. Her friend sent a message that she was going to take her life. So she called the distress centre, and the call responder coached the youth on what to say to her friend via Facebook.

de suicide, fournir du soutien, offrir des ressources et, fait encore plus important, élaborer un plan de sécurité et dépêcher une équipe d'intervention d'urgence, au besoin.

Nous évitons les visites inutiles et coûteuses aux services médicaux d'urgence en utilisant l'intervention la moins intrusive possible. Nous offrons des appels de suivi à des gens qui ont des pensées suicidaires et des appels de sensibilisation des tiers à ceux touchés par d'autres idées suicidaires.

Pour vous donner une idée de certaines des interactions reçues et des statistiques obtenues depuis notre lancement, de novembre 2017 jusqu'au 6 septembre 2018, nous avons reçu 17 878 communications de demande de soutien de la part de personnes ayant des besoins partout au Canada. Parmi celles-ci, 50 p. 100 ont été faites par téléphone, 24 p. 100 par clavardage et 26 p. 100 par texto. De plus, 3 965 utilisateurs de services ont confirmé avoir des idées suicidaires au moment de l'interaction, 47 suicides étaient en cours, 192 sauvetages actifs ont été réalisés et 110 appels de suivi ont été organisés.

Nous recevons des appels et des interactions de gens d'un bout à l'autre du spectre de l'âge, mais je tiens à souligner que 2 p. 100 des appels proviennent d'enfants de moins de 12 ans, et 26 p. 100 de nos interactions touchaient des enfants âgés de 13 à 18 ans. Au total, 86 p. 100 des utilisateurs de services âgés de moins de 19 ans ont choisi le clavardage et le texto comme moyen de communication de préférence, ce qui ne nous surprend pas.

Pour ce qui est de notre collaboration avec d'autres partenaires, nous sommes en faveur de l'approche « il n'y a pas de mauvaise porte » pour ce qui est d'accéder à du soutien. Le Service canadien de prévention du suicide est donc déterminé à travailler avec Jeunesse, J'écoute et avec la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits afin de faire avancer la recherche, les connaissances, la communication et la défense des intérêts, de façon à ce que chaque personne au Canada puisse accéder au service de soutien de prévention du suicide dont elle a besoin, quand elle en a besoin et de la façon dont elle en a besoin. Nous continuons de collaborer avec des organisations provinciales et régionales.

J'aimerais terminer en racontant quelques brèves histoires. Il y a celle de la femme qui marchait sur les rails de chemin de fer avec des idées suicidaires. Elle a utilisé son téléphone pour appeler la ligne nationale. On lui a fourni du soutien, un plan de sécurité a été mis en place, et un appel de suivi a été offert. Plus tard ce jour-là, l'appel de suivi a été fait, et la femme a dit au répondant qu'elle ignorait qu'il y avait des gens qui se souciaient d'elle. C'est une vie qui n'a pas été enlevée ce jour-là.

Une autre histoire provient de notre propre centre de détresse ici, sur l'île de Vancouver, où une jeune marchait et textait par Facebook. Son amie a envoyé un message disant qu'elle allait s'enlever la vie. Elle a donc téléphoné au centre de détresse, et le répondant a dit à la jeune quoi dire à son amie par Facebook. En

Within an hour, we were able to locate that youth and get mental health crisis services in place for that person.

I thank you for having me here today, and I'll try my best to answer your questions.

[*Translation*]

The Chair: Thank you, Ms. Newcombe, for all that information.

[*English*]

It is time for questions. There are many. I would like to remind my colleagues that we do have five minutes for questions and answers. We will start with our deputy chair.

Senator Seidman: Thank you very much for your presentation, Ms. Newcombe. In describing the service you offer, you said it uses a new multimedia contact centre platform to link to existing local regional service providers who deliver crisis support. Then you go on to say that you have a routing technology that gets people in need to the supports as quickly as possible.

I'd like to know if you could help us understand what this new multimedia contact centre platform is, what that routing technology involves and whether you use an integrated model that involves a full range of care professionals.

Ms. Newcombe: Yes. Routing technology is not new, but there is cloud technology, if I can call it that. When a call comes in to that number, the platform knows where the call is coming in, and then, when call responders log in, they will direct that call to the closest call responder. For example, if it's coming from Ontario, it will go to a call responder in Ontario first. If they're busy supporting another call, it will route to the next available call responder. Call responders log in to the platform and calls are routed accordingly.

We can work toward routing calls based on skill set. If the person is French or English, we can route according to that. If the person is a military person, we can route according to that particular expertise.

The technology, although we've just started with it, has the capability to do a lot more than what we're presently using it for.

The other thing it does is that instead of having all these distress centres across Canada that do great work, we can leverage it in a different way. We use Northern911, for example,

moins d'une heure, nous avons été en mesure de localiser cette jeune et de mettre en place des services de crise en santé mentale pour cette personne.

Je vous remercie de m'accueillir ici aujourd'hui et je ferai de mon mieux pour répondre à vos questions.

[*Français*]

La présidente : Merci beaucoup, madame Newcombe, pour toutes ces informations.

[*Traduction*]

Nous voici arrivés à la période des questions. Vous en avez beaucoup à poser. J'aimerais rappeler à mes collègues que nous avons cinq minutes pour la question et la réponse. Nous allons commencer par notre vice-présidente.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup de votre exposé, madame Newcombe. Lorsque vous avez décrit le service que vous offrez, vous avez dit qu'il utilise une nouvelle plateforme multimédia de centres de contact pour relier des fournisseurs de services locaux et régionaux existants qui fournissent du soutien en cas de crise. Puis, vous avez dit que vous avez une technologie de routage qui permet aux gens ayant besoin de soutien de le recevoir aussi rapidement que possible.

J'aimerais savoir si vous pourriez nous aider à comprendre ce qu'est cette nouvelle plateforme multimédia de centres de contact et ce que suppose cette technologie de routage et nous dire si vous utilisez un modèle intégré qui englobe une gamme complète de professionnels de la santé.

Mme Newcombe : Oui. La technologie de routage n'est pas nouvelle, mais on utilise la technologie infonuagique, si je peux l'appeler ainsi. Quand un appel est fait à ce numéro, la plateforme sait d'où il provient, puis, lorsque les répondants s'enregistrent, ils peuvent diriger cet appel au répondant le plus près. Par exemple, si l'appel vient de l'Ontario, il sera d'abord acheminé à un répondant en Ontario. Si celui-ci est occupé par un autre appel, l'appel sera acheminé au prochain répondant disponible. Les répondants se connectent à la plateforme, et les appels sont acheminés en conséquence.

Nous allons acheminer les appels en fonction d'un ensemble de compétences. Si la personne est francophone ou anglophone, nous pouvons acheminer les appels en fonction de cela. Si la personne est un militaire, nous pouvons acheminer l'appel en fonction de cette expertise particulière.

Bien que nous venions à peine de commencer à l'utiliser, la technologie a la capacité de faire encore plus de choses que ce pour quoi nous l'utilisons en ce moment.

L'autre chose qu'elle permet, c'est que plutôt que d'utiliser tous les centres de détresse au Canada qui font de l'excellent travail, nous pouvons l'exploiter de façon différente. Nous

where we have one centre to call for 9-1-1, and they are familiar nationwide, rather than going to our local 9-1-1s and having them try to figure out where that person lives in Canada. The technology itself does a lot of the work in integrating the regional distress centres.

Senator Seidman: Is this technology new, because you say it's a new multimedia contact centre platform?

Ms. Newcombe: Yes. Some of the technology has been leveraged. Rogers has done a lot of work. They were instrumental in listening to what we needed and to developing this routing technology.

We have some routing technology in different provinces already. For example, there's APPELLE in Quebec; we have technology for 1-800-SUICIDE in B.C. But the routing is very basic — for example, we're limited to four routes already — whereas this new technology is beyond that.

Senator Seidman: Who is at the other end of the phone to deal with the callers? Are they people who are part of a system of trained, integrated, allied health professionals? Is there some way to triage what kind of professional person needs to speak with?

Ms. Newcombe: The call responders come from regional distress centres, and they have intensive training. Some are staffed; some are volunteers. The training is leveraged. It's based on best practices, with an accreditation. We model after the American Association of Suicidology, which does the accreditation for a lot of crisis centres. The training is best practices based on that.

All call responders go through that intensive training in order to be able to take crisis calls.

Senator Seidman: Were you part of the suicide framework developed in 2016 in Canada?

Ms. Newcombe: Are you talking about the blueprint for suicide prevention? That came out of CASP, the Canadian Association of Suicide Prevention. I'm a CASP member, and a lot of distress centres are. When that came about, that information flowed through distress centres, and we used that as a platform in developing our programs going forward.

Senator Eaton: Thank you for your heartwarming presentation — not heartwarming in a good sense, but heartwarming in a frightening sense.

utilisons Northern911, par exemple, où nous n'avons qu'un centre à appeler si nous voulons joindre le 9-1-1, et il est connu partout au pays, plutôt que d'appeler nos services 9-1-1 locaux et de leur demander de découvrir où vit la personne au Canada. La technologie elle-même fait une bonne partie du travail pour intégrer les centres de détresse régionaux.

La sénatrice Seidman : Cette technologie est-elle nouvelle, parce que vous dites que c'est une nouvelle plateforme multimédia de centres de contact?

Mme Newcombe : Oui. On a exploité une partie de la technologie. Rogers a fait beaucoup de travail. L'entreprise a joué un rôle essentiel pour écouter ce dont nous avons besoin et mettre au point cette technologie de routage.

Nous utilisons déjà une certaine technologie de routage dans diverses provinces. Par exemple, il y a APPELLE, au Québec; nous avons la technologie 1-800-SUICIDE en Colombie-Britannique. Le routage est très simple — par exemple, nous sommes déjà limités à quatre routes — tandis que la nouvelle technologie va au-delà de cela.

La sénatrice Seidman : Qui s'occupe des personnes qui appellent à l'autre bout de la ligne? Est-ce que ce sont des personnes qui font partie d'un système de professionnels de la santé formés, intégrés et alliés? Est-il possible de faire le tri pour savoir à quel type de professionnels une personne doit parler?

Mme Newcombe : Les répondants viennent des centres de détresse régionaux et reçoivent une formation intensive. Certains sont des employés; d'autres, des bénévoles. La formation est mise à profit. Elle repose sur les pratiques exemplaires et donne une accréditation. Nous nous inspirons de l'American Association of Suicidology, qui fournit l'accréditation pour beaucoup de centres de crise. La formation repose sur les pratiques exemplaires qui en sont issues.

Tous les répondants suivent cette formation intensive afin de pouvoir recevoir des appels de crise.

La sénatrice Seidman : Avez-vous fait partie du cadre du suicide élaboré en 2016 au Canada?

Mme Newcombe : Parlez-vous du plan directeur sur la prévention du suicide? Celui-ci est issu de l'ACPS, l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Je suis membre de l'ACPS, à l'instar de beaucoup de centres de détresse. Quand ce plan est paru, l'information a circulé par l'intermédiaire des centres de détresse, et nous avons utilisé cela comme plateforme pour élaborer nos programmes futurs.

La sénatrice Eaton : Merci de votre touchant exposé — pas touchant dans le bon sens, mais plutôt dans le sens inquiétant.

Do you do demographic breakdowns, looking at mental illness, addiction and sexual assault? Do you classify them?

Ms. Newcombe: We don't necessarily classify, but we have unified call reporting. So with our statistics, we know that, for instance, 47 per cent of calls have a mental health component. We know that 10 to 15 per cent of our call volume has a suicide component. This is for distress centres, generally.

For the national line, when someone calls, we know whether it's regarding addiction or connected to the opioid crisis, for example. The information as to the reason for calling comes from the caller. They may want support because they're going through a divorce.

Now, the national line is a suicide prevention line, so we do focus in that area. We do ask about suicide because it is a national suicide line, but suicide is connected to many issues. It's a long trajectory during one's life. Someone could be dealing with a mental health issue and have suicide ideation or they may not.

We do keep statistics in terms of the major reasons people connect with us.

Senator Eaton: I read somewhere that education and faster intervention could prevent many suicides. Would you agree with that?

Ms. Newcombe: Absolutely. One of the things about leveraging distress line centres for the national line is that we can refer people back to their regional crisis lines for support after we've supported them with their suicide ideation. When we refer them back to their local crisis lines for support, a lot of these distress centres have other programs beyond their crisis lines. For example — I only speak for my distress centre — we have community education programs in the schools. When we're in a school doing a presentation, we educate about the crisis line service. At times, we've even done a mock call in the classroom so they can see it's not so scary. What can they expect when the call responder is talking to them? They can ask questions in the classroom. We've done that locally at our regional centre.

When you get in one-on-one with the youth in the classrooms, that's where a lot of that education happens. Not all distress centres have those programs in the schools but many do.

Faites-vous des ventilations démographiques, où vous examinez la santé mentale, la dépendance et l'agression sexuelle? Classifiez-vous ces éléments?

Mme Newcombe : Nous ne faisons pas nécessairement de classification, mais nous utilisons la déclaration uniforme des appels. Donc, avec nos statistiques, nous savons que, par exemple, 47 p. 100 des appels sont associés à un aspect de santé mentale. Nous savons que de 10 à 15 p. 100 de notre volume d'appels comportent un élément de suicide. C'est pour les centres de détresse, de façon générale.

En ce qui concerne la ligne nationale, quand une personne appelle, nous savons si cet appel concerne une dépendance ou si c'est lié à la crise des opioïdes, par exemple. L'information concernant la raison de l'appel nous est donnée par l'appelant. Il pourrait vouloir obtenir du soutien parce qu'il est en instance de divorce.

La ligne nationale est une ligne de prévention du suicide, donc nous nous concentrons sur ce domaine. Nous posons des questions au sujet du suicide, parce que c'est une ligne nationale de prévention du suicide, mais le suicide est lié à de nombreux enjeux. C'est une longue trajectoire durant la vie d'une personne. Une personne pourrait composer avec un problème de santé mentale et des idées suicidaires ou non.

Nous conservons des statistiques sur les principales raisons pour lesquelles les gens communiquent avec nous.

La sénatrice Eaton : J'ai lu quelque part que l'éducation et des interventions plus rapides pouvaient éviter de nombreux suicides. Êtes-vous d'accord avec cela?

Mme Newcombe : Absolument. En ce qui concerne la mise à profit des centres de détresse dans le cadre de la ligne nationale, une des choses, c'est que nous pouvons aiguiller les gens vers leur ligne de crise régionale pour qu'ils puissent obtenir du soutien une fois que nous les avons aidés avec leurs idées suicidaires. Lorsque nous les aiguillons vers leur ligne de crise locale pour qu'ils obtiennent du soutien... beaucoup de ces centres de détresse offrent d'autres programmes au-delà de leur ligne de crise. Par exemple — je ne peux parler que pour mon centre de détresse —, nous offrons des programmes d'éducation communautaire dans les écoles. Lorsque nous présentons un exposé dans une école, nous renseignons les gens au sujet des services de ligne de crise. Parfois, nous simulons même un appel dans la classe pour qu'ils puissent voir que ce n'est pas effrayant. À quoi peuvent-ils s'attendre lorsque le répondant leur parle? Ils peuvent poser des questions en classe. Nous l'avons fait localement dans notre centre régional.

Lorsque vous communiquez de façon individuelle avec le jeune en classe, c'est là où se produit une bonne partie de l'éducation. Ce ne sont pas tous les centres de détresse qui offrent ces programmes dans les écoles, mais ils sont nombreux à le faire.

Senator Eaton: You said that when somebody calls in, you help them right away and there is often a follow-up call. Do you ever worry that after the follow-up call that a person just falls off your radar? I guess you're limited by how much you can do for the person, but after the follow-up call, is there a concern that you will not hear from that person again?

Ms. Newcombe: Absolutely. The reason for the follow-up call is that we're concerned about that person. There are set protocols for setting up a follow-up call. If we're not able to de-escalate, connect them with supports or they're not with a family member, the follow-up call is meant as a safety net. Perhaps the follow-up call is done within an hour and maybe there's another follow-up call after that hour. There could be multiple follow-up calls. We're looking at dealing with the immediacy of the situation. So usually there's an imminent attempt, something here and now and we need that follow-up call in place.

Maybe it's three o'clock in the morning and services aren't open yet. We're 24-7, so we're like the safety net that catches everything. That follow-up call is there in the interim until we can get them connected to supports.

Senator Seidman: Thank you very much, and thank you for what you do.

Senator Ravalia: Thank you, Ms. Newcombe. My question is related to demographics. You talked about the age demographic that you serve. Do you maintain a geographical demographic? In particular, are you able to tell if your calls come from a racialized or ethnic group?

Ms. Newcombe: We can tell where the calls are coming from — city, province, location. We can't say whether someone is Indigenous or not. We're an anonymous service, so that information would come from the caller. If they present themselves as Indigenous and we need to refer them to resources in their community, then we would have statistics regarding the fact that we had an Indigenous caller. But if they don't reflect that in the call, we wouldn't know that.

The statistics regarding specific demographics of the population would be as good as what they're giving us in the call. There would be a lot of unknowns, but we do keep what we are presented with.

La sénatrice Eaton : Vous avez dit que, lorsqu'une personne appelle, vous l'aidez immédiatement, et on fait souvent un appel de suivi. Craignez-vous parfois que, après l'appel de suivi, une personne disparaisse complètement de votre radar? J'imagine que vos options sont limitées quant à ce que vous pouvez faire pour la personne, mais après l'appel de suivi, vous préoccupez-vous du fait que vous n'aurez plus de nouvelles de cette personne?

Mme Newcombe : Absolument. Si on fait un appel de suivi, c'est parce qu'on se soucie de cette personne. Des protocoles sont établis pour la planification d'un appel de suivi. Si nous ne sommes pas en mesure de désamorcer la situation et de mettre les personnes en communication avec des services de soutien ou si les personnes ne sont pas avec un membre de la famille, l'appel de suivi se veut un filet de sécurité. Il est peut-être fait une heure plus tard, et on va peut-être prévoir un autre appel de suivi après cette heure. Il pourrait y en avoir plusieurs. Nous cherchons à faire face au caractère immédiat de la situation. Donc, habituellement, il y a une tentative imminente, quelque chose qui se passe ici et maintenant, et nous devons planifier cet appel de suivi.

Disons qu'il est 3 heures du matin et que les services ne sont pas encore ouverts. Nous sommes ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, donc nous sommes un peu le filet de sécurité qui va tout attraper. L'appel de suivi est fait en attendant que nous puissions mettre ces personnes en communication avec des services de soutien.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup et merci de ce que vous faites.

Le sénateur Ravalia : Merci, madame Newcombe. Ma question porte sur les données démographiques. Vous avez parlé de l'âge de la population que vous servez. Tenez-vous à jour des données démographiques géographiques? En particulier, êtes-vous en mesure de dire si vos appels viennent d'un groupe racialisé ou ethnique?

Mme Newcombe : Nous pouvons dire d'où viennent les appels — la ville, la province, le lieu. Nous ne pouvons pas dire si la personne est Autochtone ou non. Notre service est anonyme, donc cette information nous serait fournie par l'appelant. S'il se présente comme étant Autochtone et que nous devons l'aiguiller vers des ressources dans sa collectivité, nous aurions alors des statistiques concernant le fait que nous avons eu un appelant autochtone. Cependant, s'il ne le mentionne pas dans l'appel, nous ne le saurions pas.

La qualité des statistiques concernant les données démographiques précises de la population tient à la qualité de ce que les gens nous disent durant l'appel. Il y a beaucoup de variables inconnues, mais nous conservons les renseignements qu'on nous donne.

Senator Ravalia: Is there a particular part of the country where there would appear to be a greater vulnerability or a higher volume of calls?

Ms. Newcombe: I would say for populations, LGBTQ, Indigenous populations and men who are middle-aged or just retiring. There are certain demographics that are at a higher risk for suicide. We're trying to reach out to the male population to reach out for help.

We get more calls from females. There's a one-third to two-thirds ratio of female to male people that access services. We're aware that it's societal in terms of reaching out for help. It is not a sign of weakness; it is a sign of strength. We're getting that education out there and getting rid of some of the stigma.

There are certain populations we're continuing to try to educate to reach out for help. Through a lot of studies, we know that the Indigenous population and LGBTQ individuals are at higher risk, so we try to target those populations to reach out for help.

We've done no marketing at this stage for the new national service, but when that marketing starts to unveil itself, we will be targeting certain populations that are at higher risk.

Senator Ravalia: Thank you.

Senator Omidvar: I have a number of questions that I hope I will get in. I thank you for your work.

We've been hearing witnesses on this study, primarily from health care service providers or associations. They have made an impression on me that the system is fragmented, is not coordinated, and is different from jurisdiction to jurisdiction. They have recommended that improved access to mental health services could be achieved through a single point of entry proposal. That would help address the fragmentation and disjointed nature of the services. That the single point of entry would come from a referral through either a school or a primary care service worker.

But you have said that you have a "no wrong door" approach. On the one hand, we have specialists and advocates suggesting a single point of entry, and you have a much more open process of no wrong door. Can you help us figure out the tension between these two?

Ms. Newcombe: Yes. I don't think it's tension or one or the other. I think they complement each other. There is a lot of fragmentation, and I think for the service user or anybody

Le sénateur Ravalia : Y a-t-il une région particulière du pays où il semble y avoir une plus grande vulnérabilité ou un plus grand volume d'appels?

Mme Newcombe : Par rapport aux populations, je dirais les personnes LGBTQ, les populations autochtones et les hommes d'âge moyen ou ceux qui viennent de prendre leur retraite. Certains profils démographiques présentent un risque plus élevé de suicide. Nous essayons de tendre la main à la population masculine pour qu'elle demande de l'aide.

Nous obtenons un plus grand nombre d'appels de femmes. Il y a un ratio d'un tiers de femmes contre deux tiers d'hommes qui accèdent à des services. Nous savons que c'est tributaire d'un aspect sociétal : la volonté d'aller chercher de l'aide. Ce n'est pas un signe de faiblesse, ni de force. Nous fournissons cette éducation et éliminons certains des préjugés.

Nous continuons d'essayer d'éduquer certaines populations pour qu'elles aillent chercher de l'aide. Grâce à beaucoup d'études, nous savons que la population autochtone et que les personnes LGBTQ présentent un risque plus élevé, donc nous essayons de cibler ces populations pour qu'elles aillent chercher de l'aide.

À cette étape-ci, nous n'avons pas fait la promotion du nouveau service national, mais quand cette promotion commencera à se faire, nous ciblerons certaines populations qui présentent un risque plus élevé.

Le sénateur Ravalia : Merci.

La sénatrice Omidvar : J'ai un certain nombre de questions que j'aimerais poser. Je vous remercie de votre travail.

Nous avons entendu des témoins relativement à notre étude, principalement des fournisseurs de services de santé ou des associations. Ils m'ont donné l'impression que le système est fragmenté, qu'il n'est pas coordonné et qu'il est différent d'une administration à l'autre. Ils ont recommandé l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale au moyen d'une proposition de point d'entrée unique. Cela aiderait à faire face à la fragmentation et à la nature incohérente des services. Ils ont dit que le point d'entrée unique découlerait d'un aiguillage fait par une école ou un intervenant en soins primaires.

Toutefois, vous avez dit que vous employez une approche où « il n'y a pas de mauvaise porte ». D'une part, nous avons des spécialistes et des défenseurs des droits qui proposent un point d'entrée unique, et d'autre part, vous avez un processus beaucoup plus ouvert où il n'y a pas de mauvaise porte. Pouvez-vous nous aider à comprendre la tension entre les deux approches?

