



Legislative Assembly
of Ontario
Second Session, 39th Parliament

Assemblée législative
de l'Ontario
Deuxième session, 39^e législature

Official Report of Debates (Hansard)

Wednesday 14 April 2010

Journal des débats (Hansard)

Mercredi 14 avril 2010

**Select Committee on
Mental Health and Addictions**

Mental health
and addictions strategy

**Comité spécial de la santé
mentale et des dépendances**

Stratégie sur la santé mentale
et les dépendances

Hansard on the Internet

Hansard and other documents of the Legislative Assembly can be on your personal computer within hours after each sitting. The address is:

<http://www.ontla.on.ca/>

Index inquiries

Reference to a cumulative index of previous issues may be obtained by calling the Hansard Reporting Service indexing staff at 416-325-7410 or 325-3708.

Le Journal des débats sur Internet

L'adresse pour faire paraître sur votre ordinateur personnel le Journal et d'autres documents de l'Assemblée législative en quelques heures seulement après la séance est :

Renseignements sur l'index

Adressez vos questions portant sur des numéros précédents du Journal des débats au personnel de l'index, qui vous fourniront des références aux pages dans l'index cumulatif, en composant le 416-325-7410 ou le 325-3708.

Hansard Reporting and Interpretation Services
Room 500, West Wing, Legislative Building
111 Wellesley Street West, Queen's Park
Toronto ON M7A 1A2
Telephone 416-325-7400; fax 416-325-7430
Published by the Legislative Assembly of Ontario



Service du Journal des débats et d'interprétation
Salle 500, aile ouest, Édifice du Parlement
111, rue Wellesley ouest, Queen's Park
Toronto ON M7A 1A2
Téléphone, 416-325-7400; télécopieur, 416-325-7430
Publié par l'Assemblée législative de l'Ontario

LEGISLATIVE ASSEMBLY OF ONTARIO

ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE DE L'ONTARIO

**SELECT COMMITTEE ON
MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS**

**COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ
MENTALE ET DES DÉPENDANCES**

Wednesday 14 April 2010

Mercredi 14 avril 2010

The committee met at 1541 in room 151.

**MENTAL HEALTH
AND ADDICTIONS STRATEGY
STRATÉGIE SUR LA SANTÉ MENTALE
ET LES DÉPENDANCES**

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Good afternoon, everyone, and welcome to our session of the Select Committee on Mental Health and Addictions. We have three presenters on the schedule for today, and I know we want to be able to hear fully from all of them.

DR. RICHARD O'REILLY

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Our first presenter today is Dr. Richard O'Reilly. I'd invite you, Dr. O'Reilly, to please come forward. We're very pleased that you were able to join us today, and we look forward to your presentation. We understand that we will have the opportunity for some questions as well. Welcome.

Dr. Richard O'Reilly: Thanks very much, Madam Chair.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Please, feel free—there's water there. Please make yourself comfortable and start whenever you're ready.

Dr. Richard O'Reilly: I appreciate the opportunity to come and address the committee. I really am very pleased with the committee's hard work. I've read the interim report, and this is clearly a key issue for many of our most vulnerable citizens.

I do want to just tell you briefly who I am and who I'm not. I'm a professor at the University of Western Ontario and I've spent my life, pretty well, working with people with severe and persistent mental illness. I'm the past president of the Ontario Psychiatric Association, but I'm not the president, and I'm very definitely not giving the view of psychiatry here. I think the committee's already heard from Dr. Paul Mulzer.

The committee has my written report. I'm just going to highlight some of the key issues from that report. I think one of the things that struck me in reading the interim report is that the committee has heard some conflicting testimony and ideas from individuals, and there are some areas of fairly sharp controversy around involuntary treatment and liberty issues. But I think the

major issue that may cause confusion is that when we talk about treatment of people with mental illness we often hear, and in the report it's cited, that one in five people have mental illness in Ontario. That is true, but it takes away, I believe, from the fact that a very small number of people have severe mental illness, which really robs them of the ability to work and live normal, productive lives, and often robs them of the ability to make treatment decisions for themselves. That is the group of individuals that I really want to talk to the committee about.