Mme Newcombe : Oui. Je ne crois pas que ce soit une tension, ou un choix entre une approche ou l'autre. Je pense qu'elles se complètent. Il y a beaucoup de fragmentation, et je

negotiating to access help, one point of access does help. There's one number or one place to go, and then that person or place can refer from there.

However, you don't want to have only one access, because what if there's a problem with that access? Let's say you don't like a counsellor and you want another counsellor, or an Indigenous person may wish to speak specifically to someone from their community, but someone else may not want to, for different reasons. So allowing that "no wrong door" allows for choice or for multiple access points. It's not fragmented, but it allows for multiple places to connect.

Senator Omidvar: Single door but lots of other corridor doors? I think that's what you're saying, a single front door but then you go through others.

Ms. Newcombe: Yes. I think one access point is so that the person doesn't have to think or be confused or have to call this office or that office. There are rules for this office — under 19 here or this one is over 18, that kind of thing. They don't need to think about that. They can have one number that has some information that can say this is the person or this is the mental health office where you need to call. They have more of the information, but one central access point offering everything is pretty hard to do. There are differences across the country and provincially, as well, to honour those cultural differences.

Senator Omidvar: You said that you had 17,878 contacts. By contacts, I imagine you mean people in distress, contemplating suicide. Do you keep a record of the main causes of their depression or anxiety, whatever you may call it? Is it addiction, bullying, social media or family dysfunction? Do you have a sense of that?

Ms. Newcombe: I wouldn't say we keep track of what caused it or is bringing them to the suicide ideation, but we do keep the reason for the call or the chat. If they call because they are in a domestic violence situation, we would have that and the fact they are suicidal. I cannot say that domestic violence is causing the suicide ideation, but the reason for the call was domestic violence and there was a suicide component. We cannot determine whether there is a causal relationship. We do keep track of the major reasons why people connect with us.

Senator Omidvar: Are you able to share the major reasons with us?

crois que, pour l'utilisateur de services ou quiconque essaie d'obtenir de l'aide, un point d'accès peut aider. Il y a un numéro où appeler ou un endroit où aller, puis cette personne ou ce lieu peut aiguiller la personne à partir de là.

Toutefois, vous ne voulez pas avoir un seul accès, car qu'arrive-t-il s'il y a un problème avec cet accès? Disons que vous n'aimez pas un conseiller et que vous en voulez un autre, ou qu'une personne autochtone veut parler précisément à une personne de sa collectivité, mais qu'une autre personne ne veut peut-être pas, pour des raisons différentes. L'approche où « il n'y a pas de mauvaise porte » offre des choix et plusieurs points d'accès. Ce n'est pas fragmenté, mais cela permet à plusieurs lieux de communiquer.

La sénatrice Omidvar : Une porte unique mais beaucoup d'autres portes dans le corridor? Je crois que c'est ce que vous dites, une porte d'entrée unique, mais ensuite vous franchissez d'autres portes.

Mme Newcombe : Oui. Je pense que le fait d'avoir un point d'accès unique fait en sorte que la personne n'a pas à penser ou n'est pas confuse, ou qu'elle n'a pas à appeler ce bureau-ci ou ce bureau-là. Il y a des règles pour ce bureau — moins de 19 ans ici ou plus de 18 ans pour celui-là, ce genre de choses. Les gens n'ont pas besoin de penser à ça. Ils peuvent avoir un numéro qui donne des renseignements où on leur dit à quelle personne ou bureau de santé mentale ils doivent téléphoner. Ce numéro contient plus de renseignements, mais un point d'accès central qui offre tout, c'est assez difficile à faire. Il y a aussi des différences au pays et dans les provinces dans le but de respecter les différences culturelles.

La sénatrice Omidvar : Vous avez dit que vous aviez reçu 17 878 communications. Par communications, j'imagine que vous voulez dire les personnes en détresse, qui ont envisagé le suicide. Tenez-vous un registre des principales causes de leur dépression ou de leur anxiété, peu importe comment vous souhaitez appeler cela? Est-ce une dépendance, l'intimidation, les médias sociaux ou le dysfonctionnement familial? Avez-vous une idée des causes?

Mme Newcombe : Je ne dirais pas que nous tenons un registre de ce qui a causé les idées suicidaires ou a amené les personnes à contempler le suicide, mais nous conservons la raison de l'appel ou du clavardage. Si la personne appelle car elle vit une situation de violence familiale, nous posséderions ce renseignement et saurions qu'elle a des idées suicidaires. Je ne peux pas dire que cette violence familiale soit la cause des idées suicidaires, mais la raison de l'appel était la violence familiale et comportait un élément suicidaire. Nous ne pouvons déterminer s'il y a une relation de cause à effet. Nous faisons le suivi des raisons principales pour lesquelles les gens communiquent avec nous.

La sénatrice Omidvar : Pouvez-vous nous en faire part?

Ms. Newcombe: Yes. Right now we are providing that data to the Public Health Agency of Canada, which has been one of our funders. We have given those reports on a quarterly basis since we have launched. Those would probably be made public at certain points in an annual report or how many calls you got about this or that. Yes, they would be provided.

Senator Omidvar: Thank you.

Senator Marshall: Thank you, Ms. Newcombe, for a very interesting presentation.

Are you able to give us information on the funding sources for your organization? I am interested in knowing the sources and magnitude of the funding, the adequacy or inadequacy, and where you see the trend line going in the future. Speaking to people, it's on an upward swing. Could you set the stage with that information? That would be appreciated.

Ms. Newcombe: The Public Health Agency of Canada invested about \$3 million over the last couple of years to get this initiative off the ground. We did get some money from the Mental Health Commission of Canada as well. We are in a position now of seeking public and private initiatives and fundraising in order to have sustainable funding.

Because we are leveraging local crisis line services, my centre, for example, is funded in many ways: the United Way, different grants and health authority contracts. Each distress centre in Canada is funded differently depending on their area. If we are to leverage their support by taking calls on a national line, that is what we are looking at. What would someone benefit by answering calls on a national line? Where is the remuneration? How can we support the local crisis lines? So we are in a position now of looking for funding in order to on-board more centres and increase our capacity. That requires money, so we are trying to educate as many people as possible about our existence. Funding is definitely important and crucial at this point.

Senator Marshall: When you talk about the 17,000 contacts, you also talked about \$3 million. That does not sound like a whole lot of money, but that funding was used for the 17,000 contacts; is that right?

Ms. Newcombe: The \$3 million was used primarily to build the technology, first, for the multi-contact centre and to set it all up. The funding was primarily to build it and to on-board centres to start the project. That was the start-up money. Now we are

Mme Newcombe : Oui. En ce moment, nous fournissons ces données à l'Agence de la santé publique du Canada, qui est devenu un de nos bailleurs de fonds. Nous avons fourni ces rapports tous les trimestres depuis notre lancement. Ceux-ci seraient probablement rendus publics à certains moments dans un rapport annuel, ou bien le nombre d'appels que vous avez reçus par rapport à un sujet particulier. Oui, ces données seraient fournies.

La sénatrice Omidvar : Merci.

La sénatrice Marshall : Merci, madame Newcombe, de cet exposé très intéressant.

Êtes-vous en mesure de nous donner des renseignements sur les sources de financement de votre organisation? J'aimerais connaître les sources et l'importance du financement, si c'est adéquat ou non, et savoir quelle sera, à votre avis, la tendance dans l'avenir. Quand on parle aux gens, on entend dire que c'est une tendance à la hausse. Pourriez-vous établir le contexte avec ces renseignements? Nous vous en serions reconnaissants.

Mme Newcombe : L'Agence de la santé publique du Canada a investi environ 3 millions de dollars au cours des quelques dernières années pour lancer cette initiative. Nous avons aussi obtenu quelques fonds de la Commission de la santé mentale du Canada. Nous sommes maintenant bien placés pour rechercher des initiatives publiques et privées et faire des campagnes de financement pour obtenir un financement durable.

Puisque nous mettons à profit des services locaux de ligne de crise, mon centre, par exemple, est financé de multiples façons : Centraide, différentes subventions et des contrats avec l'autorité sanitaire. Chaque centre de détresse au Canada est financé différemment en fonction de sa région. Si nous voulons tirer parti de son soutien en recevant des appels sur une ligne nationale, c'est ce que nous examinons. Quel serait l'avantage pour une personne de répondre à des appels sur une ligne nationale? Quelle est la rémunération? Comment pouvons-nous soutenir les lignes locales de crise? Nous sommes donc maintenant en mesure d'examiner le financement afin d'inviter plus de centres à participer et d'augmenter notre capacité. Pour ce faire, nous avons besoin d'argent; nous essayons donc de renseigner le plus grand nombre de gens possible au sujet de notre existence. Le financement est assurément important et essentiel en ce moment.

La sénatrice Marshall : Lorsque vous parlez de 17 000 communications, vous avez aussi mentionné 3 millions de dollars. Ça ne m'apparaît pas comme beaucoup d'argent, mais ce financement a été utilisé pour les 17 000 communications; est-ce exact?

Mme Newcombe : Les 3 millions de dollars ont été principalement utilisés pour bâtir la technologie, d'abord, pour le centre de communications multiples et pour tout installer. Le financement a principalement servi à le bâtir et à inviter des

looking at a model where we need sustainable funding in order to continue its operation.

Senator Marshall: The staff that was referenced in an earlier conversation, are they paid? My understanding is that they are professionally trained. Are they paid staff?

Ms. Newcombe: Crisis Services Canada has a small staff of four that is now running this national service. From there, we have a board of directors and they are leveraging distress centres.

Each distress centre is a little different. For example, in Ontario they primarily use trained volunteers, but they need a paid staff training coordinator in order to train those volunteers. Each crisis centre needs money to train, whether volunteers or staff.

My centre is a hybrid. I have 13 paid crisis line workers and volunteers as well. My paid responders are paid from a health authority contract because we have a local crisis line service. With additional money that comes from the national service for us, I can leverage the call responders answering calls on our local line and also the national line; so the money is coming from two sources.

Senator Marshall: Regarding the follow-up services that you spoke about, people make their initial contact and most of these people are in crises. What kind of services are you able to provide on the limited funding you have?

Ms. Newcombe: The follow-up service comes from us. We are connecting with that caller from the regional distress centres that are funded from their own local community and the national line. The follow-up calls are done by us on the national line. If anything is needed beyond that, we have a resource database and we link them. For example, if a call came in from Victoria and went to the national service and we end up taking it, we have a database and would refer them to mental health in Victoria for further support.

We are not providing additional pieces other than the follow-up call — the phone contact — in order to keep them going until they can be connected in their community with a face-to-face person.

Senator M. Deacon: Thank you for being here on video conference this afternoon.

centres à participer pour lancer le projet. C'était l'argent de départ. Nous cherchons maintenant un modèle où nous avons besoin de financement durable pour poursuivre ses activités.

La sénatrice Marshall : Les membres du personnel dont on a parlé dans une conversation précédente sont-ils rémunérés? Je crois comprendre qu'ils reçoivent une formation professionnelle. Sont-ils rémunérés?

Mme Newcombe : Services de crises Canada ne compte que quatre employés qui dirigent maintenant ce service national. Ensuite, nous avons un conseil d'administration qui met à profit les centres de détresse.

Chaque centre de détresse est un peu différent. Par exemple, en Ontario, on utilise principalement des bénévoles formés, mais on a besoin d'un coordonnateur de la formation du personnel rémunéré afin de former ces bénévoles. Chaque centre de crise a besoin d'argent pour la formation, que ce soit de bénévoles ou de membres du personnel.

Mon centre est hybride. J'ai 13 intervenants de ligne de crise rémunérés ainsi que des bénévoles. Mes répondants rémunérés sont payés grâce à un contrat avec l'autorité sanitaire, car nous offrons un service local de ligne de crise. Avec l'argent supplémentaire qui nous est fourni par le service national, je peux tirer profit des personnes qui répondent à des appels sur notre ligne locale, mais aussi sur la ligne nationale; donc l'argent provient de deux sources.

La sénatrice Marshall : Concernant les services de suivi dont vous avez parlé, les gens communiquent avec vous la première fois, et la plupart sont en crise. Quel type de services pouvez-vous fournir avec les fonds limités dont vous disposez?

Mme Newcombe : Le service de suivi est offert par nous. Nous communiquons avec l'appelant des centres de détresse régionaux qui sont financés par leur propre collectivité locale et la ligne nationale. Les appels de suivi sont faits par nous sur la ligne nationale. Si autre chose est nécessaire au-delà de ça, nous avons une base de données de ressources et nous les y rattachons. Par exemple, si un appel venant de Victoria était envoyé au service national et que nous finissions par le recevoir, nous avons une base de données et nous aiguillerions la personne vers les services de santé mentale à Victoria afin qu'elle y reçoive du soutien supplémentaire.

Nous ne fournissons pas d'autres éléments mis à part l'appel de suivi — la communication téléphonique — afin que les personnes puissent maintenir le cap jusqu'à ce qu'elles soient mises en communication dans leurs collectivité avec une personne.

La sénatrice M. Deacon : Merci de participer par téléconférence cet après-midi.

You are at the front end of that call and that first step for some of our youth in crisis. In talking to so many youth over the last 10 or 15 years, they are getting better now at making the call. I think they are getting better at the awareness. It's there; there's something; they have it. They also have their cellphones which, in the deepest crises, become incredible tools for being found, quite frankly, when it becomes escalated with the police, et cetera.

In many, the cycle has been formed and perhaps they've been taken to the hospital for the safety of themselves or others, and now they are in a medical setting. For many of our young people, that becomes almost cyclical. They are in, stabilized, and then they are back home. They are in again, stabilized and the family has respite. Everyone is looking for support and some kind of next step that will help them to be healthier and stronger and get out of this cycle in which they lose hope, which is another factor.

From your perspective, you are the first step. From what you have watched, listened to and used as baselines over the years, have you developed any judgment or perspective on that next part? You see these young people and may be able to track some of them. Do you have any thoughts on the cycle? You know it repeats. How can we work better in breaking that cycle of them having to call you again and again?

Ms. Newcombe: We do see that revolving door, absolutely.

It is not a single contact most of the time when someone is in crisis. They can be in crisis for six months. It is an ongoing thing sometimes. If we can get that initial contact, we try to encourage the youth and create rapport. We try to empower them to use us.

They may be in counselling and be connected with the mental health system already, but they are not there at two o'clock in the morning when those thoughts come. If they have that number, they can use it as they need it as part of their safety planning.

Their safety plan could have many components to keep them out of hospital. It may be calling their counsellor during the day or seeing the school counsellor. Having that national number — text number — handy, they can use it when they need it.

Vous êtes aux premières loges lorsqu'ils téléphonent et vous êtes la première étape pour certains de nos jeunes en crise. J'ai parlé à un très grand nombre de jeunes au cours des 10 et 15 dernières années et je constate qu'ils attendent moins, maintenant, pour faire l'appel. J'ai l'impression qu'ils sont plus sensibilisés. C'est là, c'est quelque chose et ils l'ont. Ils ont aussi leur téléphone cellulaire, qui, durant les pires crises, devient un outil incroyable pour qu'on les trouve, très franchement, lorsque la situation s'aggrave, que la police intervient, et cetera.

Pour beaucoup, le cycle est enclenché et ils ont peut-être déjà été amenés à l'hôpital pour leur propre sécurité ou celle des autres, et ils sont maintenant dans un milieu médical. Pour beaucoup de nos jeunes, c'est presque devenu cyclique. Ils viennent, on les stabilise, puis ils retournent chez eux. Puis, ils reviennent, on les stabilise et la famille a du répit. Tout le monde cherche du soutien, l'étape suivante qui les aidera à être plus en santé et plus forts et à sortir de ce cercle vicieux dans lequel ils perdent espoir, ce qui est un autre facteur.

De votre point de vue, vous êtes la première étape. À la lumière de ce que vous avez vu et entendu, de ce que vous avez utilisé comme base de référence au fil des ans, en êtes-vous venu à un jugement ou à un point de vue sur ce qui doit venir après? Vous avez vu ces jeunes et vous pouvez peut-être en suivre quelques-uns. Avez-vous des idées sur le cycle? Vous savez que cela se répète. De quelle façon pouvons-nous mieux travailler pour briser le cercle vicieux faisant en sorte qu'ils vous rappellent toujours?

Mme Newcombe : Il est évident que nous constatons ce syndrome de la porte tournante.

La plupart du temps, on ne se limite pas à un seul contact lorsqu'une personne est en crise. La crise peut durer six mois. C'est parfois permanent. Si nous pouvons établir ce premier contact, nous essayons d'encourager le jeune et de tisser des liens. Nous essayons de lui donner les moyens d'avoir recours à nous.

Les jeunes sont peut-être déjà en counselling et ont peut-être déjà des liens avec le système de santé mentale, mais ces intervenants ne sont pas là à 2 heures du matin lorsque les mauvaises pensées arrivent. S'ils ont notre numéro de téléphone, ils peuvent l'utiliser, au besoin, dans le cadre de leur plan de sécurité.

Leur plan de sécurité peut inclure de nombreuses composantes visant à les garder à l'extérieur de l'hôpital. Ce peut être d'appeler leur conseiller durant la journée ou de voir un conseiller à l'école. Le fait d'avoir ce numéro national — ce numéro de texto — à portée de main... Ils peuvent l'utiliser lorsqu'ils en ont besoin.

The other part to that is distress centres do a lot of community education programs in the schools themselves. That is something beyond the national line.

Connecting them to their local support systems — and I can only speak to my area — we do a lot of work in the schools themselves. We have had stories of youth coming up after we do programs in the schools. We have a GRASP program — Growth, Resilience, Acknowledgment, Suicide Awareness, Prevention and Personal Planning. It is a 12-hour program. Within that time, we try to impart skills on youth to be able to access help — not only that, but to deal with their life. Life is difficult; it is ups and downs. It is giving them tools and coping skills to navigate that.

We do that in the classroom one-on-one. We have had youth come up and say, “I am not cutting anymore as an unhealthy coping tool. I am using something else now.” It is heartwarming when you hear that.

We look at it as one youth at a time. It is just one person at a time. If you can make that connection, it is rapport building. Someone can see someone two or three times and not have that connection, or they can see someone once and have a strong connection. It is building those connections.

Our youth being in the social media world, they are used to the online connection and not so much the personal connection sometimes. It is trying to bridge that.

We need face-to-face. The school is a good place to do it. A lot of distress centres have those extra programs. That is something beyond national, but we can put them in touch with regional services.

Senator M. Deacon: I am from Ontario, in the Waterloo region. Over the past three years, we have taken in to our community what is classified as the highest percentage of new Canadians, of Syrian refugees.

You were talking about baselines, demographics and data collection. I wonder if at this moment there is any baseline or benchmark for our refugees, our new Canadians, where they fit in this need for acute help.

L'autre aspect, c'est que les centres de détresse réalisent beaucoup de programmes de sensibilisation communautaire dans les écoles. C'est quelque chose qui va au-delà de la ligne nationale.

Pour ce qui est de mettre les gens en contact avec leurs systèmes de soutien local — et je peux seulement parler de ce qui se passe dans ma région —, nous travaillons beaucoup en collaboration avec les écoles. Nous avons entendu des histoires de jeunes qui se présentent après que nous avons présenté nos programmes dans les écoles. Nous avons un programme intitulé GRASP, soit l'acronyme anglophone pour croissance, résilience, reconnaissance, sensibilisation au suicide, prévention et planification personnelle. C'est un programme de 12 heures. Durant ce temps, nous tentons de transmettre des compétences aux jeunes afin qu'ils puissent avoir accès à l'aide, mais ce n'est pas tout, nous voulons aussi les aider à composer avec leur vie. La vie est difficile, il y a des hauts et des bas. Il s'agit de leur donner des outils et des habiletés d'adaptation pour qu'ils s'en sortent.

C'est ce que nous faisons en tête-à-tête en classe. Il y a des jeunes qui sont venus nous voir pour nous dire : « je n'utilise plus l'automutilation comme outil d'adaptation malsain, j'utilise autre chose maintenant. » C'est réconfortant d'entendre ce genre de témoignage.

Nous considérons qu'il faut y aller un jeune à la fois. Seulement une personne à la fois. Si on peut créer ce lien, on a établi une relation. Une personne peut parfois voir quelqu'un d'autre deux ou trois fois sans créer ce lien ou encore voir une personne une seule fois et avoir un lien fort. Il s'agit de créer ces liens.

Nos jeunes participants appartiennent au monde des médias sociaux, ils sont habitués aux liens en ligne et le sont parfois moins pour ce qui est des liens personnels. Il faut essayer de bâtir ce pont.

Il faut faire les choses en personne. L'école est un bon endroit pour y arriver. Beaucoup de centres de détresse offrent ces programmes supplémentaires. C'est quelque chose qui va au-delà de la composante nationale, mais nous pouvons aiguiller les jeunes vers les services régionaux.

La sénatrice M. Deacon : Je viens de l'Ontario, de la région de Waterloo. Au cours des trois dernières années, nous avons accueilli au sein de notre collectivité ce qui est considéré comme le pourcentage le plus élevé de nouveaux Canadiens, de réfugiés syriens.

Vous avez parlé de base de référence, de données démographiques et de collecte de données. J'aimerais savoir si, en ce moment, il y a une base de référence ou un point de repère relativement à nos réfugiés, nos nouveaux Canadiens, afin de savoir où ils se situent relativement à ce besoin d'aide importante.

Ms. Newcombe: That is a demographic that we are looking at. We have access to LanguageLine services that have over 300 different languages. Say someone is speaking Spanish, Punjabi or another language. We can access an interpreter on the national line that helps us do that with someone. That is one step to helping a refugee who doesn't have English as their first language.

Second, a lot of communities have programs in place for refugees. Having that in a database where we can connect them, perhaps there is a program that they are not aware of and we can educate them about.

From the national line, we are leveraging distress centres and connecting them at that next level so they can find out if there are programs in their community to assist them.

Senator Dasko: Thank you for your presentation. It is very interesting. I have a couple of questions regarding how people learn about your service.

In answer to Senator Ravalia's question, you started to talk about a plan or program or funding you have to promote your service. I am interested in that because I am a great believer in health promotion and activities in just about every area.

I want to try to understand how you will do that. How have you designed that program? Where will it be targeted? Who is it targeted to? Clearly you would want to target it to groups, regions, sectors — whoever they may be — that you don't already connect with.

What is your thinking and the research behind your promotion campaign?

Ms. Newcombe: Right now, we haven't done any marketing. The reason is we just launched, and we had capacity issues. We didn't want to be inundated and not be able to provide service. That is why we didn't market. We are still holding off on that.

We have had a lot of people wanting to use that number. For example, the Canadian Association for Suicide Prevention, in the first weeks, put that number on their website. It was like, "Whoa," and we had them take it down.

We were in the first year of launching it. We had to test technology and ensure protocols were in place. We had a lot of

Mme Newcombe : C'est un groupe démographique auquel nous nous intéressons. Nous avons accès aux services de LanguageLine, qui compte plus de 300 langues différentes. Si, par exemple, une personne parle espagnol, punjabi ou une autre langue, nous pouvons avoir accès, grâce à la ligne nationale, à un interprète qui nous aide à communiquer. C'est une mesure qui permet d'aider un réfugié dont l'anglais n'est pas la langue maternelle.

Ensuite, beaucoup de collectivités ont mis en place des programmes pour les réfugiés. Le fait d'avoir tout ça dans une base de données nous permettant d'aiguiller les gens... il y a peut-être un programme qu'ils ne connaissent pas, et nous pouvons les informer à ce sujet.

À partir de la ligne nationale, nous tirons parti des centres de détresse et créons des liens à ce niveau supérieur afin que les gens puissent découvrir s'il y a des programmes qui peuvent les aider dans leur collectivité.

La sénatrice Dasko : Merci de votre exposé. C'est très intéressant. J'ai deux ou trois questions sur la façon dont les gens prennent connaissance de votre service.

En réponse à la question du sénateur Ravalia, vous avez commencé à parler d'un plan ou d'un programme ou encore d'un financement dont vous bénéficiez pour promouvoir votre service. C'est quelque chose qui m'intéresse, parce que je crois vraiment à la promotion de la santé et aux activités connexes dans quasiment tous les domaines.

J'aimerais comprendre de quelle façon vous y arriverez. De quelle façon avez-vous conçu ce programme? Quelles en seront les cibles? Qui est ciblé? Vous allez clairement vouloir cibler des groupes, des régions, des secteurs — où qu'ils soient — avec lesquels vous n'êtes pas déjà en contact.

Quelles sont vos réflexions et vos recherches qui sous-tendent votre campagne de promotion?

Mme Newcombe : À l'heure actuelle, nous n'avons pas fait de marketing. C'est parce que nous venons tout juste de lancer le programme et que nous avons des problèmes de capacité. Nous ne voulions pas être inondés sans pouvoir fournir de service. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas fait de publicité. Nous attendons encore.

Il y a beaucoup de personnes qui attendent d'utiliser notre numéro. Par exemple, l'Association canadienne de prévention du suicide, durant les premières semaines, a mis le numéro sur son site web. Nous avons été pris de cours et nous lui avons demandé de le retirer.

Nous étions dans la première année suivant le lancement. Nous devions mettre à l'essai la technologie et nous assurer que

work to do. That is why we have been holding back on announcing that number.

But without any marketing, people are hearing about it, just through social media. It is being shared with local distress centres. Even without any marketing, you can see how many interactions we are getting without even telling people the number exists.

Going forward, sustainable funding is a priority. Then it is onboarding centres, increasing the capacity and then marketing that number. That would be done with staffing through the national line. It is limited staffing, but the Public Health Agency of Canada and other agencies would definitely support helping to get that word out, what the messaging would be, and posters.

The whole marketing plan, at this stage, has not been detailed out. Sustainable funding and capacity are the two major issues before that, because even without any marketing, we are reaching capacity already. We need to on-board more centres.

Senator Dasko: Are you suggesting that the marketing will be done mainly through local agencies that will be getting the word out?

Ms. Newcombe: Right now I answer a provincial 1-800 suicide line in B.C. I add that number to my existing cards. A doctor's office might put that number on their card for an after-hours call. Other people will be putting that national number out there and spreading it. That would be one way. Social media is another big one.

We will probably try to leverage as many free outlets as possible, but there will be some targeted dollars in the future toward marketing. We will probably work that out. I have not seen a detailed plan at this stage. The headquarters staff of national is looking at that.

Senator Dasko: Thank you.

Senator Munson: Thank you for being with us. This is important information to receive from you.

A quick question and an observation, because our time is running out. The question follows that posed by Senator Omidvar when she asked about the reason for a suicide call. You mentioned data is sent to Health Canada. Do we get access to that information, or is it possible for senators to get access to that information, or the public, so we can have a better feel of what these calls are all about so we know which direction to go in as we do our study on youth suicide?

des protocoles étaient en place. Nous avons beaucoup de travail à faire. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas annoncé le numéro.

Cependant, même sans publicité, les gens en entendent parler, tout simplement par l'intermédiaire des médias sociaux. L'information est communiquée aux centres de détresse locaux. Même sans publicité, on peut voir combien d'interactions nous avons sans même dire aux gens que le numéro existe.

À l'avenir, un financement durable sera une priorité. Puis, il faudra intégrer des centres, renforcer la capacité, puis communiquer le numéro. On le fera grâce au personnel de la ligue nationale. Il s'agit d'un personnel limité, mais l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres agences nous aideraient assurément à nous faire connaître, à établir les messages, les affiches.

Pour l'instant, l'ensemble du plan de marketing n'est pas défini. Un financement et des capacités durables sont les deux principaux enjeux qu'il faut régler avant, parce que, même sans publicité, nous fonctionnons déjà à plein rendement. Il nous faut plus de centres.

La sénatrice Dasko : Êtes-vous en train de dire que le marketing se fera principalement par l'intermédiaire des agences locales qui en parleront?

Mme Newcombe : Actuellement, je réponds à une ligne provinciale 1-800 de prévention du suicide en Colombie-Britannique. J'ajoute ce numéro sur mes cartes. Un médecin peut inscrire ce numéro sur sa carte si jamais un patient doit faire un appel après les heures d'ouverture. D'autres personnes vont communiquer le numéro national et le diffuseront. Ce sera l'une des façons. Les médias sociaux seront aussi une autre méthode importante.

Nous allons probablement essayer de tirer parti du plus grand nombre de débouchés gratuits, mais on consacrera aussi certains fonds, à l'avenir, au marketing. Nous allons probablement trouver une solution. Je n'ai pas encore vu de plan détaillé pour l'instant. Le personnel au siège social national se penche sur ces questions.

La sénatrice Dasko : Merci.

Le sénateur Munson : Merci d'être là. Vous nous fournissez des renseignements importants.

J'ai une question rapide et une observation, parce que nous commençons à manquer de temps. La question est liée à celle de la sénatrice Omidvar concernant les motifs pour lesquels une personne fait un appel à une ligne d'aide en cas de suicide. Vous avez mentionné que les données sont envoyées à Santé Canada. Pouvons-nous avoir accès à cette information? Ou est-ce possible que les sénateurs aient accès à l'information — ou le public — afin que nous puissions mieux comprendre la nature de

Ms. Newcombe: I can bring that question forward to our board. We are meeting weekly with the Public Health Agency of Canada. How that information flows to this committee and what kinds of reports there are, I can bring that forward through the Public Health Agency of Canada or whatever process, depending on which report is needed. Getting that information out is something I would encourage.

Senator Munson: We appreciate that very much.

I do a lot of work in the health field and with children with intellectual disabilities, you name it. You said, “We are looking for more funding.” How many times have we heard that? “We have a grant. We have a public partnership, a private partnership, different grants.”

Are you in a position to have a budget ask to this present government since you are a national crisis centre? This is the time to do it, by the way. If anyone in the government is watching this committee meeting, I am making a pitch to the federal government — in order for you to do what you maybe could be doing — to help alleviate some of the stresses you have to go through. Across this country we have so many good organizations that have to go out and get money from every corner of their community.

It’s good to have community involvement, but there is, to me, a fundamental federal government responsibility in the health field, especially with regard to a national crisis line.

Ms. Newcombe: That’s being worked on right now. We just got support from the Public Health Agency of Canada to hire a CEO for the national line. One of the first tasks is to narrow that down, get the details regarding that ask to the federal government. That is being working on right now.

Senator Munson: I wanted to have that on the record. Thanks very much.

The Chair: On that note, I want to thank you very much, Ms. Newcombe, for taking the time to share this expertise. We wish you the very best with the very important work that you are doing.

[Translation]

We’ll continue this meeting on child and youth mental health with our second witness.

ces appels et connaître la direction à emprunter tandis que nous réalisons notre étude sur le suicide chez les jeunes?

Mme Newcombe : Je peux poser cette question à notre conseil. Nous rencontrons chaque semaine l’Agence de la santé publique du Canada. Pour ce qui est de la façon dont l’information est communiquée au comité et le genre de rapports produits, je peux soulever la question par l’intermédiaire de l’Agence de la santé publique du Canada, ou peu importe le processus, tout dépendant du rapport qui est requis. J’encouragerais qu’on communique ces renseignements.

Le sénateur Munson : Nous vous en sommes très reconnaissants.

Je travaille beaucoup dans le domaine de la santé et avec les enfants qui ont des déficiences intellectuelles, entre autres. Vous avez dit : « nous cherchons plus de financement ». Combien de fois avons-nous entendu cela? « Nous avons une subvention. Nous avons un partenaire public, un partenaire privé, différentes subventions ».

Pouvez-vous demander un budget au gouvernement actuel, puisque vous êtes un centre national de crise? C’est le moment de le faire, soit dit en passant. Si un représentant du gouvernement regarde la réunion, j’ai quelque chose à proposer au gouvernement fédéral, afin que vous puissiez faire tout ce qui est en votre pouvoir, pour atténuer certaines des choses qui vous causent des soucis... Partout au pays, il y a tellement de bonnes organisations qui doivent chercher dans tous les coins de leur collectivité pour trouver des fonds.

C’est bien de compter sur la participation de la collectivité, mais, selon moi, le gouvernement fédéral a une responsabilité fondamentale dans le domaine de la santé, surtout en ce qui concerne une ligne nationale d’écoute.

Mme Newcombe : C’est quelque chose sur quoi on travaille actuellement. Nous venons d’obtenir du soutien de l’Agence de la santé publique du Canada afin d’embaucher un directeur général pour la ligne nationale. L’une des premières tâches consiste à préciser tout ça, à obtenir les renseignements détaillés concernant une telle demande adressée au gouvernement fédéral. Nous travaillons là-dessus actuellement.

Le sénateur Munson : Je voulais que cela figure au compte rendu. Merci beaucoup.

La présidente : À ce sujet, je tiens à vous remercier beaucoup, madame Newcombe, d’avoir pris le temps de nous faire part de votre expérience. Nous vous souhaitons la meilleure des chances dans la poursuite de l’important travail que vous faites.

[Français]

Nous poursuivons cette réunion sur la santé mentale des enfants et des adolescents avec notre deuxième témoin.

[English]

Our next witness, also by video conference, is Ms. Nancy Moreau Battaglia from Toronto, Ontario. Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

You are a board member from the Canadian Association for Suicide Prevention. I would ask that you start with your opening remarks and then we will follow with questions.

Nancy Moreau Battaglia, Board Member, Canadian Association for Suicide Prevention: Good afternoon, chair and committee members, and thank you for the invitation to speak today. It is a pleasure to participate with you remotely from Toronto on behalf of the Canadian Association for Suicide Prevention.

As mentioned, I am a member of the board of directors for the association and a registered psychotherapist working on the front line with children, youth and survivors of suicide loss.

The Canadian Association for Suicide Prevention, more commonly known as CASP, is a decades-old national organization whose mission is to reduce the impact of suicide on the lives of those within our country. Our areas of focus include suicide prevention, intervention, “post-vention” and life promotion. Like many not-for-profits in this sector, we struggle for funding and have the equivalent of only one full-time staff member, yet we endeavour to fulfill CASP’s strategic priorities of leadership, partnership and collaboration, fostering connections and supporting communities.

Our membership is comprised of people with lived experience, service organizations, mental health professionals, researchers and policy-makers, and they represent communities and regions across Canada from coast to coast to coast.

As we all recognize, suicide is a critical public health issue in Canada. Rates have been increasing over the past 60 years, and suicide is one of our top leading causes of death.

Today in Canada, 10 people will die by suicide and up to 200 more will attempt to do so. We must ask ourselves many questions about this, in particular, for how many of them might the pain that led to this act have been generated during childhood? It is plausible that since your discussions last week, on October 18, approximately 60 Canadians have died by suicide and 8 of those would have been youth.

[Traduction]

Notre prochain témoin, qui comparait aussi par vidéoconférence est Mme Nancy Moreau Battaglia, de Toronto, en Ontario. Bienvenue devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Vous êtes membre du conseil d’administration de l’Association canadienne pour la prévention du suicide. Je vous demanderais de nous présenter votre déclaration préliminaire, puis nous passerons aux questions.

Nancy Moreau Battaglia, membre du conseil d’administration, Association canadienne pour la prévention du suicide : Bonjour, madame la présidente, et bonjour aux membres du comité. Je vous remercie de m’avoir invitée à comparaître aujourd’hui. Je suis heureuse de participer à distance de Toronto au nom de l’Association canadienne pour la prévention du suicide.

Comme on l’a mentionné, je suis membre du conseil d’administration de l’Association et une psychothérapeute agréée qui travaille en première ligne auprès des enfants, des jeunes et des personnes qui ont perdu des êtres chers par suicide.

L’Association canadienne pour la prévention du suicide, qu’on appelle plus couramment l’ACPS, est une organisation nationale créée il y a des dizaines d’années et dont la mission est de réduire l’impact du suicide sur la vie des gens au pays. Nous nous concentrons entre autres sur la prévention du suicide, l’intervention, la « post-vention » et la promotion de la vie. Comme beaucoup d’autres organisations sans but lucratif dans le secteur, nous faisons des pieds et des mains pour avoir du financement et avons seulement l’équivalent d’un employé à temps plein. Malgré tout, nous nous efforçons de réaliser les priorités stratégiques de l’ACPS en matière de leadership, de partenariat et de collaboration, de création de liens et de soutien aux collectivités.

Nos membres sont des gens qui ont certaines expériences vécues, des organismes de service, des professionnels de la santé mentale, des chercheurs et des décideurs qui représentent les collectivités et les régions des quatre coins du Canada.

Comme nous le reconnaissons tous, le suicide est un grave problème de santé publique au Canada. Les taux augmentent depuis 60 ans, et le suicide est l’une de nos principales causes de décès.

Aujourd’hui, au Canada, 10 personnes se suicideront et jusqu’à 200 autres tenteront de le faire. Nous devons nous poser beaucoup de questions à ce sujet et, plus particulièrement, pour combien de ces personnes la douleur les ayant menées à poser cet acte remonte-t-elle à l’enfance? Il est possible que, depuis vos discussions de la semaine dernière, le 18 octobre, environ 60 Canadiens se soient suicidés, dont huit jeunes.

For every death of this nature, more than 100 individuals will be impacted, dozens of whom will be affected for much, if not all, of their lives. In fact, in the aftermath of a death by suicide, survivors are at higher risk themselves of dying prematurely by suicide. I introduce these points in order to highlight the significant impact that suicide can have on children and teens with regrettably lived experience.

Suicide is the second-leading cause of death for children, youth and young adults, and no matter how alarming that statistic is, the true number of youth suicides within our Indigenous communities is nothing short of tragic.

When our youth present at hospital with suicidal ideation and/or suicide attempt, it is too often that a discharge scenario exists of an anti-anxiety pill and maybe a referral to an overtaxed agency where it can take weeks or months to secure service.

It is too often that they are released to exhausted, ill-equipped caregivers who lack knowledge, skill and particularly information and resources to support their loved ones and themselves through this crisis.

We are generally a death-denying society. Suicide is scary, and that combination of factors leads to an overwhelming majority of people who don't want to talk about it. There is a common yet mistaken belief that if we don't talk about it, they won't do it. We need to talk about it. We need to talk about suicide, and we need to talk about mental health and wellness. These conversations are vital, as 90 per cent of those who died of a self-inflicted act were struggling with issues of mental health and wellness, whether formally diagnosed or not.

CASP has focused its mission on suicide, yet our work is inextricably interwoven with services, formal organizations and grassroots communities that are addressing mental health and wellness. Within our sector, there is broad-based research and an understanding that the interconnections between mental health and the social determinants of health are critical to understanding and responding to the continuum of issues related to suicide.

With one in five Canadians struggling with mental health issues at some juncture in their lives, we must understand that when looking at our mental health crisis, it is patently clear that suicide needs to be included in any discussion of mental wellness. You cannot talk about one without the other.

CASP regularly engages with multiple stakeholders and, as such, has been able to chronicle a number of issues that community members have identified as barriers and opportunities to effective suicide prevention. These include: a

Pour chaque décès de cette nature, plus de 100 personnes sont touchées, des dizaines étant touchées par l'événement pendant une grande partie, sinon la totalité de leur vie. En fait, à la suite d'un suicide, les survivants sont eux-mêmes plus à risque de mourir de façon prématurée par suicide. Je vous dis tout cela afin de souligner l'impact important que le suicide peut avoir sur les enfants et les adolescents qui ont malheureusement vécu cette expérience.

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes, et peu importe à quel point cette statistique est alarmante, le nombre réel de suicides de jeunes dans nos collectivités autochtones est tout simplement tragique.

Lorsque nos jeunes se présentent à l'hôpital avec des idées suicidaires ou après avoir tenté de se suicider, il arrive trop souvent qu'on leur donne un congé de l'hôpital en leur remettant un comprimé anxiolytique et, peut-être, un renvoi vers un organisme débordé où il faudra peut-être attendre des semaines ou des mois avant d'obtenir des services.

Trop souvent, on les dirige vers des soignants épuisés et mal outillés qui n'ont pas les connaissances, les compétences et les renseignements et les ressources nécessaires pour soutenir leurs êtres chers et se soutenir eux-mêmes durant cette crise.

Nous sommes généralement une société qui nie la mort. Le suicide fait peur, et cette combinaison de facteurs fait en sorte qu'une grande majorité de personnes ne veulent pas en parler. On croit souvent à tort que, si on n'en parle pas, les gens ne se suicideront pas. Cependant, il faut en parler. Il faut parler du suicide, et il faut parler de santé mentale et de bien-être. Ces conversations sont cruciales, puisque 90 p. 100 des personnes qui se suicident étaient aux prises avec des problèmes de santé mentale et de bien-être, qu'ils aient été diagnostiqués officiellement ou non.

L'ACPS a axé sa mission sur la lutte au suicide, mais nos travaux sont inextricablement liés aux services, aux organisations officielles et aux groupes locaux qui s'occupent de la santé mentale et du bien-être. Dans notre secteur, de vastes recherches ont été réalisées, et on comprend que les liens entre la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé sont cruciaux pour qui veut comprendre le continuum des problèmes menant au suicide et interagir en conséquence.

Étant donné qu'un Canadien sur cinq sera aux prises avec des problèmes de santé mentale à un moment ou à un autre de sa vie, nous devons comprendre que, lorsque nous regardons notre crise de la santé mentale, il est évident que le suicide doit être inclus dans n'importe quelle discussion sur le bien-être mental. On ne peut pas parler de l'un, sans l'autre.

L'ACPS interagit régulièrement avec différents intervenants et, par conséquent, elle a pu cerner un certain nombre de problèmes que des membres de la collectivité ont décrits comme étant des obstacles à une prévention efficace du suicide ou des

fragmented and uncoordinated system of mental health care that is challenging if not impossible to navigate; the underfunding of community resources with long waiting lists and unexpected closures; gaps in service in rural and suburban communities; lack of readily accessible information written in plain language; the need for mental health and suicide prevention education for gatekeepers and laypersons; a focus on stress management and resilience building; the need for wraparound services; the importance of having people with lived experience at policy and funding tables; the need for cultural competence training; the need for more peer support and community-specific resources for those living with struggles of mental health and wellness — those who are at high risk, primary care providers and survivors of suicide loss; and our need to acknowledge that the stigma of mental health struggles and suicide remains strong and often inhibits identifying needs and imposes a significant barrier to help seeking.

CASP, as a national organization, strongly advocates for a national suicide prevention strategy in which a comprehensive and coordinated response framework can be implemented with sustainable dollars. Thank you.

The Chair: Thank you very much for your presentation. It does bring to light all the challenges and everything that still needs to be done when it comes to youth and mental health. We do have questions for you.

Senator Seidman: Thank you very much for your presentation and for being with us today on a really important issue.

I'd like to understand your organization. I think you said you have members that are associations. Do they also include people with lived experience?

Ms. Moreau Battaglia: Yes, a vast majority of our members are those with lived experience.

Senator Seidman: What about associations across the country? Who provides services? Do they join your organization as well?

Ms. Moreau Battaglia: We have some individuals from local mental health agencies. The vast majority of members are individuals who are passionate about the cause because their life has been touched by suicide or issues of mental health. There are a lot of really wonderful, grassroots community organizations out there doing great work and who are also members. The problem is connecting them all.

occasions de prévention du suicide, notamment un système de soins de santé mentale fragmentaire et non coordonné dans lequel il est difficile, voire impossible, de se retrouver, le sous-financement des ressources communautaires assorti de longues listes d'attente et de fermetures imprévues, les lacunes en matière de service dans les collectivités rurales et suburbaines, le manque de renseignements accessibles présentés dans une langue simple, le besoin de sensibiliser les gardiens et les gens ordinaires à la santé mentale et la prévention du suicide, un accent mis sur la gestion du stress et le renforcement de la résilience, le besoin d'offrir des services selon une approche englobante, l'importance de compter sur des gens qui ont une expérience vécue à la table lorsque les décisions sont prises en matière de politiques ou de financement, le besoin d'offrir une formation sur les compétences culturelles, le besoin d'accroître le soutien par les pairs et les ressources communautaires pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de bien-être — ceux qui sont à risque élevé, les fournisseurs de soins primaires et les personnes qui ont perdu des êtres chers par suicide — et notre besoin de reconnaître que la stigmatisation des problèmes de santé mentale et du suicide restent marqués et qu'elles empêchent souvent de cerner les besoins tout en constituant un obstacle important à la recherche d'aide.

L'ACPS, en tant qu'organisation nationale, demande ardemment une stratégie nationale de prévention du suicide en vertu de laquelle un cadre complet et coordonné d'intervention peut être mis en œuvre grâce à un financement durable. Merci.

La présidente : Merci beaucoup de votre exposé. Il met en lumière tous les défis et tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il est question des jeunes et de la maladie mentale. Nous avons des questions à vous poser.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup de votre exposé et de votre comparution aujourd'hui pour parler d'un enjeu vraiment important.

J'aimerais comprendre votre organisation. Je crois que vous avez dit que vos membres sont des associations. Y a-t-il aussi des personnes qui ont une expérience vécue?

Mme Moreau Battaglia : Oui. La grande majorité de nos membres sont des gens qui ont une expérience vécue.

La sénatrice Seidman : Qu'en est-il des associations à l'échelle du pays? Qui fournit les services? Font-elles partie de votre organisation elles aussi?

Mme Moreau Battaglia : Nous comptons des représentants d'organismes locaux de santé mentale. La grande majorité de nos membres sont des personnes passionnées par la cause parce que leur vie a été touchée par le suicide ou des problèmes de santé mentale. Il y a vraiment beaucoup d'organisations communautaires vraiment formidables qui font de l'excellent travail et qui comptent aussi parmi nos membres. Le problème, c'est de relier tout ce monde.

Senator Seidman: You've been around for 10 years?

Ms. Moreau Battaglia: No, for about 40 years.

Senator Seidman: Four times as many as 10. That's even better.

Canada does have a federal framework for suicide prevention.

Ms. Moreau Battaglia: Yes.

Senator Seidman: I'd like to know if you were involved in its development and whether you were involved in an ongoing evaluation of where it's going and how it is succeeding in its mission.

Ms. Moreau Battaglia: The executive director who was with CASP at the time, Tana Nash, was one of the individuals who happens to have lived experience and fundamental if not instrumental — whatever word you'd like to use — in drafting and advocating for that particular framework.

To my knowledge at this point, we don't have a measurement system to address how that is going. What we still lack within that is an actual strategy. We're one of the few first-world countries that don't have one.

Senator Seidman: If I read correctly, the framework has three strategic objectives: to reduce stigma and raise public awareness; to connect Canadians, information and resources; and to accelerate the use of research and innovation in suicide prevention. What you're saying is that we don't really have a way to assess whether those objectives are being met. Is that correct?

Ms. Moreau Battaglia: It would be my experience that there are no legs to that.

Senator Seidman: Do you have suggestions or recommendations about how we could give that framework some legs, as you put it?

Ms. Moreau Battaglia: We could look back to what those grassroots, community organizations are doing and have those people who are right on the front line providing input say, "This is what we need." One of the pieces that is so necessary that we always get asked for is a central repository of tools and resources. That is still lacking.