My presentation is going to be about people with serious mental illness. These are individuals primarily with schizophrenia and bipolar disorder, and some other psychotic disorders, and a very small number of people with very severe personality disorder. These individuals make up approximately 2% to 4% of our population.

Why should we care about them? Well, we are a caring society, but I think, very importantly, these are our most impaired individuals, and it's my view that, as they are our most impaired individuals, they should get priority when it comes to treatment. In every area of medicine, people with the most severe illness get priority, and I think this often doesn't happen for this group of individuals.

There is also a price for not providing the treatments. If we don't treat, supervise and provide care for these individuals, it merely shifts the costs on to other areas, such as the criminal justice system, police, courts etc.

I have proposed four items for the committee's consideration. They're a little bit disparate; that's "disparate," not "desperate." One is the principle that we need long-term commitment for this group of individuals; the advantage of a community of caregivers when providing care for the individuals; need for amendments to our mental health legislation; and finally, but certainly not least, a recommendation that Ontario seriously consider the establishment of a treatment advocate or ombudsman.

First let me talk about the long-term commitment. We often talk about the seriously mentally ill, but in other contexts, they are called serious and persistent mental illnesses. These are individuals with lifelong illnesses. Schizophrenia we can control with medication but it's not like an infection where the illness disappears with treatment. It's more like arthritis or asthma. Unfortunately, one of the symptoms of schizophrenia in a significant minority is lack of the understanding and appreciation

that a person has an illness and needs the treatment. So frequently, individuals stop treatment when they're treated and released from hospital.

It was essentially this failure to understand people with serious mental illness that led to the problems after deinstitutionalization started in the 1960s. At that time and shortly afterwards, we find that individuals were treated well in hospital, released, stopped their treatment and were readmitted. Many patients, unfortunately, do not get readmitted because they die from suicide or from lack of judgment—sleeping outside on a minus-20 night.

I should say that deinstitutionalization is not an historic event; it's an ongoing process, and now we're at a stage where we're treating people with the most serious illnesses in our community. Failure to live up to our commitments with these individuals, I think as the committee knows, results in individuals who are homeless, incarcerated or just abandoned in flophouses and shelters.

There are too few psychiatric beds in the system. I'm sure the committee doesn't want to hear me say that; I'm sure the government doesn't want to hear me say that, but unfortunately, wishful thinking doesn't take away the reality. There is an opportunity to work and manage, I believe, with the amount of beds we have, providing we have the correct services in the community.

Here's where I differ from some of the presenters you've had in the past. I see frequent reference in the interim report to the need for a home, a friend and a job. I firmly believe that these are critical things for many individuals in the broad group of one in five who have mental illness. But for people with serious mental illness, although a home, a job and a friend are all important things, treatment is the absolute foundation of recovery. Without treatment, a home, a friend and a job will make no difference.

My experience and the experience of my colleagues is that we frequently place an individual in an apartment only to have that individual stop their treatment, become psychotic, start hallucinating, start shouting out at night and be evicted. Similarly, we will not be able to maintain a person on a worksite if they develop paranoia about their workmates and start acting in that way.

So for people with serious mental illness, we must ensure treatment and we must have a system that facilitates the supervision and assistance with that treatment pretty much through many of these individuals' lifetimes. Not every individual with schizophrenia is affected in this way of losing insight, but many are. Reports and research suggest that that number is about a quarter, so that would be about a quarter of a per cent of the citizens of this province.

1550

What can this committee do to ensure commitment to long-term care and treatment? Firstly, I think, understand the nature of severe and persistent mental illness and identify this group as a priority for service. Certainly, I would encourage you not to, in any way, write off this group of individuals. They can be severely affected, and I've heard some people say—unfortunately, some col-

leagues say—that we should treat people who are less severely ill, that that's where we'll get the best “bang for our buck.” Certainly, if we do that, this will not prevent individuals' developing severe and persistent mental illness. There's no way to prevent it. The only thing we can do—and I think we are actually doing reasonably well in Ontario—is the early intervention in psychosis, because we know that early intervention improves the long-term outcome of these disorders.