We do have the national hotline, but it has endured its own number of challenges. CASP fields lots of calls from families who find themselves in crisis because they don't know where else to go. We don't provide crisis service, but there are no easily accessible materials out there.

La sénatrice Seidman : Votre organisation existe depuis environ 10 ans?

Mme Moreau Battaglia : Non. Depuis environ 40 ans.

La sénatrice Seidman : Quatre fois plus. C'est encore mieux.

Le Canada possède un Cadre fédéral de prévention du suicide.

Mme Moreau Battaglia : Oui.

La sénatrice Seidman : J'aimerais savoir si vous avez participé à son élaboration et si vous avez participé à une évaluation continue de là où il s'en va et de la mesure dans laquelle il réussit à réaliser sa mission.

Mme Moreau Battaglia : Tana Nash, la directrice exécutive de l'ACPS à l'époque était l'une des personnes qui avaient une expérience vécue et qui a joué un rôle fondamental, voire un rôle déterminant — peu importe le mot que vous préférez utiliser — dans la rédaction et la promotion de ce cadre précis.

À ma connaissance, jusqu'à présent, il n'y a pas de système de mesure permettant de déterminer comment les choses se passent. Ce qui nous manque dans tout ça, encore, c'est une stratégie en tant que telle. Nous sommes l'un des rares pays industrialisés à ne pas en avoir une.

La sénatrice Seidman : Si j'ai bien lu, le cadre compte trois objectifs stratégiques : réduire la stigmatisation et sensibiliser davantage le public, relier les Canadiens, l'information et les ressources et encourager l'utilisation de la recherche et de l'innovation dans les activités de prévention du suicide. Ce que vous dites, c'est que nous n'avons pas vraiment une façon d'évaluer si on atteint ces objectifs. C'est bien ça?

Mme Moreau Battaglia : D'après mon expérience, ça ne repose sur aucune base solide.

La sénatrice Seidman : Avez-vous des suggestions ou des recommandations sur la façon dont nous pourrions créer cette base solide, comme vous dites?

Mme Moreau Battaglia : Nous pourrions nous tourner vers ces organisations communautaires et de première ligne, voir ce qu'elles font et demander aux personnes qui sont directement aux premières lignes de nous dire ce dont elles ont besoin. Un des éléments vraiment nécessaires qu'on nous demande toujours, c'est un dépôt central d'outils et de ressources. Nous n'en avons toujours pas.

Il y a bel et bien une ligne d'aide nationale, mais elle est confrontée à ses propres défis. L'ACPS reçoit beaucoup d'appels de familles en période de crise qui n'ont nulle part ailleurs où aller. Nous ne fournissons pas de service de crise, mais il n'y a pas de matériel facilement accessible.

Senator Seidman: Nor public education programs so people know where to go.

Ms. Moreau Battaglia: Exactly. That's the kind of thing we're talking about.

My comments about attending at the ER and being given the prescription and referral do not in any way imply that our medical practitioners are negligent. It's that there are no supports. There are no pamphlets or handouts to do this, look at that. There is no safety net, and it's something that those care providers consistently search for.

Senator Seidman: Thank you so much.

Senator Ravalia: Thank you very much for that very thought-provoking presentation.

We've had a number of discussions about this subject. I think we all recognize that the traditional medical model is broken. We've talked about disruptive innovations. Are you aware of any cutting-edge research or innovations that you think could begin to impact on picking up on these issues at a germinal, early phase in our youth and children to reduce the burden of suicides?

Ms. Moreau Battaglia: It's such a complicated issue. We're treating the symptoms while we're trying to investigate cause.

One of the easy fixes from a symptom-management perspective is the genetic testing that's available to understand which family of antidepressant an individual will respond to. There was a time, when that study was being fostered in Canada, that individuals could sign up to participate. I recently made that suggestion to two families that I'm working with and find out from them that the cost of the test, at least in Ontario, is \$400. I understand there are associated costs, but what's the cost of that youth or child showing up in the emergency room because their antidepressants weren't effective?

I understand that there are responsibilities provincially versus federally. I think that is such an easy fix from my perspective; so if we can get them in that right framework.

One of the pieces of research we do know is that there's about a four-year lag between the initial suicidal ideation of an individual and a first attempt. That, again, is average. But we've got a big window there to intervene if we can provide an environment where talking about that suicidal ideation right upfront can be addressed.

I'm not sure I fully answered your question.

La sénatrice Seidman : Pas de programme de sensibilisation publique afin que les gens sachent vers qui se tourner.

Mme Moreau Battaglia : Exactement. C'est le genre de choses dont nous parlons.

Par les commentaires que j'ai formulés sur le fait de se rendre à l'urgence et de se voir remettre une ordonnance et un renvoi, je ne sous-entends d'aucune façon que nos professionnels de la santé sont négligents. C'est qu'il n'y a pas de soutien. Il n'y a pas de dépliants ou de documents disant quoi faire ou quoi regarder. Il n'y a pas de filet de sécurité, et c'est quelque chose que ces professionnels de la santé cherchent constamment.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup.

Le sénateur Ravalia : Merci beaucoup de votre exposé qui suscite beaucoup la réflexion.

Nous avons eu plusieurs discussions à ce sujet. Je crois que nous reconnaissons tous que le modèle de soins de santé traditionnel ne fonctionne pas. Nous avons parlé d'innovations perturbatrices. Êtes-vous au courant de recherches ou d'innovations de pointe qui, selon vous, pourraient jouer un rôle tandis que nous tentons de régler ces problèmes à une étape précoce, rapidement, chez nos jeunes et nos enfants, afin de réduire le fardeau du suicide?

Mme Moreau Battaglia : C'est un enjeu fort complexe. Nous traitons les symptômes tandis que nous tentons de comprendre les causes.

L'une des solutions faciles, du point de vue de la gestion des symptômes, c'est le dépistage génétique qui existe et qui permet de comprendre à quelle famille d'antidépresseurs une personne réagira. À une époque, lorsque l'étude était encouragée au Canada, les personnes pouvaient s'inscrire pour participer. J'ai récemment formulé une telle suggestion à deux familles avec lesquelles je travaille et j'ai appris d'eux que le coût du test, du moins en Ontario, s'élève à 400 \$. Je comprends qu'il y a des coûts connexes, mais quel est le coût si un jeune ou un enfant se présente à l'urgence parce que ses antidépresseurs n'étaient pas efficaces?

Je comprends qu'il y a des responsabilités provinciales, et d'autres, fédérales. Selon moi, c'est une solution tellement facile à mes yeux, alors, si nous pouvions intégrer tout ça dans le bon cadre...

L'une des choses que la recherche nous a apprises, c'est qu'il y a un décalage d'environ quatre ans entre les premières idées suicidaires d'une personne et la première tentative. Encore une fois, c'est une moyenne, mais nous avons une longue période pour intervenir si nous pouvons créer un environnement où l'on peut parler directement et d'entrée de jeu des idées suicidaires.

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

Senator Ravalia: You certainly did. Thanks very much.

Senator Eaton: You talked about prevention and intervention in your presentation, did you not, the four steps? Senator Ravalia was talking about innovation.

We heard from some psychologists the other day that if we had psychologists in every school that could look at children who are having trouble or being bullied, who might have a terrible home situation, if you could start working with a child at school, where they play, where they work, it would be quite effective. What do you say to that?

Ms. Moreau Battaglia: Facetiously, I can say that psychologists cost a lot of money. But do I believe that we need circles of care? Yes.

I was at a trauma conference last week and heard from a social worker who works in the school board in Manitoba. She is responsible for 1,800 children. You just can't do that. As we colloquially might say, "That dog don't hunt."

I absolutely believe that a couple of issues could be addressed within our education system. One is greater education for teachers and school administration. I often see that everyone is focused on the behaviour without understanding that people communicate through behaviours. A child who may be looked at as a troublemaker in class or a bully or labelled with a conduct disorder, there's a reason behind that. It's typically because there's pain.

If we don't have people, as you said, where the children go to school and where our teens might be working, who can say, "Ah," then we are missing out.

There are huge gaps. I don't want to repeat what everyone else has said, but what happens once that child is identified? I'm not big on labels, but I say "identified" as having a need. If they get put into a queue for service provision within a community, that's where we can see those huge lags.

The Health Canada FNIHB program has individuals apply as service providers. As service providers, individuals then go on a registry. People who are of First Nations ancestry who need support can connect with individuals on that registry — I apologize if you know this — and get 10 to 15 hours of counselling that is paid for by the federal government under the overall health care act. Would it be an expense for the provincial governments? Absolutely. But why can't we have something like that, a bridge, for families who can't get into some of the bigger organizations in Ontario like Kinark, CMHA or New Path? Let's

Le sénateur Ravalia : Vous avez parfaitement répondu. Merci beaucoup.

La sénatrice Eaton : Vous avez parlé de prévention et d'intervention dans votre exposé, n'est-ce pas, les quatre étapes? Le sénateur Ravalia parlait d'innovation.

Des psychologues nous ont dit l'autre jour que, s'il y avait des psychologues dans toutes les écoles, nous pourrions cerner les enfants qui ont des problèmes ou qui sont intimidés, ceux dont la situation est très difficile à la maison. Si on pouvait commencer à travailler avec un enfant à l'école, là où il joue, là où il travaille, ce serait très efficace. Qu'en pensez-vous?

Mme Moreau Battaglia : À la blague, je dirais que les psychologues coûtent beaucoup d'argent. Est-ce que je crois que nous avons besoin de cercles de soins? Oui.

La semaine dernière, j'ai assisté à une conférence sur les traumatismes et j'ai entendu une travailleuse sociale du conseil scolaire du Manitoba. Elle est responsable de 1 800 enfants. C'est tout simplement impossible. Comme on pourrait le dire familièrement, « cela ne tient pas la route ».

Je suis absolument convaincue qu'il est possible de résoudre quelques problèmes au sein de notre système d'éducation. Une solution est une formation accrue pour les enseignants et les administrateurs de l'école. Je vois souvent que tout le monde est concentré sur le comportement sans comprendre que les gens communiquent au moyen de comportements. Il y a une raison pour laquelle un enfant peut être considéré comme un fauteur de troubles en classe ou un intimidateur ou encore être étiqueté comme présentant un trouble des conduites. C'est généralement parce qu'il y a de la souffrance.

Comme vous l'avez dit, s'il n'y a pas de personnes, là où les enfants vont à l'école et là où les adolescents pourraient travailler, qui peuvent réagir, alors nous laissons passer une occasion.

Les lacunes sont énormes. Je ne veux pas répéter ce que tout le monde a dit, mais que se passe-t-il une fois que cet enfant est identifié? Je ne suis pas une fervente des étiquettes, mais je dis « identifié » comme ayant un besoin. S'il est inscrit sur une liste d'attente pour la prestation de services dans une collectivité, c'est là que nous pouvons voir ces énormes décalages.

Le programme de la DGSPNI, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de Santé Canada fait en sorte que des personnes postulent comme fournisseurs de services. À ce titre, les personnes s'inscrivent ensuite dans un registre. Les personnes d'ascendance autochtone qui ont besoin de soutien peuvent entrer en contact avec des personnes inscrites sur ce registre — excusez-moi si vous le savez déjà — et bénéficient de 10 à 15 heures de counseling payées par le gouvernement fédéral en vertu de la loi sur les soins de santé en général. Serait-ce une dépense pour les gouvernements

have a place where these families can take their children without having to spend hundreds and potentially thousands of dollars.

Senator Eaton: Weeks and weeks and months and months.

Ms. Moreau Battaglia: Absolutely.

Senator Eaton: Are there countries we could learn from?

Ms. Moreau Battaglia: From my understanding, Australia has a great model. It's put out there as the "I wish" country — "I wish our country was like Australia." I don't have all the nuts and bolts of their model.

Senator Eaton: It is something we can research now that you've told us.

Ms. Moreau Battaglia: Yes, I would be looking at the model in Australia. As far as I know, that's the one that people think is the best.

Senator M. Deacon: We all appreciate you addressing these real issues this afternoon — fragmentation, knowledge, access points, gaps in sources. It is the bridge part you talked about that keeps me awake at night. That is the one big, super-duper challenge as a result of a lot of other pieces and little things.

In Ontario, in 2012, in our minister-driven education system, developing a mental health framework and strategy was mandatory. Funds had to be shifted. You had to find ways to ensure that every student, teacher and parent was educated on look-fors, disclosures, all of those pieces that helped the education piece.

We move over the bridge at this end, but we still suffer with the stigma over here at this end. Now we have awareness and understanding and enough information — these aren't doctors — to be that first, trusted person.

As we work through that stigma problem, that is still paralyzing beyond the age of 10. I'm wondering if you wouldn't mind addressing that piece based on your perspective, which is incredible based on the work that you folks have been doing.

Ms. Moreau Battaglia: Thank you.

provinciaux? Absolument. Cependant, pourquoi ne pourrions-nous pas avoir quelque chose du genre, un service intermédiaire, pour les familles qui ne peuvent pas avoir accès à certaines des plus grandes organisations ontariennes comme Kinark, l'ACSM, l'Association canadienne pour la santé mentale, ou New Path? Trouvons un endroit où ces familles peuvent emmener leurs enfants sans avoir à dépenser des centaines et peut-être des milliers de dollars.

La sénatrice Eaton : Des semaines et des semaines et des mois et des mois.

Mme Moreau Battaglia : Tout à fait.

La sénatrice Eaton : Y a-t-il des pays desquels nous pourrions tirer des leçons?

Mme Moreau Battaglia : D'après ce que j'ai compris, l'Australie dispose d'un excellent modèle, qui est présenté comme le pays duquel s'inspirer — « j'aimerais que notre pays soit comme l'Australie ». Je n'ai pas tous les détails pratiques de son modèle.

La sénatrice Eaton : Nous pouvons faire des recherches à ce sujet maintenant que vous nous en avez parlé.

Mme Moreau Battaglia : Oui, je regarderais le modèle en Australie. Pour autant que je sache, c'est le meilleur, selon les gens.

La sénatrice M. Deacon : Nous apprécions tous que vous abordiez ces vrais problèmes cet après-midi — la fragmentation, la connaissance, les points d'accès, les lacunes dans les sources. C'est le service intermédiaire que vous avez évoqué qui me garde éveillée la nuit. C'est le super gros défi en raison de beaucoup d'autres éléments et de petites choses.

En Ontario, en 2012, dans notre système d'éducation dirigé par une ministre, l'élaboration d'un cadre et d'une stratégie en matière de santé mentale était obligatoire. Les fonds devaient être transférés. Vous deviez trouver des moyens de faire en sorte que chaque élève, enseignant et parent soit sensibilisé à des indicateurs, à des révélations, à tous ces éléments qui ont contribué au volet de l'enseignement.

Nous traversons le pont à cette extrémité, mais nous souffrons toujours de la stigmatisation de ce côté-ci. Maintenant, nous avons la sensibilisation, la compréhension voulues et suffisamment de renseignements — ce ne sont pas des médecins — pour être cette première personne de confiance.

Nous travaillons sur ce problème de stigmatisation, qui est toujours paralysant au-delà de l'âge de 10 ans. Je me demande si cela vous dérangerait d'aborder cet aspect en fonction de votre point de vue, ce qui est incroyable compte tenu du travail que vous effectuez.

Mme Moreau Battaglia : Merci.

I don't know who put together the "See Something, Say Something" campaign on harassment, but I was giving that some thought. I have thought a lot about the opportunity to speak in front of you today. Bell "Let's Talk" has done marvellous things in terms of awareness and finding high-profile individuals across the country to whom people can relate. I had to pause and say to myself, "Why can't we do that? Why can't we do 'See Something, Say Something' when it comes to watching individuals struggle?"

For teens, there is the pack, that group they travel with. It's like a wolf pack. There is a piece around that where we need to somehow ingrain the idea of "I'm okay if you don't like me as long as you're still alive." What so often happens is that when parents go back and have an opportunity to talk with peers, peers have knowledge that parents and caregivers don't.

We have done a good job with anti-bullying campaigns. Although we know it is still an issue, there is awareness. People are talking about it.

Senator M. Deacon: There are lessons to be learned.

We hear about funding every day, at every table, everywhere. I know that is significant, and it is a heartbreaker. But if we are not looking at funding, we also know there are improvements we can make that aren't based on money.

Could you comment on that? "We don't need a lot of funding to do the following, but it is something we should be considering."

Ms. Moreau Battaglia: Yes. I would go back to a couple of things. We don't need a lot of funding, I don't think, to go to medical schools and encourage — potentially demand — that they have a more comprehensive base in terms of academic study from a psychological perspective, outside of the few hours that they get. I honestly think that having physicians do rotations outside hospital environments is an interesting concept. Put them into community-based mental health clinics. By the time someone is hospitalized, most people, trained or not, could recognize that there is a severe mental health issue. The problem is that we are not able to identify it early enough. Part of that would be because they are not always trained in what to look for. A thing like male depression does not manifest in the same way female depression does, so you will not see some of those classic symptoms.

Je ne sais pas qui a organisé la campagne contre le harcèlement — « See Something, Say Something » —, mais je pensais à cela. J'ai beaucoup réfléchi à la possibilité de prendre la parole devant vous aujourd'hui. La campagne « Cause pour la cause » de Bell a fait des merveilles en matière de sensibilisation et pour trouver des personnalités dans tout le pays auxquelles les gens peuvent s'identifier. J'ai dû faire une pause et me dire : « Pourquoi ne pouvons-nous pas faire cela? Pourquoi ne pouvons-nous pas entreprendre une campagne "See Something, Say Something" lorsqu'on regarde des gens qui se démènent? »

Pour les adolescents, il y a la meute, le groupe dans lequel ils évoluent. C'est comme une meute de loups. Il y a là un aspect où nous devons, tant bien que mal, enraciner l'idée selon laquelle « je n'ai pas de problème avec le fait que tu ne m'aimes pas, pourvu que tu sois toujours vivant ». Comme c'est souvent le cas, lorsque les parents reviennent et ont la possibilité de parler avec des pairs, ceux-ci ont des connaissances que les parents et les fournisseurs de soins n'ont pas.

Nous avons fait du bon travail contre l'intimidation. Nous savons que c'est toujours un problème, mais il y a une prise de conscience. Les gens en parlent.

La sénatrice M. Deacon : Il y a des leçons à tirer.

Nous entendons parler de financement tous les jours, à toutes les tables, partout. Je sais que c'est important, et c'est déchirant. Cependant, si nous faisons abstraction du financement, nous savons également que nous pouvons apporter des améliorations qui ne sont pas fondées sur l'argent.

Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez? « Nous n'avons pas besoin de beaucoup de financement pour faire ce qui suit, mais c'est quelque chose que nous devrions envisager. »

Mme Moreau Battaglia : Oui. Je reviendrais sur quelques points. Je ne pense pas que nous ayons besoin de beaucoup de fonds pour aller dans les écoles de médecine et les encourager à mettre en place une base plus complète d'études universitaires d'un point de vue psychologique, en dehors des quelques heures qu'obtiennent les étudiants — et éventuellement exiger qu'ils le fassent. Honnêtement, j'estime qu'inviter des médecins à effectuer des rotations en dehors des hôpitaux est un concept intéressant. Placez-les dans des cliniques communautaires de santé mentale. À partir du moment où une personne est hospitalisée, la plupart des gens, formés ou non, pourraient reconnaître qu'il existe un grave problème de santé mentale. Le problème, c'est que nous ne sommes pas en mesure de le reconnaître suffisamment tôt. Cela tient en partie au fait qu'ils ne sont pas toujours formés à reconnaître ce qu'il faut rechercher. Par exemple, la dépression chez les hommes ne se manifeste pas de la même manière que chez les femmes; vous ne verrez donc pas certains de ces symptômes classiques.

I don't know how much it would cost to have a central repository, a government website that has actual resource listings and, as we said, materials to put in the hands of laypeople. Those materials exist. The Kitchener-Waterloo suicide prevention organization or the county — I'm not quite sure, I apologize — has marvellous materials, but how does someone in Victoria, B.C., know that's out there?

Senator Omidvar: You are really an excellent and compelling witness. I am kind of stunned by some of the things you have told us about the high numbers and the increasing rates of suicide. I cannot think of anything more tragic than a parent faces outside the death of a child, and then the death of a child by suicide. I simply can't get my head around that.

I want to ask you if there are services for parents. I am sure there are and that they are fragmented and there are not enough. I'm curious whether you encourage the development of support groups of parents, and whether there is any spillover on the suicide ideation to siblings and family. I am concerned about whether it is a knock-on effect, and not in a positive way.

Ms. Moreau Battaglia: Yes, there are some programs for individuals who would identify as survivors of suicide loss. There is one from the Toronto Distress Centre. It is the largest program of its kind across the country. It offers a peer-to-peer support model. My experience is that bereaved parents will network if they are lucky — I am sorry to use the phrase that way — and can find a network. Some organizations exist. They are primarily for bereaved moms, and sometimes those are not specific to suicide loss.

Senator Omidvar: I know.

Ms. Moreau Battaglia: In one second I will tell you a story, if I may. But what we find is that suicide, the navigation of the path of grief post-suicide, and the attempt to integrate and come back into society is so different for bereaved parents — for any survivor of suicide loss, but for parents in particular. There are so many factors, but there is a stigma of “If you had been a better parent . . .”

I used to facilitate groups at a not-for-profit organization in Barrie, Ontario. There are only two in Canada. One is in Barrie and one is in Oakville. They offer long-term support for bereaved children and youth. At our Barrie location, we had a children's group and a teen group specific to survivors of suicide loss. The way we ended up with the teen group was that — and I don't mean to say it this way — I developed and then ran the only long-term teen survivor-of-suicide program in Canada. I did that because was I was working with a group of teens of mixed loss. One young woman in her pain, having lost her mother,

Je ne sais pas combien coûterait un répertoire central, un site web du gouvernement qui contient des listes de ressources et, comme nous l'avons dit, des documents à mettre à la disposition des profanes. Ces documents existent. L'organisation de prévention du suicide de Kitchener-Waterloo ou le comté — je ne suis pas sûre, veuillez m'excuser — a d'excellents documents, mais comment une personne à Victoria, en Colombie-Britannique, peut-elle savoir que ces ressources existent?

La sénatrice Omidvar : Vous êtes vraiment un témoin excellent et convaincant. Je suis plutôt sidérée par certaines choses que vous nous avez dites au sujet du nombre élevé et de la hausse des taux de suicide. Je ne peux penser à rien de plus tragique qu'un parent face à la mort d'un enfant, puis le suicide d'un enfant. Je ne peux tout simplement pas comprendre cela.

Je veux vous demander s'il existe des services pour les parents. Je suis sûre qu'il y en a, qu'ils sont fragmentés et qu'ils sont insuffisants. Je suis curieuse de savoir si vous encouragez la création de groupes de soutien composés de parents et si les idées suicidaires ont des effets secondaires sur des membres de la fratrie et la famille. Je m'inquiète de savoir s'il s'agit d'un effet d'entraînement, qui n'est pas positif.

Mme Moreau Battaglia : Oui, il existe certains programmes destinés aux personnes qui s'identifieraient comme endeuillées par suicide. Il y en a un qui provient du centre de crise de Toronto. C'est le programme le plus important du genre au pays. Il offre un modèle de soutien par les pairs. D'après mon expérience, les parents endeuillés se feront des relations, s'ils ont de la chance — je suis désolée d'utiliser cette expression — et peuvent trouver un réseau. Il existe des organisations qui sont principalement destinées aux mères endeuillées, et parfois, ces organisations ne se consacrent pas exclusivement à la perte par suicide.

La sénatrice Omidvar : Je sais.