A very important thing that I would ask the committee to consider is the issue of money. Basically, my advice is, follow the money. It is critical to hold the LHINs and hospitals accountable for ensuring that money that's designated to go to the treatment of severe and persistent mental illness does that. Why am I so insistent on this? Because we have a long history of the money being diverted to other services, to services for individuals with less severe mental illness and services for people with other medical disorders. I believe it is just not good enough that government walks away from this responsibility. I think that the hospitals and the LHINs must be held to account.

My second principle, if you like, is to encourage continuity of caregiver. Many people on this committee will have already heard, and heard many times, about continuity of care. Continuity of care and continuity of caregiver are different things. In fact, continuity of care implies that there's a change in caregiver. In many of our hospitals and most of our academic health sciences centres, individuals who are admitted to a psychiatric unit are discharged to a different service. Now, I've worked in Saskatchewan, and I know that many other hospitals, community hospitals in Ontario, do not run that system. The psychiatrist who sees the person in the community looks after the patients when they're admitted and continues to look after the patients when they're discharged.

In addition to saving all sorts of time in assessing individuals, this system keeps the hospital honest, basically. A psychiatrist will not admit people to hospital unless it's really necessary, because she or he knows that they'll be seeing the patient the next day. Perhaps even more importantly, a psychiatrist will not discharge the person before they're ready to be discharged and there's a reasonable plan, because he or she will be faced with the mayhem that we know results from that in the community.

Why do we not do that? Well, there are some problems when there are many, many psychiatrists admitting to the one unit. But I think it's just something that's been glossed over. There's very little research on it. That's one thing that I would encourage, and I think that a request for proposal could be crafted to do that. Certainly, I think if the committee members think about what I'm saying and the position of a hospital discharging someone, they will see the advantages in that approach.

I'm going to move on quickly to legislative change. When I drafted my written proposals, I put in a number of things which I felt were important because they affected a large number of people in the community. The

committee may decide to question me about those recommendations. I'm actually not going to address them today, and the reason I'm not going to address them is that since I wrote the written submission, there has been a bill, Bill 16, which has come before the House to amend both the Mental Health Act and the Health Care Consent Act. It addresses some fairly sensible things. One is one of the amendments that I'd actually recommended; it's a change to what happens to a community treatment order after a physician issues a form 47. It's basically saying that that should not void the community treatment order.

However, I've been, for many years, pushing a small amendment that would make a huge difference to a small number of people in Ontario. I've written it out for the committee members. Basically, it would change the way that the Health Care Consent Act works to allow treatment to start for a person who is incapable of consenting to their own treatment. Once the independent Consent and Capacity Board has adjudicated their case and found them incapable, currently, the case has to go through the courts. Regrettably, the glacial pace of our courts in resolving these issues, which may go and have gone the whole way to the Supreme Court, is incompatible with clinical realities. Many individuals have been kept in our hospitals for years upon years without treatment. This has to stop.

I would really encourage the committee or someone from the committee to contact me after my presentation and maybe quiz me a little bit more about this. I'm not going to take a lot of time, but what I really want to see is something go to the minister to ask her to add this to the amendments in Bill 16, because this would appear to me to be the opportunity. I've been told many times, "We're not amending the legislation. We're not going to consider that." It just does appear that this is an opportunity for a non-controversial amendment to the act.

My final proposal is that Ontario develop a position of a treatment advocate—or perhaps ombudsman or ombudsperson would be a better description of the role that I foresee. I think that the committee members are well aware of how an ombudsman or overseer can challenge and bring about changes in systems that have problems.

In mental health, how I would see an ombudsperson act is, for example, looking at a situation where an individual is being denied admission to a hospital, perhaps even not being admitted on a certificate, or is being discharged after 72 hours without any real change, the ombudsman could follow up with the hospital and the clinicians involved and question why that has happened.