Mme Moreau Battaglia : Dans une seconde, je vous raconterai une histoire, si vous le permettez. Ce que nous constatons, c'est que le suicide, le chagrin éprouvé après le suicide et la tentative d'intégration et de réintégration dans la société sont très différents pour les parents endeuillés — pour tout endeuillé par suicide, mais pour les parents en particulier. Il y a tellement de facteurs, mais il y a une stigmatisation : « Si vous aviez été un meilleur parent... »

J'animais des groupes dans un organisme sans but lucratif à Barrie, en Ontario. Il n'y en a que deux au Canada : un à Barrie, et l'autre à Oakville. Ils offrent un soutien à long terme aux enfants et aux jeunes endeuillés. À notre établissement de Barrie, nous avons un groupe d'enfants et un groupe d'adolescents à l'intention spécifiquement des endeuillés par suicide. Nous nous sommes retrouvés avec le groupe d'adolescents — et je ne veux pas le dire de cette manière — parce que j'ai élaboré puis administré le seul programme à long terme de survivants du suicide chez les adolescents au Canada. Je l'ai fait parce que je

looked at another participant and said, “Yeah, but my mom didn’t choose to die and your dad did.” The heartbreak that I felt and the silence in that room is when I realized that even at such a young age, they see a difference.

The bulk of my clients in private practice are parents who have lost a child to suicide, and children, even adult children, who have lost a sibling. One of the unfortunate things that happens is that when we don’t support those parents, they become incapable of parenting their surviving children. That’s where we have the multiplier effect or the spillover impact that you are talking about.

The other piece is that — tragedy upon tragedy — many of the young people with whom I work experience the trauma, then the vicarious trauma, and then the trauma they face because they found the deceased.

I have yet to meet a bereaved child, whether by suicide or by other circumstances, who doesn’t have some kind of developmental stall, whether it’s physical, psychological, academic or social. Those children and teens impacted by the suicide of a parent, sibling or someone within their social circle can often show dramatic impairment.

Senator Omidvar: Thank you.

Ms. Moreau Battaglia: You’re welcome.

Senator Dasko: Thank you for your very compelling presentation. I agree with what Senator Omidvar said about some of the examples you gave and the stories you told.

My question is basic and practical. Toward the end of your presentation, you offered a list of issues and a list of needs. Since we live in a world where we will never have funding for everything — even though, as a country, we are not doing all that well in this area — from the list you provided, what would you say would make the most difference in terms of funding? What area, need, service or issue do you think would give us the best return on the dollars that we have or that we would be able to provide, knowing that we can’t fund everything?

Ms. Moreau Battaglia: Can I facetiously ask what the budget is? What is the budget you will give me?

Senator Dasko: No, I don’t have a budget. I am just asking you to be a practical person, knowing that we don’t live in a perfect world of funding.

travaillais avec un groupe d’adolescents ayant vécu diverses pertes. Dans sa souffrance, une jeune femme ayant perdu sa mère a regardé un autre participant et a dit : « Oui, mais ma mère n’a pas choisi de mourir, mais ton père, oui. » L’immense chagrin que j’ai ressenti et le silence dans la pièce m’a fait prendre conscience du fait que, même à un si jeune âge, ils voient la différence.

La plupart de mes clients en pratique privée sont des parents dont l’enfant s’est suicidé, et des enfants, même des enfants adultes, qui ont perdu un membre de leur fratrie. Il arrive malheureusement parfois que, lorsque nous n’offrons pas de soutien à ces parents, ils deviennent incapables d’éduquer leurs enfants encore vivants. C’est là où nous avons l’effet multiplicateur ou l’effet de débordement dont vous parlez.

L’autre élément est que — tragédie après tragédie — bon nombre des jeunes avec qui je travaille vivent le traumatisme, le traumatisme indirect puis le traumatisme auquel ils sont confrontés parce qu’ils ont trouvé la personne décédée.

Je n’ai pas encore rencontré un enfant endeuillé, par suicide ou en raison d’autres circonstances, qui ne présente pas un retard de développement quelconque, que ce soit physique, psychologique, scolaire ou social. Ces enfants et ces adolescents touchés par le suicide d’un parent, d’un membre de la fratrie ou d’une personne de leur cercle social peuvent souvent présenter une déficience terrible.

La sénatrice Omidvar : Merci.

Mme Moreau Battaglia : Je vous en prie.

La sénatrice Dasko : Merci de votre exposé très convaincant. Je suis d’accord avec ce que la sénatrice Omidvar a dit au sujet de certains des exemples que vous avez donnés et des histoires que vous avez racontées.

Ma question est fondamentale et pratique. Vers la fin de votre exposé, vous avez présenté une liste de problèmes et de besoins. Comme nous vivons dans un monde où nous n’aurons jamais de fonds pour tout — même si, en tant que pays, nous ne réussissons pas très bien dans ce domaine —, d’après la liste que vous avez fournie, qu’est-ce qui influencerait le plus le cours des choses au chapitre du financement? Selon vous, quel domaine, besoin, service ou problème profiterait le plus des fonds dont nous disposons ou que nous pourrions fournir, sachant que nous ne pouvons pas tout financer?

Mme Moreau Battaglia : Puis-je demander, en plaisantant, à combien s’élève le budget? Quel est le budget que vous m’accorderiez?

La sénatrice Dasko : Non, je n’ai pas de budget. Je vous demande simplement d’être une personne pratique, sachant que nous ne vivons pas dans un monde parfait pour ce qui est du financement.

Ms. Moreau Battaglia: I understand.

Senator Dasko: What would make the biggest difference?

Ms. Moreau Battaglia: I think that would be the piece we were talking about earlier, namely, if you see something, say something to get the conversation started. We need to have individuals who are high profile within our communities and our countries who have experience to speak out about that. I will be diplomatic and won't reference a few of those who might come to mind within our government system, but those kinds of things can make a difference.

One of your honourable colleagues talked about education in the schools six years ago. That is the problem: It was six years ago. Teachers and students have moved on. Not everyone has been captured around how to identify and engage in that discussion.

There are two things I don't think would be difficult to build into our school curriculum. I think we could start by providing kids at a young age the opportunity to learn the language of emotion and that there is so much more than happy/sad.

There is a particular program called Skills for Safer Living, developed by Yvonne Bergmans, one of my colleagues. That program is geared to individuals who have had more than two suicide attempts. These are young adults all the way through the age span. One of the things she has to go back to is teaching them the language of feelings, because if you don't learn the language of feelings within your community or your household, you don't know how to express them. If you can't communicate what you are feeling, then that is an automatic barrier.

The second piece is to build stress management into curricula and core components of building resiliency and what resiliency is and looks like.

I am being cognizant of time for all of you who are probably getting hungry. We have to look after base needs.

Senator Dasko: Thank you.

The Chair: Thank you. You are being very relevant.

We have time for one last question.

Senator Marshall: I want to go back to the funding for your organization, which sounds like a small organization; I think you said you had one paid staff member. How does your organization approach funding? Are you happy with what you are getting? What is your source of funding and what would you like to see for your organization? I know we talked about the schools and

Mme Moreau Battaglia : Je comprends.

La sénatrice Dasko : Qu'est-ce qui modifierait le plus le cours des événements?

Mme Moreau Battaglia : Je pense que c'est ce dont nous parlions plus tôt : si vous voyez quelque chose, ne gardez pas le silence, de façon à lancer le débat. Nous avons besoin de personnes très en vue dans nos collectivités et nos pays qui possèdent l'expérience requise pour en parler. Je serai diplomate et m'abstiendrai de citer quelques-unes de ces personnes auxquelles je pense au sein de notre système gouvernemental, mais ce genre de chose peut avoir des effets réels.

Un de vos honorables collègues a parlé d'éducation dans les écoles il y a six ans. Voilà le problème : c'était il y a six ans. Les enseignants et les étudiants sont passés à autre chose. Tout le monde n'a pas compris comment reconnaître les indicateurs et participer à cette discussion.

Je pense à deux choses qui ne seraient pas difficiles à intégrer dans notre programme scolaire. Je pense que nous pourrions commencer par donner aux enfants, dès leur plus jeune âge, la possibilité d'apprendre le langage des émotions et de découvrir qu'il y a bien plus que la joie ou la tristesse.

Il existe un programme particulier appelé Skills for Safer Living, mis au point par Yvonne Bergmans, une de mes collègues. Le programme s'adresse à des personnes qui ont fait plus de deux tentatives de suicide. Ce sont de jeunes adultes tout au long de leur vie. Une des choses sur lesquelles elle doit revenir est de leur apprendre le langage des sentiments, car si vous ne l'apprenez pas dans votre collectivité ou à la maison, vous ne savez pas comment les exprimer. Si vous ne pouvez pas communiquer ce que vous ressentez, alors c'est un obstacle systématique.

Le deuxième élément consiste à intégrer la gestion du stress dans les programmes d'études et les éléments essentiels du renforcement de la résilience et à expliquer ce qu'est la résilience et à quoi elle ressemble.

Je suis consciente du temps, car vous tous avez probablement faim. Nous devons nous occuper des besoins de base.

La sénatrice Dasko : Merci.

La présidente : Merci. Vos propos sont très pertinents.

Nous avons le temps pour une dernière question.

La sénatrice Marshall : J'aimerais revenir sur le financement de votre organisation, qui ressemble à une petite organisation. Je pense que vous avez dit que vous aviez un membre du personnel rémunéré. De quelle façon votre organisation aborde-t-elle le financement? Êtes-vous satisfaite de ce que vous obtenez? Quelle est votre source de financement et qu'aimeriez-vous voir

funding for bereaved parents, but for your organization, just bring it down to that level.

Ms. Moreau Battaglia: We operate literally on a wing and a prayer. We have a half-time executive director, an eight-hour-a-week administrator, and then a person who does web-based support for us.

A chunk of our funding comes from our national conference, which is going to be next week in Newfoundland. We are seeing more and more donations where individuals are talking about how a child, spouse or father died; we are getting memorial donations that way. And on World Suicide Prevention Day, there is a music festival that runs across the country. Our money comes from small donations, grassroots organizations and individual fundraising campaigns.

I am sure that CASP would like to be the central repository as a connector piece for those documents and resources we were talking about. What do we need? We need a full-time executive director. We need a couple of people who can actually address the concerns that get called in and help to smooth our process along. We wouldn't ask for the world, but we would certainly like some money to create this ability for communities to come together, because that is by far the biggest message that we get.

Senator Marshall: Is your organization a registered charity?

Ms. Moreau Battaglia: Yes.

Senator Marshall: That would be a help.

Ms. Moreau Battaglia: We are a not-for-profit, yes.

Senator Marshall: This is really a health issue, in my opinion.

Ms. Moreau Battaglia: Yes.

Senator Marshall: Services are so fragmented, and a lot of organizations like yours are operating on a wing and a prayer, that governments have to come to the realization that this is a big problem and has to be resourced.

You are meeting in Newfoundland, you said, this month.

Ms. Moreau Battaglia: Yes.

pour votre organisation? Je sais que nous avons parlé des écoles et du financement en ce qui concerne les parents endeuillés, mais pour votre organisation, dites-nous simplement ce qu'il en est à ce chapitre.

Mme Moreau Battaglia : C'est littéralement un miracle que nous puissions exercer nos activités. Nous avons une directrice générale à mi-temps, un administrateur huit heures par semaine puis une personne qui nous fournit un soutien web.

Une partie de notre financement provient de notre conférence nationale, qui se tiendra la semaine prochaine à Terre-Neuve. Nous voyons de plus en plus de dons de personnes qui parlent de la mort d'un enfant, d'un conjoint ou d'un père; nous recevons des dons commémoratifs de cette façon. Lors de la Journée mondiale de la prévention du suicide, un festival de musique est organisé dans tout le pays. Notre argent provient de petits dons, d'organisations locales et de campagnes de financement individuelles.

Je suis sûre que l'ACPS aimerait jouer le rôle de répertoire central et servir d'élément de transition pour ces documents et ressources dont nous parlions. De quoi avons-nous besoin? Nous avons besoin d'un directeur général à temps plein. Nous avons besoin de quelques personnes capables de répondre aux préoccupations soulevées et de faciliter notre processus. Nous ne demanderions pas la lune, mais nous apprécierions certainement de recevoir de l'argent afin de donner aux collectivités cette possibilité de se réunir, car c'est de loin le message le plus important que nous recevons.

La sénatrice Marshall : Votre organisation est-elle un organisme de bienfaisance enregistré?

Mme Moreau Battaglia : Oui.

La sénatrice Marshall : Ce serait utile.

Mme Moreau Battaglia : Oui, nous sommes un organisme sans but lucratif.

La sénatrice Marshall : À mon avis, il s'agit vraiment d'un problème de santé.

Mme Moreau Battaglia : Oui.

La sénatrice Marshall : Les services sont très fragmentés, et beaucoup d'organisations comme la vôtre fonctionnent avec presque rien, mais les gouvernements doivent se rendre compte que c'est là un gros problème et qu'il faut affecter des ressources.

Vous vous réunissez à Terre-Neuve, avez-vous dit, ce mois-ci.

Mme Moreau Battaglia : Oui.

Senator Marshall: Will that be something you would be discussing? It seems that everyone is trying to do a little bit on a wing and a prayer. Is there a master person trying to bring it all together and have an integrated approach to this problem?

Ms. Moreau Battaglia: I think there are a number of different organizations. The unfortunate reality is that there is some kind of jockeying for dollars and positions. CASP is trying to get there. It's slow. With a variety of stakeholders, we are now starting to understand what it is they really need and want. Certainly, it is our intention to get there. Can we get there fast enough? What is fast enough?

Senator Marshall: That is right. Maybe we are past that point already. Thank you very much.

Ms. Moreau Battaglia: Thank you.

The Chair: Thank you so very much, Ms. Moreau Battaglia. I know that we do have to let you go, but we have truly' have appreciated not only the time that you took but the relevance of everything that you brought to this committee.

[*Translation*]

I want to thank my colleagues. This concludes our meeting.

(The committee adjourned.)

La sénatrice Marshall : Voulez-vous en discuter? Il semble que tout le monde essaie de faire des miracles. Y a-t-il une personne responsable qui essaie de tout rassembler et d'avoir une approche intégrée face à ce problème?

Mme Moreau Battaglia : Je pense qu'il y a plusieurs organisations. La triste réalité, c'est que certains manœuvrent pour obtenir des fonds et être bien placés. L'ACPS tente d'y arriver. Cela se passe lentement. Avec divers intervenants, nous commençons maintenant à comprendre ce dont ils ont réellement besoin et ce qu'ils veulent. Certes, notre intention est d'y arriver. Peut-on y arriver assez vite? Qu'est-ce qui est assez rapide?

La sénatrice Marshall : C'est juste. Peut-être avons-nous déjà dépassé ce stade. Je vous remercie beaucoup.

Mme Moreau Battaglia : Merci.

La présidente : Merci beaucoup, madame Moreau Battaglia. Je sais que nous devons vous laisser partir, mais nous avons vraiment apprécié non seulement le temps que vous avez pris, mais la pertinence de votre exposé au comité.

[*Français*]

Merci, chers collègues. C'est ainsi que se termine notre réunion.

(La séance est levée.)

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, October 25, 2018

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:34 a.m. to examine and report on issues relating to social affairs, science and technology generally; and in camera, for the consideration of a draft agenda (future business).

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*English*]

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

[*Translation*]

I am Senator Chantal Petitclerc from Quebec, and it is a pleasure to be chairing today's meeting.

[*English*]

Before I give the floor to our witnesses, I would like my colleagues to introduce themselves.

Senator Seidman: Judith Seidman. I'm the deputy chair of the committee, and I'm from Montreal, Quebec.

Senator Eaton: Nicky Eaton, Ontario. Welcome.

Senator Ravalia: Mohamed Ravalia, Newfoundland and Labrador. Welcome.

Senator Dasko: I'm Donna Dasko, senator from Toronto, Ontario.

[*Translation*]

The Chair: Today we are continuing our study on child and youth mental health.

We are pleased to have with us today Dr. Francine Lemire, Executive Director and Chief Executive Officer of the College of Family Physicians of Canada. We also have Dr. Daphne Korczak, who represents the Canadian Paediatric Society, joining us by video conference from Toronto.

[*English*]

Welcome to both of you. Thank you for making the time, and thank you for your contribution to this study.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 25 octobre 2018

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 34, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les questions concernant les affaires sociales, la science et la technologie en général, et à huis clos, pour considérer une ébauche d'ordre du jour (travaux à venir).

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour à tous et bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Français*]

Je suis la sénatrice Chantal Petitclerc, du Québec, et j'ai le plaisir de présider la réunion d'aujourd'hui.

[*Traduction*]

Avant de céder la parole aux témoins, je demanderais à mes collègues de se présenter.

La sénatrice Seidman : Judith Seidman, vice-présidente du comité. Je viens de Montréal, au Québec.

La sénatrice Eaton : Nicky Eaton, de l'Ontario. Je vous souhaite la bienvenue.

Le sénateur Ravalia : Mohamed Ravalia, de Terre-Neuve-et-Labrador. Bienvenue.

La sénatrice Dasko : Je m'appelle Donna Dasko, sénatrice de Toronto, en Ontario.

[*Français*]

La présidente : Aujourd'hui, nous continuons notre étude sur les jeunes et la santé mentale.

Nous avons le plaisir de recevoir la Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction du Collège des médecins de famille du Canada. Nous recevons aussi de Toronto, par vidéoconférence, la Dre Daphne Korczak, qui représente la Société canadienne de pédiatrie.

[*Traduction*]

Bienvenue à vous deux. Je vous remercie de prendre le temps de contribuer à notre étude.

I will ask that Dr. Korczak begin with her opening remarks. Please keep in mind that we ask you to keep your opening remarks to seven minutes. Please proceed.

Dr. Daphne Korczak, Chair, Mental Health Strategic Task Force, Canadian Paediatric Society: Thank you, and good morning. I'm proud to speak here today representing the Canadian Paediatric Society in my capacity as Chair of the Mental Health Strategic Task Force. I'm a paediatrician, a child and adolescent psychiatrist, and Director of the CLIMB Depression Program at SickKids.

As Canada's national association of paediatricians and paediatric health experts, the Canadian Paediatric Society, or CPS, represents more than 3,300 child and youth health specialists from coast to coast to coast. We have built our reputation by providing evidence-based, thoughtful guidance to clinicians, policymakers and parents to advance the health of children and youth.

Members of the CPS are at the front line of paediatric health care across the country. We are a part of children's lives, monitoring their growth and development, and getting to know their families. Our cumulative experiences and insights are extremely valuable in the advancement of mental health care and services for Canada's children and youth. Indeed, improving the mental health of children is one of the five main priorities of the CPS 2017-22 strategic framework.

My remarks today will focus on the disparity between the way we see and treat physical and mental health conditions. I would like to leave you with four concrete recommendations that I hope you will take forward to help strengthen child and youth mental health and mental health care services across Canada.

In our society, we treat childhood mental illnesses and medical illnesses differently — very differently. Depression, for example, is a mental illness that often begins in adolescence and can cause a great deal of suffering and impairment for children and families. Children and adolescents with depression withdraw from friends and family, and from school and activities. They have difficulty concentrating and trouble sleeping, and they are filled with negative thoughts about themselves. Depressed youth may feel that their lives are worthless. They may become hopeless and experience thoughts about death or ending their lives at a very young age.

As you are aware, suicide is the second leading cause of death among Canadian children and adolescents. In fact, more adolescents in Canada take their own lives than the top 10 medical causes of death put together in this age group.

Je demanderais à la Dre Korczak de présenter sa déclaration liminaire. N'oubliez pas que vous avez sept minutes. Allez-y.

Dre Daphne Korczak, présidente, Groupe de travail stratégique sur la santé mentale, Société canadienne de pédiatrie : Je vous remercie. Bonjour. Je suis fière de représenter ici aujourd'hui la Société canadienne de pédiatrie à titre de présidente du groupe de travail stratégique sur la santé mentale. Je suis pédiatre, psychiatre de l'enfance et de l'adolescence et directrice du programme sur la dépression CLIMB à l'hôpital SickKids.

La Société canadienne de pédiatrie est une association nationale représentant plus de 3 300 pédiatres et experts en santé pédiatrique de l'enfance et de l'adolescence d'un bout à l'autre du pays. Nous avons forgé notre réputation en fournissant aux cliniciens, aux décideurs et aux parents des orientations fondées sur la science et réfléchies dans l'intérêt de la santé, des enfants et des jeunes.

Nos membres travaillent en première ligne des soins de santé pédiatrique partout au pays. Nous faisons partie de la vie des enfants en suivant leur croissance et leur développement et en apprenant à connaître leur famille. Nos expériences et nos connaissances cumulées sont extrêmement précieuses dans l'amélioration des soins et des services de santé mentale que reçoivent les enfants et les jeunes Canadiens. Une meilleure santé mentale chez les enfants constitue d'ailleurs une des cinq grandes priorités de notre cadre stratégique de 2017 à 2022.

Ma déclaration d'aujourd'hui portera principalement sur la disparité entre la façon dont nous percevons et traitons les conditions physiques et les conditions de santé mentale. J'aimerais vous soumettre quatre recommandations concrètes qui, je l'espère, nous aideront à renforcer la santé mentale et les services en santé mentale destinés aux jeunes et aux enfants à la grandeur du Canada.

Notre société traite très différemment les maladies mentales et les maladies physiques chez les jeunes. Par exemple, la dépression est une maladie mentale qui commence souvent à l'adolescence et qui cause beaucoup de souffrances aux enfants et aux familles, qui s'en trouvent désorientés. Les enfants et les adolescents atteints de dépression évitent les amis et la famille, ainsi que l'école et les activités en général. Ils ont du mal à se concentrer et à dormir et sont submergés de pensées négatives sur eux-mêmes. Ils peuvent sentir que leur vie n'a aucune valeur, deviennent désespérés et pensent à la mort ou à mettre fin à leurs jours à un très jeune âge.

Comme vous le savez, le suicide est la deuxième cause de mortalité en importance chez les enfants et les adolescents canadiens. En fait, la mortalité par suicide chez les adolescents au Canada est plus élevée que les 10 principales causes

The majority of young people who die by suicide have an underlying mental illness, most commonly depression.

Unfortunately, chronic, serious or even life-threatening physical illnesses are also not uncommon in childhood. These include asthma, diabetes and cancer. But in contrast to these physical illnesses, young people with mental illness, including depression, are more reluctant to seek help for their struggles. They find it difficult. They can find it even embarrassing to discuss their symptoms. Some adolescents and families will choose to delay treatment or even refuse treatment. Many wonder if accepting professional help or taking medication might be a sign of weakness or an indication that they are flawed as individuals or as parents.

I don't recall children or families with asthma, diabetes or cancer expressing the same degree of self-doubt, shame or treatment hesitation that I have seen when working with children and youth with depression. These are important barriers to care, and we have a responsibility to do better. I would therefore like to put forward the following recommendations using the framework of prevention, early detection, intervention and treatment.

With respect to prevention, we must address bullying, including cyberbullying, abuse, neglect and the academic frustration that comes from undetected or unsupported learning disorders. These stressors are frequently the precipitants for mental health disorders and suicide attempts.

With respect to early detection, we must address the stigma associated with mental health problems that prevent children and families from coming forward for help and from accepting help early.

For these reasons, my first recommendation is to invest in public education and publicly funded resources to support and address and respond to bullying, improve academic support, address physical, sexual or emotional abuse, increase awareness and decrease the stigma of having a mental health disorder for children, youth and families.

My remaining recommendations focus on treatment. As with most health problems, early intervention is associated with better outcomes. The longer a child with mental health problems goes without treatment, the more likely it is that the symptoms and impairment at home, school and with peers will become entrenched and more difficult to treat.

As you have heard, children and youth with mental health conditions frequently have difficulty accessing services. Services are fragmented and often not publicly funded. While it is true

médicales de mortalité réunies dans ce groupe d'âge. La majorité des jeunes qui meurent par suicide souffrent d'une maladie mentale, qui est la dépression dans la plupart des cas.

Malheureusement, les maladies physiques chroniques, graves ou même mortelles ne sont pas rares chez les jeunes, comme l'asthme, le diabète et le cancer. Par opposition aux maladies physiques, les jeunes atteints d'une maladie mentale, notamment la dépression, sont plus réticents à demander de l'aide. Ils trouvent difficile, voire embarrassant, de discuter de leurs symptômes. Dans certains cas, les adolescents et les familles choisiront de retarder le traitement ou même de le refuser. Nombreux sont ceux qui se demandent si le fait de recevoir de l'aide professionnelle ou de prendre une médication est un signe de faiblesse ou indique qu'ils sont déficients comme jeunes ou comme parents.

Je ne me rappelle pas avoir entendu des enfants ou des familles exprimer le même niveau de doute ou de honte ou hésiter autant à recevoir un traitement contre l'asthme, le diabète ou le cancer par rapport à un traitement contre la dépression. Il s'agit d'obstacles importants en matière de soins, et nous avons la responsabilité de faire mieux. C'est pourquoi je vous soumetts les recommandations suivantes qui s'inscrivent dans un cadre de prévention, de détection précoce, d'intervention et de traitement.

Concernant la prévention, nous devons mettre fin à l'intimidation, à la cyberintimidation, aux agressions, à la négligence ainsi qu'à la frustration que développent les jeunes sur les bancs d'école en raison de troubles d'apprentissage non détectés ou non soutenus. Ces stressors vont fréquemment déclencher des troubles de santé mentale ou mener à des tentatives de suicide.

Concernant la détection précoce, nous devons éradiquer les préjugés sur les problèmes de santé mentale qui empêchent les enfants et les familles de demander de l'aide et de l'accepter dès les débuts de la condition.

Ces raisons m'amènent à vous présenter ma première recommandation qui consiste à sensibiliser la population et à investir dans des ressources publiques qui visent à soutenir les enfants, les jeunes et les familles aux prises avec des problèmes de santé mentale, notamment sur le plan académique, et à éradiquer l'intimidation, les agressions physiques, sexuelles ou émotionnelles de même que les préjugés.

Mes dernières recommandations concernent le traitement. Comme pour la plupart des problèmes de santé, la détection précoce mène à de meilleurs résultats. Plus on attend avant de traiter les problèmes de santé mentale d'un enfant, plus ses symptômes et son handicap à la maison, à l'école et avec ses pairs risqueront de s'enraciner et d'être difficiles à traiter.

Comme vous l'avez entendu, de nombreux enfants et jeunes ayant des conditions de santé mentale ont du mal à accéder aux services. Ces derniers sont fragmentés et, souvent, ne profitent

that many children cannot access the treatment they need, it is also true that sometimes some children receive the wrong treatment, treatment that is not evidence-based or not effective in improving their distress.

Thus, my second recommendation is to expand access to evidence-based, publicly funded treatment for child and youth mental illness, including psychological treatments, school-based mental health and developmental services.

My third and linked recommendation is to ensure that children's mental health services have the clinical coordination and the clinical oversight necessary to deliver the right treatment to the right child at the right time and in the right setting. This requires stepped-care approaches and monitoring of child mental health outcomes. It requires multidisciplinary teams that work together to integrate care based on research knowledge and evidence.

My fourth and final recommendation is to improve existing mechanisms for service coverage and delivery, particularly in remote, rural areas and for adolescents who are most at risk, including First Nations, Inuit and Metis individuals, those in the child welfare system, among others.

Real progress on improving mental health for children and youth in Canada must be inclusive, accessible and reflective of the diversity of Canada's people and communities. Priority should also be given to closing the gap between Indigenous and non-Indigenous communities, as called for in the TRC.

Thank you for the opportunity to appear in front of this committee today and for your dedication to this important study on child and youth mental health. I look forward to answering any additional questions you might have.

Dr. Francine Lemire, Executive Director and Chief Executive Officer, College of Family Physicians of Canada: Thank you. I have not rehearsed. As you can tell, I need to save my voice, and I hope I meet the time requirement.

As you have mentioned, I am the Executive Director and CEO of the College of Family Physicians of Canada. I practised for close to 25 years in Corner Brook, which is a small town of 20,000 on the west coast of Newfoundland.

In my capacity as CEO of the college, the college represents 38,000 members, and we are the professional organization

pas d'un financement public. Il est vrai que bien des enfants ne peuvent pas accéder aux traitements dont ils ont besoin, mais il arrive aussi que des enfants ne reçoivent pas le bon traitement, qu'il ne soit pas fondé sur la science ou qu'il ne soit pas efficace pour alléger leur détresse.

Ma deuxième recommandation vise donc à élargir l'accès au traitement fondé sur la science et financé à l'aide des fonds publics pour les enfants et les jeunes atteints de maladies mentales, y compris des traitements psychologiques et des services de santé mentale et de développement à l'école.

Troisièmement, je recommande dans la même veine que les services de santé mentale chez les enfants soient coordonnés et supervisés sur le plan clinique pour donner le bon traitement au bon enfant, en temps opportun et dans un contexte approprié. Pour ce faire, nous devons utiliser des approches graduelles et surveiller le bilan de santé mentale de l'enfant, grâce à des équipes multidisciplinaires qui collaborent pour offrir des soins intégrés fondés sur les connaissances et les preuves scientifiques.

Ma quatrième et dernière recommandation consiste à améliorer les mécanismes de couverture et de prestations des services, en particulier dans les régions éloignées et rurales pour les adolescents les plus à risque qui vivent dans des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et qui sont suivis par le système de protection de la jeunesse.

Les progrès réels en matière de santé mentale des enfants et des jeunes Canadiens seront inclusifs et accessibles et refléteront la diversité de la population et des communautés. Il faut avant tout combler l'écart entre les communautés autochtones et non autochtones, comme l'a demandé la Commission de vérité et réconciliation.

Je vous remercie de m'avoir permis de témoigner devant le comité aujourd'hui et de votre engagement dans cette étude importante sur la santé mentale des enfants et des jeunes. C'est avec plaisir que je répondrai aux questions que vous pourriez poser.

Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada : Je vous remercie. Je n'ai pas répété mon discours. Comme vous pouvez l'entendre, je dois épargner ma voix. J'espère que je respecterai les temps impartis.

Comme vous l'avez mentionné, je suis directrice générale et chef de la direction du Collège des médecins de famille du Canada. J'ai pratiqué la médecine pendant près de 25 ans à Corner Brook, une petite ville de 20 000 habitants sur la côte Ouest de Terre-Neuve.

À titre de directrice générale et chef de la direction du collège, je représente 38 000 membres. Notre ordre professionnel est

responsible for establishing the standards for training, certification and maintenance of certification of family physicians.

A 2016 analysis by UNICEF ranks Canada 27 out of 29 countries on child health and wellness, despite the fact that we're doing better on housing and environment, in which we are 11, and material well-being, in which we are 15.

Data from the Canadian Institute of Health Information reveals a disturbing trend that has seen emergency visits for youth for mental health assessment and services increase by 63 per cent over the past 10 years. In Ontario, 12,000 children and youth are currently waiting for access to mental health services, with wait times of up to 18 months. I think we can agree that this is not right and that, together, we ought to do better.

Family doctors care for 60 to 70 per cent of children in Canada and are frequently the first health care professionals approached with questions or concerns. Most commonly, children present with behavioural and learning issues, attention deficit disorder, depression, anxiety, poor eating habits, grief, gender and sexual identity questions, early sexual activity, conflict with parents and recurring illnesses. While family doctors are equipped to manage some of these issues, often other health care providers are required, either through community-oriented resources or, in acute and complex cases, resorting to psychiatrists and child psychiatrists.

Standardized assessment tools play a key role in facilitating identification of issues and enabling physicians to diagnose and manage them. All family doctors receive training in mental health care and are expected to maintain their competence through continuing professional development and experiential learning. It is fair to say that having enough firsthand exposure to child and youth mental health care during core residency training is not always possible. This said, an important dimension of family medicine and family practice is community adaptiveness. This includes pulling in the help of other providers in our community.

We know that upstream determinants, such as a positive social environment, absence of adverse childhood experiences, healthy eating and exercise, may contribute significantly to the development of good mental health or absence of mental health issues in these crucial early stages of life. When it's available, a family physician's involvement in longitudinal ongoing care of a child allows for an opportunity to provide preventative care, education and support that addresses these factors. However, it

responsable d'établir les normes de formation, d'accréditation et de maintien de l'accréditation des médecins de famille.

Une analyse de l'Unicef réalisée en 2016 classe le Canada 27^e sur 29 pays au chapitre de la santé et du bien-être des enfants, malgré le fait que nous fassions meilleure figure en matière de logement et d'environnement, et de bien-être matériel, où nous nous classons aux 11^e et 15^e rangs, respectivement.

Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé révèlent une tendance troublante : les visites à l'urgence des jeunes pour recevoir une évaluation et des services de santé mentale ont augmenté de 63 p. 100 depuis 10 ans. En Ontario, 12 000 enfants et jeunes attendent actuellement d'accéder à des services de santé mentale. Les délais d'attente s'élèvent dans certains cas à 18 mois. Je pense que nous pouvons tous convenir que ce n'est pas acceptable et qu'ensemble, nous devons faire mieux.

Les médecins de famille prennent soin de 60 à 70 p. 100 des enfants au Canada et sont souvent les premiers professionnels de la santé appelés à répondre aux questions ou aux préoccupations. Dans les cas les plus courants, les enfants présentent des troubles de comportement, d'apprentissage et de déficit d'attention, souffrent de dépression ou d'anxiété, ont de mauvaises habitudes alimentaires, sont endeuillés et posent des questions sur l'identité de genre et sexuelle, les premières relations sexuelles, les conflits avec les parents et les maladies récurrentes. Bien que les médecins de famille soient en mesure de gérer certains de ces enjeux, ils ont souvent besoin de l'aide d'autres fournisseurs de soins de santé, de ressources communautaires ou, dans les cas les plus aigus et complexes, de psychiatres et de pédoopsychiatres.

Les outils d'évaluation normalisés jouent un rôle clé pour cerner les enjeux et permettre aux médecins de poser un diagnostic et d'offrir des solutions. Tous les médecins de famille reçoivent de la formation en soins de santé mentale et doivent maintenir leurs compétences à l'aide du perfectionnement professionnel continu et de l'apprentissage par l'expérience. Il est juste de dire que les médecins n'ont pas toujours la possibilité de bénéficier d'une exposition directe suffisante aux soins de santé mentale des enfants et des jeunes durant leur formation fondamentale en résidence. Cela dit, une dimension importante de la médecine et de la pratique familiales est l'adaptation à la communauté. Les médecins apprennent donc à demander l'aide d'autres fournisseurs.

Nous savons que les déterminants en amont, comme un environnement social positif, l'absence d'expériences négatives durant l'enfance, de saines habitudes alimentaires et de l'exercice peuvent contribuer considérablement au développement d'une bonne santé mentale ou prévenir des problèmes de santé mentale dans les premières années de la vie qui sont si importantes. Lorsqu'un enfant a accès à un médecin de famille et qu'il obtient des soins continus dans le temps, cela

will be difficult to establish this kind of relation-based care if, in fact, children seek their care through episodic care and seeing different providers, as sometimes we see in walk-in clinics. They have a role to play, but we want to foster that ongoing relationship.

Despite the capacity of our colleagues in other specialties to treat mental health issues for patients of all ages, wait times for such specialties can stretch to over a year, which is too long at any age. Similarly, the availability of community-based mental health support may vary greatly. The fact that psychological and counselling services are not always covered under provincial plans may limit access. In this regard, there is a good alignment between that of my previous colleague and myself. At least we're not divergent in those opinions.

Issues of awareness and stigma must also be considered as well. Stigma can make it less likely for individuals in need of assistance to seek help, and a lack of awareness of supports can prevent outreach that would result in significant benefits.

We will also make some recommendations. First, increase access to psychology and counselling services. These services allow for crucial support close to home, without escalation to a high-stress hospital environment. We need to broaden the availability of these services in an equitable manner, to increase coverage in provincial plans and to have better communication between community resources and primary care practices. The federal government has made some strides in this direction by announcing additional mental health funding as part of a series of bilateral agreements with provinces. This is helpful, and we need to continue in this direction.

Second, invest in education and high-quality screening tools. The federal government can make this a priority in education and funding. It will be important to include research funding for education of family doctors, the development of standardized, validating instruments for screening, case funding and diagnosis of children with mental health issues, and the use of electronic methods for distance learning and care. For example, the Centre for Effective Practice released a screening tool for anxiety and depression in youth last year. Facilitating the creation of such tools would help equip our members to better tackle these issues with their patients, and we will be pleased to help to disseminate these tools.

permet d'offrir des soins de prévention, de l'éducation et un appui en matière de santé mentale. Toutefois, ce type de relations fondées sur les soins sera difficile à établir si, en fait, on cherche à soigner les enfants de façon épisodique de sorte qu'ils rencontrent différents fournisseurs de soins de santé, comme on le voit parfois dans des cliniques sans rendez-vous. Ces cliniques ont un rôle à jouer, mais nous voulons promouvoir une relation continue avec un médecin de famille.

En dépit du fait que nos collègues spécialisés dans d'autres domaines peuvent traiter des problèmes de santé mentale pour des patients de tous âges, les temps d'attente pour rencontrer de tels spécialistes peuvent s'échelonner sur plus d'un an, ce qui est trop long peu importe l'âge du patient. De même, la disponibilité de soutien communautaire en santé mentale peut varier énormément. Le fait que les régimes d'assurance provinciaux ne couvrent pas toujours les services de psychologue et de conseiller peut aussi contribuer à limiter l'accès. À cet égard, mon collègue et moi nous nous entendons. Du moins, nous sommes sur la même longueur d'onde à cet égard.

Il faut également tenir compte des problèmes de méconnaissance des soins et de la stigmatisation. Cette dernière peut faire en sorte qu'un particulier dans le besoin soit moins susceptible de chercher à obtenir de l'aide, et la méconnaissance des programmes offerts peut empêcher les patients d'obtenir de l'aide qui leur serait très profitable.

Nous allons également formuler des recommandations. D'abord, accroître l'accès aux services de counselling et de psychologues. Ces services permettent d'avoir de l'appui près du lieu de résidence sans devoir se rendre dans un milieu hospitalier très stressant. Il faut élargir la disponibilité de ces services de façon équitable, accroître la couverture des régimes provinciaux et améliorer les communications entre les ressources communautaires et les cliniques de soins primaires. Le gouvernement fédéral a fait des progrès dans ce sens en annonçant du financement supplémentaire pour la santé mentale dans le cadre d'une série d'accords bilatéraux avec les provinces. Cela est utile, et il faut continuer dans cette voie.

Ensuite, il faut investir dans l'éducation et les outils de dépistage de grande qualité. Le gouvernement fédéral peut en faire une priorité sur les plans de l'éducation et du financement. Il sera important d'inclure le financement en recherche pour l'éducation des médecins de famille, la mise au point d'instruments de validation normalisés pour le dépistage, le financement des cas et du diagnostic des enfants ayant des problèmes de santé mentale, il faudra aussi des fonds pour permettre le recours aux méthodes d'apprentissage électronique à distance ainsi que pour les soins. Par exemple, l'an dernier, le Centre for Effective Practice a diffusé un outil de dépistage de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes. En favorisant la création de tels outils, nous aiderions à préparer nos membres à mieux traiter ces problèmes chez le patient, et nous serons heureux de participer à la diffusion de ces outils.

Third, encourage inter-professional practice and remuneration methods that facilitate whole-person care. Looking after children and youth with complex problems, connecting with parents in appropriate ways and coordinating care does take time. Broadening the alternative remuneration methods, such as capitation or blended models of funding, would help encourage more in-depth care. High-functioning interprofessional teams would also lead to less fragmented and more accessible care. We know this is not the purview of the federal government, and yet your voice could help support the uptake of these remuneration models. Our organization has created and championed the Patient's Medical Home, a vision for the future of family practice provided by inter-professional teams, centred on the needs of patients, their families and communities.

Just this week, we released a guide on mental health, and copies are available for you. This guide contains suggestions applicable to patients of all ages. This work has been done in conjunction with the Mental Health Commission of Canada, and I invite you to review this as part of this exploration. There are several recommendations, and I particularly appreciate the ones that speak to simple strategies in the organization of one's practice to reduce stigma, such as: how to organize your reception area to provide some privacy for patients as they come in with mental health issues; having signs in your waiting room that speak to the fact that mental health is part of health and that patients should not feel afraid about discussing those issues with their health care providers; and texting patients to remind them of the date and time of their follow-up appointments for those who have difficulty keeping appointments. These are just some of the strategies that are discussed in that document.

Third, we recommend developing innovative solutions to increase consulting specialist access. The Canadian Foundation for Healthcare Improvement is piloting innovation, allowing rapid connections between primary care providers and consulting specialists in a variety of fields. One example of this is eConsult, which allows communication electronically between primary care providers and other specialists; and another example is RACE, which stands for rapid access to consultation expertise. Both of these models have been shown to enhance access by primary care providers to specialist care.

Early identification of all health issues, including mental health support and guidance throughout the patient's journey, is where our family doctors excel, providing compassionate, comprehensive medical care. We hope that with the government

Finally, it is important to encourage the methods and practices of remuneration interprofessionnelles qui facilitent la prestation de soins pour traiter le patient. Il faut du temps pour offrir des soins aux enfants et aux jeunes qui font face à de sérieux problèmes et pour tisser des liens avec leurs parents de façon appropriée ainsi que pour coordonner les soins. En généralisant le recours aux méthodes de rémunération de rechange, comme le paiement par patient ou les modèles mixtes de financement nous pourrions favoriser une prestation de soins plus en profondeur. Des équipes interprofessionnelles très performantes réduiraient la fragmentation des soins et les rendraient plus accessibles. Nous savons que cela ne relève pas strictement du gouvernement fédéral, néanmoins votre voix pourrait contribuer à l'adoption de ces modèles de rémunération. Notre organisation a créé le centre de soins du patient et s'en est fait le champion. C'est une vision futuriste de la médecine familiale prodiguée par des équipes interprofessionnelles, qui est centrée sur les besoins des patients, de leurs familles et des collectivités.

Nous venons tout juste de publier un guide en santé mentale et nous en avons apporté des exemplaires pour vous. Ce guide contient des suggestions applicables à tous les patients, peu importe leur âge. Cet ouvrage a été réalisé en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada, et je vous invite à en prendre connaissance dans le cadre de votre étude. Le guide comprend plusieurs recommandations, et j'apprécie plus particulièrement celles qui présentent des stratégies simples dans le cadre du traitement des patients en vue de réduire la stigmatisation comme : comment organiser la réception pour assurer de l'intimité aux patients qui viennent pour des problèmes de santé mentale; placer des affiches dans la salle d'attente expliquant que la santé mentale fait partie de la santé en général et que les patients ne devraient pas craindre de soulever ces problèmes avec des professionnels de la santé; et, finalement, envoyer des textos aux patients pour leur rappeler la date et l'heure de leurs examens de suivi surtout pour ceux qui ont de la difficulté à respecter leurs rendez-vous. Voilà une idée des stratégies qui sont présentées dans ce document.

Nous recommandons aussi l'élaboration de solutions novatrices pour améliorer l'accès des patients aux spécialistes. La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé met à l'essai des projets novateurs en vue de permettre d'établir rapidement des liens entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes qu'ils consultent dans divers domaines. Prenons pour exemple les consultations électroniques, qui permet d'établir des communications électroniques entre le médecin généraliste et divers spécialistes, un autre exemple, RACE, dont le nom signifie accès rapide à des consultations auprès de spécialistes. Ces deux modèles ont montré qu'ils facilitaient l'accès des médecins généralistes à des spécialistes.

Les médecins de famille excellent dans la détection précoce de tous les problèmes de santé, y compris les problèmes de santé mentale pour lesquels ils peuvent offrir leur appui et de l'orientation tout au long du processus de traitement du patient,

addressing some of these recommendations, together we can provide improved access to high-quality mental health care services to children and youth in Canada, and we look forward to working together towards that goal.

Thank you very much.

The Chair: Thank you very much to both of you.

As we turn to questions, I would like to remind my colleagues that we have five minutes for question and answer, and please direct questions to the witness that you want an answer from first. Especially with the video conference, that will help make it smooth.

Senator Seidman: Thanks to both of you for your presentations this morning. I have so many questions and I have to try to figure out how to focus them. You have really provoked and evoked enormous feelings when one considers some of the things that you have said to us.

I am startled to hear that Canada ranked 27 out of 29 on child health and wellness in a UNICEF analysis in 2016. I find that very hard to process. I'm also startled by the numbers that you provided in terms of waiting times for care. Dr. Korczak, you spoke about prevention, and so did you, Dr. Lemire, and the need or demand to invest in education, high-quality screening and innovative solutions to dealing with this problem.

I would like to ask you about services or a particular problem in serving what we call the transitional period, youth ending their paediatric years and moving into adulthood. That is around the age of 18 or so, when they are in the process of leaving high school. We have heard that there is a huge gap in accessibility of services to these young people. First, their problems might be somewhat different, but also paediatric services and child services no longer serve them. When I think of that group in particular and the kinds of problems you're presenting to us, I think of the idea of prevention, and we need to get in there as early as possible.

Could you tell me something about that particular problem in our system, for that transitional period? I'll start with you, Dr. Korczak.

Dr. Korczak: It's a good question, and the transitional age youth group is an important problem. It is, of course, the group that has been identified typically as having a mental health problem and is already being followed, and even still we know

ils offrent aussi des soins médicaux exhaustifs en faisant preuve de compassion à l'égard de leurs patients. Nous espérons que le gouvernement adoptera certaines de ces recommandations et que nous pourrions collaborer avec lui à améliorer l'accès aux soins de santé mentale de grande qualité pour les enfants et les jeunes au Canada. Nous nous réjouissons à l'avance de travailler conjointement à l'atteinte de ces objectifs.

Je vous remercie beaucoup.

La présidente : Merci beaucoup à nos deux témoins.

Nous allons maintenant passer aux questions. Je vous rappelle, chers collègues, que nous avons cinq minutes pour les questions et réponses, et n'oubliez pas d'adresser vos questions au témoin dont vous aimeriez obtenir une réponse en premier. Surtout s'il témoigne par vidéoconférence, cela facilitera les choses.

La sénatrice Seidman : Merci à nos deux témoins pour leurs exposés ce matin. J'ai tellement de questions que je vais devoir essayer de bien les organiser. Vous avez provoqué et suscité beaucoup d'émotions, quand on songe à certaines des choses que vous nous avez dites ce matin.

J'ai été surprise d'entendre que le Canada se classait 27^e sur 29 pays au chapitre du bien-être et de la santé des enfants dans une analyse faite par l'UNICEF en 2016. Je trouve cela très difficile à comprendre. Je suis également surprise par les statistiques concernant les temps d'attente avant d'obtenir des soins. Docteure Korczak et docteure Lemire, vous avez parlé de prévention et de la nécessité d'investir dans l'éducation, le dépistage de haute qualité et des solutions novatrices pour faire face à ce problème.