I have suggested in my written submission that that ombudsman be a psychiatrist. I believe that in that way, this could be done on a collegial basis in most situations, but of course, being a physician gives the position a lot more clout when dealing with individual clinicians and with hospitals.

I would point out that the deck really is surprisingly stacked against treatment, particularly treatment where individuals are refusing and do not understand the need for treatment. If a person has a serious mental illness and

refuses treatment, actually, the path of least resistance for a physician is to leave that person alone. If the physician decides to take on the case, then they can expect to spend a lot of time before the Consent and Capacity Board, a lot of time talking to relatives and substitute decision-makers, and they're going to be dealing with an individual who maybe has quite a difficult problem with paranoia, uncooperativeness. It's much easier to deal with individuals who've got less severe illness and are more willing to take treatment, but that's not what our system should just be about. We have to ensure that these individuals receive fair treatment.

I could go on. I think probably at this stage, I will end my oral submission. I have outlined the position of treatment advocate more fully in the written submission. I really do hope that the committee will seriously consider that position.

Before I end, I'll just say that I know that the interim report mentioned a system navigator or system navigators, and I think that's a great idea. But when the system is actually pushing back, I think you need more than just a navigator; you need an advocate. Thanks very much.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you very much, Dr. O'Reilly. I know that the members of the committee do have questions. Perhaps we could start with Sylvia Jones, please.

Ms. Sylvia Jones: You've covered a whole bunch of issues that I'd like to question further, but I'll start with this: you mentioned the challenges of discharging individuals to a different service provider and the challenges that that involves. I must admit, when I came into this committee, I expected to hear about the lack of service providers. In fact, we've heard that there are many, many organizations providing different levels and types of services for mental patients.

Can you explain further what the challenges are from discharging patients out of a hospital and where you see the problems are there?

1600

Dr. Richard O'Reilly: Well, one of the problems I think is included in your question, that we do have many, many services. We've got a patchwork of services. I think that that's actually one of the problems. There are too many different services, and it becomes confusing, both to the patients and their families and also to the health care providers. Different services have different rules about whether they'll take on individuals or not. Different services will be more assertive in following up individuals who don't present for service and for treatment. But the real issue, I think, is one of commitment. A physician and a team in the hospital have somebody who has got a history of non-compliance with their treatments in the community, a person who lacks the capacity to appreciate the need for treatment, so there's a very high likelihood that they will fall out of treatment. It's very easy to make a referral to an agency, but a lot of times when my colleagues are doing that, it's tongue-in-cheek, and they know the person will not follow up or will shortly drop out.

A much more difficult thing to ask my colleagues to do is to actually commit themselves to providing the treatment for that person in the long term. That's again what I'm saying: the long-term commitments. When a colleague is asked to do that, they will consider things that they wouldn't consider when they're discharging to another service. They will consider what to do when the person predictably doesn't follow up with treatments. They will consider the possibility of writing a community treatment order. They consider the sense of meeting with family to develop a crisis plan for the individual: things that all too often, as I think the committee knows, do not happen.

Ms. Sylvia Jones: Thank you.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Moving next to France Gélinas.

M^{me} France Gélinas: I thought your presentation was fantastic. I thank you very much for coming.

You called it a small amendment with huge changes to a small number of people. I was surprised to hear you say "non-controversial." Any change to Bill 16 seems to come with an awful lot of work. What makes you think that it could be feasible, and how do we get it done?

Dr. Richard O'Reilly: Well, the reason that I say it's non-controversial is that I've spent the last 10 years researching the ramifications of such a change. Let me just briefly tell you that in my hospital, we had almost two patients a year who appealed findings of treatment incapacity from the consent and capacity boards, who independently made it to the courts. The average delay in initiating treatment for those individuals was 253 days, almost nine months—the longest was two years—at an incredible cost. Maybe southwestern Ontario is different, and there's something in the water. I looked at the whole of Ontario and what the consequences would be of making the change that I suggested. What I found was that only six individuals in a period of 15 years—there were only six cases where the courts overturned the finding of the consent and capacity board on treatment capacity. The remarkable thing was that from public records, I was able to trace the life histories of those individuals: Four ended up getting treatment. Typically, after six to eight years, they were detained involuntarily, so they lost their liberty for six to eight years in hospital. One individual is still in hospital, 25 years later. He's not being treated; he has been held untreated, with a treatable disorder by all accounts, for 25 years in this province.