Pouvez-vous me parler des services ou d'un problème particulier portant sur la période de transition, lorsque les jeunes quittent la pédiatrie pour se tourner vers des médecins pour adultes. C'est aux alentours de l'âge de 18 ans, lorsqu'ils s'apprentent à terminer le secondaire. On nous a dit que l'accessibilité aux services pour ces jeunes comprenait d'immenses lacunes. D'abord, leurs problèmes sont peut-être un peu différents, mais par ailleurs les services pédiatriques et ceux offerts pour les enfants ne leur sont plus accessibles. Lorsque je songe à ce groupe de jeunes en particulier et aux problèmes que vous nous avez présentés, je pense qu'il faut se tourner vers la prévention et qu'il faut le faire le plus rapidement possible.

Pouvez-vous me parler de ce problème particulier de notre système, en ce qui touche cette période de transition? J'aimerais que vous répondiez en premier, docteure Korczak.

Dre Korczak : C'est une bonne question, et ce groupe d'âge en période de transition présente un important problème. C'est, bien sûr, le groupe ayant été recensé pour avoir des problèmes de santé mentale et qui est déjà suivi par un médecin et, néanmoins,

that many in this age group will not transition well. Probably around half or so will not transition well to the adult system.

There are differences in culture between the two systems, with focuses on family and the child in the adolescent health system and focuses on autonomy and individual independence in the adult health system. There are some differences in culture that can be difficult to navigate.

There are also differences in service provision. It can be about coordination, criteria or catchment. There are many different ways in which barriers show themselves between the paediatric and adult health care systems, so we do need innovation in this area.

There is a growing movement to talk about children and youth — youth being up to the age of 25, not necessarily looking at 18 as a hard cut point — and growing awareness that that transitional age group probably does require some specialized bridging skills among providers.

Paediatricians are particularly aware of these kinds of services and problems, and I think anyone in general paediatric health care is aware and would love to see more solutions around that 18-to-25-year-old group. I emphasize that for many of the children who are experiencing that disruption in care, these are the identified kids, and we know that only one in five or so are even identified.

Senator Seidman: I might like to hear from you, Dr. Lemire, especially since you represent family physicians who really have a lot of contact and, maybe, more continuity with young people.

Dr. Lemire: The college has a joint committee with the Canadian Paediatric Society that has been going on for many years, and the topic or the issue that you're raising is raised whenever we meet. I won't pretend to have the answer here today. I think there is no question that this is an issue. It is an issue for mental health, as well as any chronic illness a child develops. What happens when that child is looked after by a paediatrician or child psychiatrist and they reach that age of transition of 18 to 25? This is not unique to mental health. It applies to all chronic illnesses.

There is evidence to support the idea that children who have a family physician, where the family physician is involved on an ongoing basis with that family, tend to have an easier time navigating the system around those transition periods. That connection is sometimes not maintained if the magnitude of the mental health issues are such that that child needs to be seen on a more regular basis by a psychiatrist, so fostering ways of maintaining that contact and ensuring that the family

nous savons qu'ils seront nombreux dans ce groupe d'âge à avoir une mauvaise transition. Près de la moitié d'entre eux n'auront pas une bonne transition vers le système pour adultes.

Il y a des différences culturelles entre ces deux systèmes, celui pour les adolescents met l'accent sur la famille et l'enfant, tandis que le système pour adultes est axé sur l'autonomie et l'indépendance. Ce sont des différences culturelles qui peuvent être difficiles à naviguer.

Il y a aussi des différences dans la prestation des services. Il peut s'agir de coordination, de critères ou de populations desservies. Toutes sortes de barrières peuvent voir le jour entre les systèmes de soins pédiatriques et celui pour les adultes, c'est pour cette raison qu'il nous faut innover dans ce domaine.

On considère de plus en plus que les enfants et les jeunes — les jeunes allant jusqu'à l'âge de 25 ans et non pas uniquement jusqu'à 18 ans — forment un groupe d'âge de transition qui nécessite probablement plus de soins de transition et de doigté chez les fournisseurs de santé.

Les pédiatres sont particulièrement sensibilisés à ce type de services et de problèmes, et je pense que quiconque pratique en pédiatrie générale aimerait voir plus de solutions centrées sur ce groupe des 18 à 25 ans. J'insiste pour dire que chez les jeunes ayant des problèmes de santé mentale, cette transition est perturbatrice, et il ne s'agit ici que des enfants ayant été recensés puisque, comme nous le savons, seul environ un enfant sur cinq est dépisté.

La sénatrice Seidman : J'aimerais aussi entendre votre avis, docteur Lemire, surtout parce que vous représentez les médecins de famille qui ont beaucoup de contacts, et même peut-être davantage, avec les jeunes gens.

Dre Lemire : Le collège participe à un comité mixte avec la Société canadienne de pédiatrie qui existe depuis de nombreuses années, et le problème que vous évoquez fait l'objet de discussions chaque fois que nous nous rencontrons. Je ne prétends pas avoir de réponse ici aujourd'hui, mais il ne fait aucun doute que c'est un problème. Il s'agit d'un problème de santé mentale au même titre que toute maladie chronique que pourrait développer un enfant. Que se passe-t-il chez un enfant qui est suivi par un pédiatre ou un pédopsychiatre lorsqu'il atteint l'âge de transition entre 18 ans et 25 ans? Cela ne s'applique pas uniquement à la santé mentale, mais bien à toutes les maladies chroniques.

Il y a des preuves qui montrent qu'un enfant ayant un médecin de famille qui offre un suivi auprès de cette famille, tend à naviguer le système plus facilement lors des périodes de transition. Cette relation avec le médecin de famille est quelque fois rompue en raison de l'ampleur des problèmes de santé mentale qui font en sorte que l'enfant doive être suivi de façon plus régulière par un psychiatre; il faut donc favoriser le maintien de cette relation et s'assurer que le médecin de famille

physician is in the loop can probably help with that navigation around that transition.

We are also promoting collaborative approaches to mental health care, shared mental health care, where psychiatrists come into the family practice and where family physicians and other providers can refer within primary care those patients with whom we are having a bit more difficulty. I would suggest that shared care approaches could also facilitate transitions of care. Those are potential avenues that we need to pursue.

Senator Ravalia: Thank you to you both for those excellent presentations. I not only come to you from the perspective of a senator, but also as a practising family physician in my previous life in a rural community.

Within central Newfoundland, we had developed a shared care model where family physicians worked closely with clinical psychologists, school guidance councillors and psychiatrists in the region to develop a model of care that enhanced accessibility and follow-up.

I believe that, in general, our system is broken. The suggestions you have made today are excellent.

Do you have any examples of shared care models internationally that you feel might be an area that we could explore and pursue and hope to transpose into our Canadian fabric? This question is for both of you. Did you want to start, Dr. Korczak?

Dr. Korczak: I think shared care is an example of collaboration. It is one example of collaboration, and it can work very well. It has been used in Canada and in other countries as well.

The models do differ. There are shared care models in which different specialists are co-located, meaning that the mental health professional, whether it's psychologists, psychiatrists or other mental health providers, are actually located in the same office or within the same geographic area. That is the co-located model. There is a more integrated model in which they are not necessarily co-located, but there are regular case conferences and things like that.

There are several different models. There have been models in the U.K. and Australia looking at different approaches. In general, those are favourable, positive and in the right direction toward something that is sometimes known as a stepped care model, which is when there is a pyramid or tiered approach to providing services so that, as problems become more acute, they are able to move up the system of acuity in terms of provision of services.

soit tenu au courant afin qu'il puisse aider l'enfant à s'orienter dans le cadre de cette transition.

Nous faisons aussi la promotion d'une approche collaborative dans la prestation des soins en santé mentale, soit des soins de santé mentale partagés, dans le cadre desquels les psychiatres se rendent dans les cliniques de médecine familiale ou les médecins de famille et les autres prestataires de soins peuvent leur référer, en soins primaires, les patients qui leur posent plus de problèmes. Je dirais aussi que les approches préconisant les soins partagés facilitent également la transition. Ce sont des pistes de solutions potentielles que nous devrions examiner.

Le sénateur Ravalia : Je vous remercie toutes les deux, vos exposés étaient excellents. Moi, j'aborde la question du point de vue d'un sénateur, mais aussi d'un médecin de famille ayant pratiqué dans une localité rurale.

Dans le centre de Terre-Neuve, nous avons créé un modèle de partage des soins dans le cadre duquel les médecins de famille travaillent en étroite collaboration avec les psychologues cliniciens, les orienteurs dans les écoles et les psychiatres, et ce, afin d'accroître l'accessibilité et le suivi.

J'estime que, de façon générale, le système ne fonctionne pas. Vous avez présenté aujourd'hui d'excellentes suggestions.

Y a-t-il des modèles de soins partagés ailleurs dans le monde qui mériteraient d'être explorés et adaptés à notre situation canadienne? Ma question s'adresse à vous deux. Voulez-vous commencer, docteur Korczak?

D^{re} Korczak : Je pense que le modèle des soins partagés est un exemple de collaboration. C'est un exemple de collaboration qui peut donner d'excellents résultats. Il existe au Canada et ailleurs dans le monde.

Toutefois, les modèles ne sont pas tous identiques. Dans certains cas, les différents professionnels de la santé mentale, que ce soit les psychologues, les psychiatres ou les autres spécialistes, partagent le même bureau ou sont colocalisés dans la même région. C'est le modèle de colocation. Il y a aussi le modèle intégré dont les participants ne partagent pas nécessairement les locaux, mais tiennent régulièrement des réunions pour discuter des cas.

Il existe donc différents modèles. Le Royaume-Uni et l'Australie envisagent différentes approches. En général, ces initiatives sont positives et mènent à ce qu'on appelle parfois le modèle des soins en étapes, à savoir une approche échelonnée de prestation des services de sorte que, au fur et à mesure que les problèmes s'aggravent, on accroît l'intensité des services et des soins.

I think there is a role for the federal government with respect to infrastructure and initiatives for these kinds of strategies. We have to ensure that outcomes are measured in these kinds of initiatives and that strategies are transportable so that solutions that may have been shown to work in one community — an urban community, for example — actually do work in another community, culture or setting before implementing them broadly. There is a measurement component to that that is very important.

The general approach is to ensure that all Canadians will have access to the same information, that all Canadians have access to the same prevention interventions and the same stepped models of care, and that those models are coordinated and flexible. I think that sometimes those collaborative integrated care models really do provide the most coordinated, flexible models of care.

Senator Ravalia: Thank you.

Dr. Lemire: I have little to add to that. I could not describe international models myself, although I am aware that the document produced by our college and the Canadian Psychiatric Association in 2011 was informed by international models, Australia and the U.K. being such examples.

Although we can be informed by international models, we can also be informed by some innovation going on in this country right now, as we speak. The challenge is how can we scale up those pockets of innovation that we know exist in the country, have shown good results and have been evaluated? How can we move that up and spread that?

Two examples: There is a child psychiatrist in Ottawa who has created a shared care model for children and youth, with good results. Can we get informed about this and scale this up?

There is a model, again in Ottawa, where family doctors and psychologists work in primary care.

The Chair: If I may, do we have the name of this doctor?

Dr. Lemire: I would have to pull that out of my memory. I would be happy to send it to you.

The Chair: We will reach out. Thank you.

Dr. Lemire: It is not in my notes here. There is the model of a family health team where family doctors work collaboratively with psychologists. A pilot done during the transition fund era showed positive results and was positively evaluated. How do we scale that up? Better care and better outcomes, lower costs.

Je pense que le gouvernement fédéral peut soutenir ces stratégies par des initiatives en matière d'infrastructure, notamment. Il faut s'assurer de bien mesurer les résultats de ces initiatives et de déterminer si les solutions qui portent fruit dans une localité urbaine, par exemple, sont adaptées aux communautés, aux cultures ou aux milieux où on veut les mettre en œuvre. L'étape de l'évaluation est très importante.

De façon générale, on veut s'assurer que tous les Canadiens ont accès aux mêmes informations, aux mêmes interventions de prévention et aux mêmes modèles de soins échelonnés, et que ces modèles sont bien coordonnés tout en restant souples. J'estime que ce sont parfois les modèles de soins intégrés, axés sur la collaboration, qui donnent les modèles de soins les plus flexibles et les mieux coordonnés.

Le sénateur Ravalia : Merci.

D^{re} Lemire : Je n'ai pas grand-chose à ajouter. Je ne pourrais pas vous décrire les modèles employés à l'étranger, mais je sais que le document produit par notre collègue et l'Association canadienne de psychiatrie en 2011 se fondait sur les modèles d'autres pays, dont l'Australie et le Royaume-Uni.

Les modèles étrangers peuvent nous inspirer, mais nous pouvons aussi nous baser sur l'innovation qui a cours ici même, au moment où nous nous parlons. Le défi est d'étendre au reste du pays ces petits projets novateurs qui existent, qui ont donné de bons résultats et qui ont été évalués. Comment pouvons-nous réaliser ces projets à plus grande échelle?

Je vous donne deux exemples. Un pédopsychiatre d'Ottawa a créé un modèle de soins partagés pour les enfants et les adolescents qui a été fructueux. Si nous en savions plus sur ce projet, pourrions-nous le reproduire ailleurs?

Également, à Ottawa encore une fois, des médecins de famille et des psychologues travaillent ensemble à la prestation de soins primaires.

La présidente : Si je peux me permettre, quel est le nom de ce docteur?

D^{re} Lemire : Il faudrait que je fouille dans ma mémoire. Quand j'aurai retrouvé son nom, je vous l'enverrai.

La présidente : Nous recommuniquerons avec vous. Merci.

D^{re} Lemire : Ce n'est pas dans mes notes. Il y a aussi une équipe de médecine familiale qui compte des médecins de famille travaillant en collaboration avec des psychologues. Un projet pilote mené pendant la période du fonds de transition a donné des résultats positifs et une évaluation positive. Pouvons-nous reprendre cette initiative à plus grande échelle? Cela signifierait de meilleurs soins, de meilleurs résultats et des coûts moindres.

The Chair: Thank you.

Senator Eaton: Thank you both for your presentations.

I want to talk about family involvement. Yesterday I heard a horrendous story of a child who tried to commit suicide in the shower, and her parents sent her to school the next day where she did manage to commit suicide outside in the woods next to the school. This is being very blunt, but do families need training and support? If I have a child who has been diagnosed with a mental illness, say depression, what do I need, as a mother, to help support what you are doing professionally to help my child? Dr. Korczak, would you like to start?

Dr. Korczak: I think that is a very important question. It is a key question.

I should preface by saying that suicide has been a difficult problem to solve. Where there have been studies that show positive results, meaning a decrease in suicidal ideation and self-harm behaviours, typically these have involved families in treatment approaches. In the literature, involving the family does seem to be a key component to an effective youth suicide prevention strategy.

In Canada, we have no completed, randomized controlled trials of youth suicide prevention interventions. We have just launched the first one at SickKids. It is jointly funded by SickKids and CAMH. Almost exactly as you have pointed out, the key mechanism of improvement that we think is important is addressing family conflict. It does seem to be an important factor in child and youth distress. We have only just launched that study. It involves a brief, intensive treatment program, individual and family-based treatment, weekly for six weeks, for children who have come to the emergency department with acute suicidality or self-harm. We will have to see what our outcomes show.

It was developed on the in-patient psychiatric unit at SickKids because of the very issue that you raised, namely that parents come often unaware that their child is so distressed, often shocked when they get a phone call from the school or from the guidance counsellor, the friend, the camp or wherever, and often feeling just as anxious and as overwhelmed and as frightened as the children and adolescents do, so we have incorporated them in our treatment program. I think you are exactly right.

Dr. Lemire: No magic solution there. I concur with my colleague that this is certainly an issue. There is no question that when one sees a child with a mental health issue, we are actually seeing a family, and we need to be mindful of that. That requires time, energy and being attentive to that reality.

La présidente : Merci.

La sénatrice Eaton : Merci à vous deux de votre témoignage.

J'aimerais parler de la participation de la famille. Hier, j'ai entendu parler d'une histoire horrible, celle d'une enfant qui a tenté de se suicider dans la douche et qui, renvoyée à l'école par ses parents le lendemain, s'est finalement suicidée dans le boisé derrière l'école. Ma question est peut-être un peu directe, mais les familles ont-elles besoin de soutien et de formation? Si mon enfant souffre d'une maladie mentale, disons de dépression, que me faut-il, comme mère, pour soutenir les professionnels qui prennent soin de mon enfant? Docteure Korczak, voulez-vous commencer?

D^{re} Korczak : C'est une question très importante, une question cruciale.

Je dirais d'abord que le suicide est un problème très difficile à résoudre. Des études ont indiqué que l'on obtient des résultats positifs, à savoir une baisse des idées suicidaires et des comportements autodestructeurs quand les familles participent activement au traitement. Dans les rapports d'étude, la participation de la famille semble être un élément clé de toute stratégie efficace de prévention du suicide chez les jeunes.

Au Canada, aucun essai clinique contrôlé aléatoire des interventions de prévention du suicide chez les adolescents n'a été mené à bien. Nous venons de lancer le premier essai à l'hôpital SickKids. Il est financé par l'hôpital et le CTCM. Comme vous l'avez souligné, selon nous, l'un des principaux facteurs d'amélioration est l'élimination des conflits au sein de la famille, qui semble beaucoup contribuer à la détresse chez les enfants et les adolescents. Nous venons à peine de lancer cette étude. Il s'agit d'une brève thérapie intensive individuelle et familiale, dispensée chaque semaine pendant six semaines, pour les enfants qui présentent un risque élevé d'automutilation ou de suicide se présentant à l'urgence. Nous devons maintenant attendre les résultats.

Ce programme a été conçu par la clinique interne de psychiatrie de l'hôpital SickKids précisément pour la raison que vous avez évoquée, à savoir que les parents ignorent souvent que leur enfant est aussi en détresse, sont choqués de recevoir un appel de l'école, du conseiller en orientation, d'un ami ou du camp et sont alors tout aussi anxieux, effrayés et dépassés par les événements que leur enfant ou leur adolescent. Nous les avons donc inclus dans nos interventions. Je crois que vous avez tout à fait raison.

D^{re} Lemire : Il n'y a pas de solution magique. Je conviens avec ma collègue que c'est certainement un problème. Quand nous traitons un enfant souffrant de troubles mentaux, nous traitons en fait toute une famille, et nous devons en être conscients. Cela nécessite du temps, de l'énergie et une attention à cette réalité.

I would add that the situation that you describe — obviously, we can't go into details about it — is disturbing. We often find that social determinants of health become a factor. The socio-economic environment of a family that is dealing with that child with mental health issues and also having trouble making ends meet, all those elements become a factor.

Senator Eaton: Have you found that there are commonalities with families and children with mental health?

Dr. Lemire: I could not comment on that besides what I have just mentioned. I think the social determinants of health are an added umbrella of difficulties in terms of the context that it will bring to the diagnosis and treatment of children and families with those issues.

Senator Eaton: What about something called “copycat suicides” in schools? If one child commits suicide, will that give permission to other children? Or if a celebrity like Robin Williams or an Anthony Bourdain commit high-profile suicides, does that make suicide respectable?

Dr. Korczak: I am not sure I want to say a lot about that. That is a complex issue of whether we see suicides in clusters or that sort of thing. There are some recommendations around reporting suicide for the media and how we are mindful of it.

I think when young people are experiencing distress to that extreme level, and they really are feeling quite desperate and not sure where to turn, we do see extreme behaviours. Unfortunately, sometimes we find out about the distress too late. This is really the role of publicly funded education awareness and decreasing stigma. This where we need to be acting so that people and youth who see their peers so distressed and feeling hopeless and stuck in those situations know what the avenues are to seek help, what to do and alternatives from doing something so unsafe and frightening.

Senator Eaton: Thank you.

The Chair: Thank you. Do you have a bit to add to that?

Dr. Lemire: Little other than to say — and we have witnessed this is some of the unfortunate events in the U.S. in the past year, not in relation to suicide but other causes of death — that if there is a suicide in a school, as bad as that is, intervening then in a proactive manner with the other children in that school becomes very important. That is where community partnership between what is happening in primary care, other community services, providers and guidance counsellors in the school becomes very important in a proactive manner.

J'ajouterais que la situation que vous avez décrite — nous ne pouvons manifestement pas entrer dans les détails — est très troublante. Les déterminants sociaux de la santé sont souvent un facteur. Si l'environnement socioéconomique de la famille de l'enfant qui a des problèmes de santé mentale est tel que la famille a du mal à joindre les deux bouts, cela a des conséquences.

La sénatrice Eaton : Les enfants et les familles qui souffrent de troubles mentaux ont-ils des points en commun?

D^{re} Lemire : Je ne pourrais vous en dire plus que ce dont je viens de faire mention. Je pense que les déterminants sociaux de la santé dont on tient compte quand on pose un diagnostic et qu'on dispense le traitement aux enfants et aux familles présentant ces problèmes ajoutent un niveau de difficulté.

La sénatrice Eaton : Qu'en est-il, dans les écoles, du phénomène des suicides qu'on veut copier? Quand un enfant se suicide, les autres estiment-ils avoir la permission d'en faire autant? Ou si une célébrité comme Robin Williams ou Anthony Bourdain s'enlève la vie, le suicide devient-il respectable?

D^{re} Korczak : Je ne suis pas certaine de vouloir vous dire beaucoup de choses à ce sujet. C'est un enjeu complexe que ces suicides qu'on imite ou ces grappes de suicides. Nous savons que nous devons être prudents dans la façon dont nous signalons les suicides aux médias, et il existe des recommandations à ce sujet.

Les jeunes qui éprouvent une détresse profonde, qui sont désespérés et ne savent plus vers qui se tourner ont parfois des comportements extrêmes. Malheureusement, il est parfois trop tard quand nous prenons conscience de leur niveau de détresse. C'est à cela que servent les campagnes publiques de sensibilisation, et à réduire la stigmatisation. C'est là que nous devons agir afin que les jeunes et les gens en général qui voient autour d'eux des gens en détresse, désespérés et dans des situations sans issue sachent où trouver de l'aide et quoi faire qui ne soit pas si risqué et effrayant.

La sénatrice Eaton : Merci.

La présidente : Merci. Voulez-vous ajouter quelque chose?

D^{re} Lemire : Je dirais seulement — et c'est ce dont on a été témoin lors des événements malheureux qui se sont produits aux États-Unis ces derniers mois, non pas relativement au suicide, mais à d'autres causes de mortalité — que s'il y a un suicide dans une école, aussi tragique que ce soit, il est crucial d'intervenir sur le champ de façon proactive auprès des autres enfants de l'école. Le partenariat entre les prestataires de soins primaires et les autres services communautaires comme les conseillers en orientation des écoles revêt alors une grande importance pour la prévention.

Senator Omidvar: I am sorry, Dr. Korczak, that I missed part of your presentation. Thank you so much to both of you for being here.

I have begun to think that suicide is definitely not normal, but with the higher rates it seems to be becoming more normalized.

I want to ask you a question about the gender variation in rates of suicide based on age. When kids are younger, 10 to 14, it seems that it is young girls who are choosing more to commit suicide, but in the older cohort, 15 to 24, it is more young men. Can you speak to this shift? Can you tell me whether your members or the sector in general offers programs based on the difference in gender to these different age cohorts?

Dr. Lemire: I cannot speak to this. I will defer to my colleague.

Dr. Korczak: To be clear, adolescent girls in general are more likely to engage in self-harm and report suicidality and make suicide attempts, but across all age groups, adolescent boys are more likely to die by suicide. Girls are also more likely to seek help for suicidality than boys. We sometimes think about this or it is discussed as the gender paradox. Whereas girls are more likely to attempt suicide, boys are more likely to die by suicide. That has been consistent across years and across age groups.

A few studies have looked at gender differences in the response to school-based or community-based youth suicide prevention and interventions. For the girls and boys, but for the children that present to a hospital with a suicide attempt, it is devastating but it allows an opportunity for what we call secondary prevention, that is, intervention at that point. For the children who die — and it does tend to be more boys than girls who die in the community without seeking help — what we need here are primary prevention approaches or prevention for universal groups perhaps targeted to high-risk groups but certainly for children who have not come and sought help.

A few studies have looked at gender responses, but those that have also tended to find that girls are more likely to respond positively to those interventions than boys. So for school-based and community-based interventions, girls tend to report those as more positive experiences that are more helpful to them. Boys have tended to respond more negatively. However, the studies are very few, and none are Canadian, that I am aware of.

I think that means we need to intervene earlier. Certainly, we need to intervene earlier for boys, likely much earlier in childhood. The models that boys have currently for learning how

La sénatrice Omidvar : Je suis désolée d'avoir raté une partie de votre exposé, docteur Korczak. Merci beaucoup à vous deux d'être venues.

Le suicide n'est certainement pas normal, mais les taux sont maintenant si élevés qu'il semble le devenir de plus en plus.

J'aimerais vous poser une question sur les variations entre les sexes quant aux taux de suicide dans un groupe d'âge donné. Chez les plus jeunes, de 10 à 14 ans, les filles semblent être plus nombreuses à choisir le suicide, alors que chez les 15 à 24 ans, ce sont les garçons. Comment expliquez-vous cette différence? Est-ce que vos membres ou les professionnels de la santé de façon générale offrent des programmes tenant compte des différences entre les sexes dans ces groupes d'âge?

Dr^e Lemire : Je ne peux pas vous répondre. Je m'en remets à ma collègue.

Dr^e Korczak : Soyons clairs. Bien que les jeunes filles en général soient plus susceptibles d'avoir des comportements d'autodestruction, de se dire suicidaires et de faire des tentatives de suicide, dans tous les groupes d'âge, les adolescents sont plus susceptibles de mourir à la suite d'un suicide. De plus, les filles sont plus susceptibles que les garçons de rechercher de l'aide quand elles sont suicidaires. On en parle parfois comme du paradoxe du genre. Les filles sont plus susceptibles de faire des tentatives de suicide, mais les garçons sont plus susceptibles de mourir des suites d'un suicide. C'est vrai au fil du temps et dans tous les groupes d'âge.

Quelques études portent sur la différence selon le genre aux programmes communautaires ou scolaires de prévention du suicide chez les jeunes ou d'intervention. Autant chez les filles que chez les garçons, quand des enfants sont admis à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide, c'est dévastateur, mais c'est aussi l'occasion de pratiquer ce qu'on appelle une prévention secondaire, c'est-à-dire d'intervenir à ce stade. Pour les enfants qui meurent — et ce sont plus souvent les garçons que les filles qui meurent dans la communauté sans avoir recherché de l'aide —, ce qu'il nous faut, ce sont des approches de prévention primaire ou alors de prévention pour des groupes universels, ciblant éventuellement des groupes à haut risque, notamment les enfants qui n'ont pas recherché d'aide.

Quelques études se sont penchées sur la réaction selon le genre. Elles tendent à constater que les filles sont également plus susceptibles que les garçons de réagir de façon positive à ces interventions. En ce qui concerne les interventions communautaires et scolaires, les filles ont tendance à rapporter l'expérience comme plus positive et plus utile; les garçons, à réagir de façon plus négative. Toutefois, les études sont rares et aucune n'est canadienne, pour autant que je sache.

Selon moi, ce qu'il faut c'est intervenir plus tôt. En tout cas, il faut intervenir plus tôt pour les garçons, sans doute bien plus tôt au cours de l'enfance. Les modèles qu'ont les garçons à l'heure

to express their emotions and how to handle strong emotions, whether those models are at home or at school, haven't been helpful in achieving good overall mental health. We need treatments that work, we need prevention strategies that work, and we need better ways of identifying the individuals who need them. To do this, we would have to prioritize youth suicide prevention research and programs.

Senator Omidvar: Normally we ask questions around which is a similar jurisdiction to us and what we can learn from it, but I will turn it around a little. Do you know which country in the world has the lowest rate of youth suicide? If you can share that information with us, then we can look to see what that country is doing and learn from it.

The Chair: Do you have that information?

Dr. Lemire: I don't know. Dr. Google could help us, in all likelihood.

The Chair: We will find out.

Senator Omidvar: Dr. Korczak has something.

Dr. Korczak: Off the top of my head, I couldn't tell you. I can tell you that Canada sits in the middle of the pack when we look globally and that the gender difference is pretty much the same across all countries, with the exception of rural China, I think, in which it is the opposite. Which has the lowest suicide rate, I don't know. We also have to be mindful that suicide rates are based on reports of how death occurred. Those are important factors, too.

Senator Omidvar: Let me ask the question in a different way then. Do you know what our standing is amongst like-minded, like-constructed jurisdictions? I think of the U.K., Australia, the U.S., Europe and New Zealand. Are we still in the middle of the pack?

Dr. Korczak: Yes.

Senator Omidvar: Thank you. We should get that list.

The Chair: We will.

Senator Dasko: Thank you for your comments, both of you.

I have a question of Dr. Lemire. You mentioned that the Canadian Foundation for Healthcare Improvement has partnered with some jurisdictions and has discovered some ways to

actuelle pour apprendre comment exprimer leurs émotions et comment traiter des émotions fortes, qu'il s'agisse de modèles à la maison ou à l'école, ne concourent pas à l'obtention d'une bonne santé mentale dans l'ensemble. Il nous faut des traitements qui fonctionnent, des stratégies de prévention qui fonctionnent et de meilleures façons d'identifier les individus qui en ont besoin. À cet effet, nous devrions accorder une priorité à la recherche et aux programmes de prévention du suicide chez les jeunes.

La sénatrice Omidvar : Habituellement, nous posons souvent des questions sur ce que font des pays similaires au nôtre et sur les leçons que nous sommes susceptibles d'en tirer. Je vais modifier un peu cette approche. Savez-vous quel pays dans le monde a le plus faible taux de suicide chez les jeunes? Si vous pouvez nous donner ces renseignements, nous serons ensuite en mesure de voir ce que fait ce pays et d'en tirer des leçons.

La présidente : Avez-vous ces renseignements?

D^{re} Lemire : Je l'ignore, mais il y a de fortes probabilités pour que le professeur Google puisse nous aider.

La présidente : Nous allons nous renseigner.

La sénatrice Omidvar : D^{re} Korczak a quelque chose à dire.

D^{re} Korczak : À brûle-pourpoint, je ne suis pas en mesure de vous le dire. Par contre, je sais que le Canada est dans la moyenne, par rapport aux autres pays dans le monde, et que les différences en fonction du genre sont assez similaires partout, à l'exception de la Chine rurale où, sauf erreur de ma part, le phénomène est inversé. Quant à savoir dans quel pays le taux de suicide est le plus faible, je l'ignore. N'oublions pas non plus que les taux de suicide reposent sur les rapports quant aux circonstances des décès. Ce sont des facteurs importants aussi.

La sénatrice Omidvar : Laissez-moi poser la question autrement, alors. Comment nous positionnons-nous par rapport aux pays ayant une même approche et une organisation similaire? Je pense au Royaume-Uni, à l'Australie, aux États-Unis, à l'Europe et à la Nouvelle-Zélande. Sommes-nous encore au milieu du peloton?

D^{re} Korczak : Oui.

La sénatrice Omidvar : Je vous remercie. Nous devrions nous procurer cette liste.

La présidente : Nous le ferons.

La sénatrice Dasko : Merci pour vos commentaires, l'une et l'autre.

J'ai une question pour la D^{re} Lemire. Vous avez mentionné que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé avait établi des partenariats avec certaines entités et

enhance access. What does it take to scale up? You mentioned scaling up would be the challenge. These are innovations that have been discovered, tried and partnered with, and proven to be successful. Would it help for more money to go to that foundation to continue to partner across the country with health care organizations, or is it a matter of health care practitioners taking up these ideas? What are the barriers to scaling up and taking the knowledge we have learned from these partnerships and building on them?

Dr. Lemire: I would say all of the above. In relation to eConsult, the Canadian Foundation for Healthcare Improvement is currently involved in helping scale up eConsult. eConsult started in the Champlain LHIN and is now being spread in Ontario, Quebec and other provinces. The Canadian Foundation for Healthcare Improvement has created the environment and provided some funding to enable a link between regional health authorities, provinces and some champions in each of those areas to enable this to happen.

In some instances, it requires some funding. Part of the funding is to create the infrastructure to enable those links to take place, as well as the involvement of what we often refer to as the pentagram partners. By that I mean the practitioners, the decision-makers, the regional health authorities, the universities, patients and communities. To get innovation to scale up, you need all of those partners to work together. In relation to eConsult, that is happening right now in Canada.

Senator Dasko: Sometimes we ask what the federal role is. This is a federally funded organization that is promoting health innovation. Do you think that is a model that can be successfully used?

Dr. Lemire: The impression we have about what the Canadian Foundation for Healthcare Innovation is doing — in relation to this and a few other examples, palliative care being an example — has been positive. I would suggest that that is an important avenue.

Senator Dasko: Thank you.

Senator Mockler: I would like to link with Senator Omidvar's question regarding other countries. What would be those statistics across the regions of Canada? If that is available, can you provide that through the clerk?

découvert des façons d'améliorer l'accès. Qu'est-ce qui est nécessaire pour passer à la vitesse supérieure? Vous avez dit que passer à la vitesse supérieure présenterait des difficultés. Quelles sont les innovations qui ont été découvertes, qui ont fait l'objet des faits dans les partenariats et qui se sont avérées efficaces? Serait-il bon d'accorder plus de subventions à cette fondation, afin qu'elle poursuive ses partenariats avec différents organismes de soins de santé de par le pays, ou faut-il que les professionnels de la santé adoptent ces idées? Quels sont les obstacles à passer à la vitesse supérieure, à adopter les leçons tirées des partenariats et à s'en servir comme point de départ?

D^{re} Lemire : Je dirais que tout ceci serait bon. Pour ce qui est des consultations électroniques, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, s'occupe actuellement d'essayer d'élargir la pratique. Les consultations électroniques ont commencé dans le RLISS Champlain; elles sont maintenant élargies à l'Ontario, au Québec et à d'autres provinces. La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé a créé l'environnement et fourni des fonds pour permettre une liaison entre les régies régionales de la santé, les provinces et certains champions dans chacun de ces domaines pour faire du projet une réalité.

Dans certains cas, il faut un financement. Une partie du financement va à la création de l'infrastructure permettant la création des liens, ainsi qu'au développement de ceux dont on parle parfois comme partenaires du pentagramme. Je désigne ainsi les praticiens, les décideurs, les régies régionales de la santé, les universités, les patients et les collectivités. Pour que l'innovation soit intensifiée, il faut une collaboration de tous ces partenaires. Pour les consultations électroniques, c'est en cours à l'heure actuelle au Canada.

La sénatrice Dasko : Nous cherchons parfois à déterminer quel est le rôle du gouvernement fédéral. Là, il s'agit d'une organisation financée par le gouvernement fédéral qui promeut l'innovation en matière de santé. Pensez-vous que c'est un modèle qui peut être utilisé avec succès?

D^{re} Lemire : Nous avons une impression plutôt positive des activités de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, dans ce domaine et dans certains autres, dont les soins palliatifs. Je dirais que c'est une approche importante.

La sénatrice Dasko : Merci.

Le sénateur Mockler : Permettez-moi d'enchaîner sur la question de la sénatrice Omidvar concernant les autres pays. Quelles seraient les statistiques en fonction des différentes régions du Canada? Si elles existent, pourriez-vous nous les fournir par l'intermédiaire de la greffière?

[Translation]

In 2017-18, the territorial, provincial and federal ministers of health agreed on a common policy statement, shared with health stakeholders, to improve access to mental illness and addiction services.

[English]

People tell us that the system is broken. People tell us that we should invest more money into it. People tell us, and my experience, it is fair to say, coming from New Brunswick, is that we have quality professionals across the base and quality professionals from coast to coast to coast.

There is an initiative by the government whereby they have committed \$5 billion over 10 years. That commenced in 2017-18. In this regard, the FPT ministers of health, which are the engine, endorsed what they call the Common Stated Principle on Shared Health Priorities. There is no doubt that you have seen that program, which is leading into the next 10 years. However, the initial distribution of this \$5 billion over 10 years committed by the federal government and accepted by the FPT ministers — \$100 million during the fiscal year 2017-18 was distributed across Canada, per capita as per the Constitution of Canada, to the provinces and territories. This amount represents, however, only 2 per cent of the total \$5 billion. The question we need to be enlightened on by you professionals is this: In your view, is this level of initiative for that program of initial investment appropriate? Why, or why not? And in your view, what are the priority areas for the remaining funds by which we can influence the stakeholders and providers of our health care system to address the issue we are talking about this morning?

The Chair: To whom are you addressing the question?

Senator Mockler: To both professionals.

The Chair: Maybe Dr. Korczak can start.

Dr. Korczak: I'm sorry. I am trying to understand. The question was about whether children's mental health funding is sufficient and what the priority areas are; is that correct?

Senator Mockler: Yes. That is part of a common statement of principle that has been shared by health authorities and health providers in Canada through their FPT — federal, provincial and territorial — ministers of health.

Dr. Korczak: Yes, I understand. Most of us would agree that, in comparison to other health conditions, children's mental health has been chronically underfunded. Children's mental

[Français]

En 2017-2018, les ministres de la Santé des territoires, des provinces et du gouvernement fédéral se sont entendus sur un énoncé de principe commun, partagé avec les intervenants de la santé, en vue d'améliorer l'accès aux services de prise en charge de la maladie mentale et de la toxicomanie.

[Traduction]

Nous nous faisons dire que le système est brisé, que nous devrions y investir plus d'argent. Nous nous faisons dire qu'il y a des professionnels qualifiés dans tous les domaines et d'un bout à l'autre du pays, ce que confirme mon expérience à moi, qui viens du Nouveau-Brunswick.

Le gouvernement a une initiative qu'il s'est engagé à financer à hauteur de 5 milliards de dollars sur 10 ans. Elle a été lancée en 2017-2018. Les ministres du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires qui en sont le moteur ont adopté à cet effet l'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé. Vous avez certainement vu ce programme, qui mène aux 10 prochaines années. Dans le cadre de la distribution initiale de ces 5 milliards de dollars sur 10 ans, promise par le gouvernement fédéral et acceptée par les ministres et provinces et des territoires, 100 millions de dollars ont été distribués partout au Canada, aux provinces et aux territoires, en fonction de leurs populations, conformément à la Constitution du Canada. Toutefois, ce montant représente seulement 2 p. 100 des 5 milliards de dollars au total. Selon vous, qui êtes des professionnels en la matière, ce niveau de financement pour le programme est-il approprié comme investissement de départ? Si oui ou si non, pourquoi? Selon vous, quels sont les domaines prioritaires auxquels devrait aller le restant des fonds, si nous voulons influencer les parties prenantes et les prestataires de notre régime de soins de santé, afin qu'ils s'attaquent aux problèmes dont nous discutons ce matin?

La présidente : À qui adressez-vous votre question?

Le sénateur Mockler : Aux deux professionnelles.

La présidente : Peut-être que la D^{re} Korczak peut commencer.

D^{re} Korczak : Je suis désolée. J'essaie de comprendre. La question était de savoir si le financement pour la santé mentale des enfants est suffisant et quels sont les domaines de priorité? C'est exact?

Le sénateur Mockler : Oui. Cela fait partie d'un énoncé de principe commun qui a été partagé par les autorités de santé et les fournisseurs de soins de santé au Canada à travers leurs ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux.

D^{re} Korczak : Oui, je comprends. La plupart d'entre nous sommes d'accord pour dire que, comparativement à d'autres problèmes de santé, la santé mentale des enfants a été sous-

health research, which is necessary for the advancement of knowledge, has been exceptionally underfunded compared to other areas of health research. From that perspective, several organizations, researchers and clinicians would agree.

In terms of priority areas, there are several. It is important to look at the system of health care provision as a whole, as I mentioned, under the umbrella of prevention, detection and treatment. The system would be more efficient if it were more coordinated. While there are costs to be had in providing publicly funded psychological services, there are also costs to be saved by preventing acute health outcomes. We don't have a national suicide prevention strategy. We have spoken about suicide a few times.

It is also true that we see better outcomes in research trials than we see once those same methods or interventions are disseminated into the community and generally implemented. Why is that? We know that treatments can work, but when they are disseminated, they don't work as well. What we have to do is ensure that we are getting the right children to the right treatment, and we have to ensure the right treatment is being overseen and that children who are not responding are moved to the next level of care. There is efficiency to be had where treatment is coordinated and flexible, where there is oversight, and where there is rigorous training and measurement of outcomes.

Having said that, I do think that more emphasis on children's mental health, research and funding is likely to reap benefit with respect to cost savings at the long-term and acute-care end.

Dr. Lemire: As a few additional points to what Dr. Korczak has mentioned, in terms of the stats on suicide, you can get that in some of the early reports of the Mental Health Commission of Canada, and I think that the highest rate certainly is in our Indigenous communities. There is no question there. But provincial breakdown, that's available there. I don't know it by heart, but the Mental Health Commission Canada, the early documents have that.

I will say I'm not sure if that amount of money is enough. What I felt very good about is, in fact, some money was earmarked for mental health care specifically with some expectations that each province and territory would actually do something about it. So is the amount enough? I'm not sure. But the fact that something has been earmarked I think is important.

financée de façon chronique. La recherche sur la santé mentale des enfants, qui est nécessaire pour faire avancer nos connaissances, a souffert de sous-financement de façon exceptionnelle comparativement à d'autres domaines de la recherche en santé. De ce point de vue, plusieurs organismes, chercheurs et cliniciens pourraient se mettre d'accord.

En ce qui concerne les domaines de priorité, il en existe plusieurs. Il est important de regarder le système de prestation de soins de santé dans son ensemble, comme je l'ai mentionné. Il faut l'observer en pensant à la prévention, la détection et le traitement. Le système serait plus efficace s'il était mieux coordonné. Il y a bien sûr des coûts rattachés à l'offre de services psychologiques financés publiquement, mais on peut économiser des coûts en empêchant des problèmes de santé aigus par la suite. Nous n'avons pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Nous avons parlé du suicide à quelques reprises.

Il est également vrai que nous observons de meilleurs résultats dans les essais de recherche que ce qu'on observe avec les mêmes méthodes ou interventions lorsqu'elles sont disséminées dans la communauté et mises en place de façon générale. Pourquoi est-ce le cas? Nous savons que les traitements peuvent fonctionner, mais lorsqu'ils sont disséminés, ils ne fonctionnent pas aussi bien. Nous devons nous assurer que les bons enfants reçoivent les bons traitements, et nous devons nous assurer que les bons traitements soient surveillés et que les enfants qui ne répondent pas bien soient transférés à l'échelon de soins suivant. Il est possible de faire preuve d'efficacité lorsque les traitements sont coordonnés et flexibles, lorsqu'il y a surveillance, et lorsqu'il y a une formation rigoureuse et des mesures des résultats.

Cela dit, je crois que mettre l'accent davantage sur la santé mentale des enfants, la recherche et le financement amènera probablement des avantages par rapport à la réduction des coûts à long terme et de ceux des soins actifs.

D^{re} Lemire : J'aimerais ajouter quelques points supplémentaires à ce qu'a dit la D^{re} Korczak. En termes de statistiques sur le suicide, il existe certains rapports qui ont été publiés par la Commission de la santé mentale du Canada, et je crois que le taux le plus élevé se trouve assurément dans nos communautés autochtones. Il n'y a aucun doute. Vous pouvez aussi trouver la ventilation par province dans ces rapports. Je ne les connais pas par cœur, mais vous trouverez cette information dans les documents de la Commission de la santé mentale du Canada.

Je dirais que je ne suis pas certaine si ce montant d'argent est suffisant. Ce que je trouve bien, en fait, c'est que de l'argent soit alloué aux soins en santé mentale de façon spécifique avec des attentes disant que chaque province ou territoire devrait faire quelque chose en ce sens. Est-ce que le montant est suffisant? Je n'en suis pas certaine. Le fait que de l'argent ait été réservé à cette fin est important selon moi.

The kind of investments that are required are, again, in one of those Mental Health Commission of Canada documents. The work around the investment required was quite robust. I was on the Mental Health Commission at that time. I would refer us to that.

I would suggest, in addition to what Dr. Korczak has said, that community-based care, because that is the laboratory where the seeds of many of these problems take place, is where we need to make investments. Investing in the coordination of care, and investing in transitions, not only transitions in terms of age between child and youth and adult, and also transitions between primary, secondary and tertiary care, and transitions within the community, that partnership between the school and community-based care, between primary care and community resources, is really key to moving forward on this.

The Chair: Thank you. It is time to end this meeting, but Dr. Lemire, you mentioned two programs in your introduction, eConsult and RACE. If there is anything you can share with the clerk, we truly would appreciate it. I thank both of you for the time and expertise that you shared with us. It has been truly valuable.

[*Translation*]

With that, honourable senators, we will continue our meeting in camera.

(The committee continued in camera.)

Le genre d'investissements qui sont nécessaires sont, encore une fois, mentionnés dans les documents de la Commission de la santé mentale du Canada. Le travail nécessaire autour des investissements qui doivent être faits a été solide. Je faisais partie de la Commission de la santé mentale du Canada à l'époque. Je vous renvoie donc à ces documents.

Je suggérerais, pour ajouter à ce qu'a dit la D^{re} Korczak, que nous devons faire des investissements dans les soins de santé communautaires. C'est là où nombre de problèmes trouvent leur source. Pour avancer, il est primordial d'investir dans la coordination des soins et dans les transitions, non seulement entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, mais aussi entre les soins primaires, secondaires et tertiaires, les transitions qui se font à l'intérieur de la communauté, ce partenariat entre les soins offerts dans les écoles et ceux qui sont offerts dans la communauté, les transitions entre les soins primaires et les ressources communautaires.

La présidente : Merci. La réunion tire à sa fin, mais, docteure Lemire, vous avez mentionné deux programmes dans votre présentation, les consultations électroniques et l'accès rapide à l'expertise consultative. S'il y a quoi que ce soit que vous pouvez partager avec notre greffière, nous vous en saurions gré. Je vous remercie toutes les deux pour le temps et l'expertise que vous avez partagés avec nous. Ils nous ont été vraiment précieux.

[*Français*]

Sur ce, honorables sénateurs, nous allons poursuivre notre réunion à huis clos.

(La séance se poursuit à huis clos.)

WITNESSES

Wednesday, October 24, 2018

Crisis Services Canada:

Elizabeth Newcombe, Board Member (by video conference).

Canadian Association for Suicide Prevention:

Nancy Moreau Battaglia, Board Member (by video conference).

Thursday, October 25, 2018

College of Family Physicians of Canada:

Dr. Francine Lemire, Executive Director and Chief Executive Officer.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Daphne Korczak, Chair, Mental Health Strategic Task Force (by video conference).

TÉMOINS

Le mercredi 24 octobre 2018

Services de crises du Canada :

Elizabeth Newcombe, membre du conseil d'administration (par vidéoconférence).

Association canadienne pour la prévention du suicide :

Nancy Moreau Battaglia, membre du conseil d'administration (par vidéoconférence).

Le jeudi 25 octobre 2018

Collège des médecins de famille du Canada :

Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction.

Société canadienne de pédiatrie :

Dre Daphne Korczak, présidente, Groupe de travail stratégique sur la santé mentale (par vidéoconférence).