One patient, actually, probably did quite well from our current system. She was discharged before the court hearing, but then she took the treatment voluntarily.

Really, I think that whatever about the cost—and there's a huge cost to the system—the actual liberty interests of our citizens are being impaired by the current Health Care Consent Act and the provision.

M^{me} France Gélinas: The model that you talk about, making your treatment decision based on being the caregiver for the long term, is this a model that exists anywhere?

Dr. Richard O'Reilly: It does. Even in some parts of Ontario, many community hospitals actually run such a model. So the psychiatrist goes to the hospital in the morning, does his or her rounds and then runs an office-based practice outside the hospital in the afternoon and will follow up. If they admit someone from the emergency room, that's their patient. They will continue to follow that patient. So they are very much committed to the patient. I would envision a situation where we would actually have some outpatient departments and non-bedded services run by our hospitals.

One of the other things—I'm going to say to the committee, I'm not sure if you've heard something like this before, but we talk about institutional versus community services and we lump all the hospitals into the institutional sector. But for heaven's sake, general hospitals are a community-based service that's actually helped to maintain somebody in the community. Many of them are actually called community hospitals. I think there's been some illogical thinking around this and I would favour general hospitals actually running the services that would provide care and treatment for individuals who are discharged from their in-patient wards.

M^{me} France Gélinas: How about the rest of the team that would support? I understand the psychiatrist certainly has an important role to play in the care. There would also be other people? Do you see those as being employees, as in outpatient hospitals, who would also follow the patient?

Dr. Richard O'Reilly: Absolutely. If the hospital actually runs an ambulatory care service, then the social worker and maybe case-manager nurse from the ward can continue to be involved in the patient's care in the community. That's one of the reasons I would go to that rather than our current office-based practice, in which the psychiatrist has a private office.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you. Who would like to—Ms. Jaczek.

Ms. Helena Jaczek: Perhaps going back to some of what we heard, we heard over and over from parents, from families, that they had a teenaged son, relative or sibling; they knew something was wrong. They went to the family doctor. The family doctor had a tendency to offer some bromides, essentially. There didn't seem to be the recognition that this was something serious. The family offered, "Something isn't quite right"; the family doctor was more reassuring.

You did say that early intervention is being done well. My question is, do you think there really is a problem on the part of some family physicians actually recognizing when they're dealing with a serious mental illness? Because obviously, then, the early intervention does not occur. Is there something that needs to be done to ensure that that sort of screening that is occurring out in the community at that first psychotic break is there to help physicians with that sort of diagnosis and to be able to at least get into the early intervention?

And if I may, just to continue that thought, families, once the hallucinations were so florid or whatever symp-

tom occurred that they got their child relative to the hospital, then they were excluded from treatment decisions and potential side effects. The young person was then dumped back on them—in their view, prematurely—and they had not been properly communicated with, yet they've had the responsibility in terms of follow-up. That's a scenario that we heard over and over. Perhaps you could just lead us through that.

1610

Dr. Richard O'Reilly: I work a lot with families, and I hear the same stories. I'm very familiar with these stories.

With regard to the first question of an individual presenting with symptoms that may be schizophrenia, that is actually difficult. It can be very hard to decide whether somebody has a psychosis. We're not even too worried about whether it's schizophrenia or bipolar disorder, but it's a psychotic disorder. Many of our young people smoke cannabis and use other drugs which can mimic some of the symptoms of mental illness. Moreover, the early signs, before there are actually psychotic symptoms, of withdrawal, non-communication etc., are actually part of teenage, adolescent life, so it's difficult. I don't have a great answer for that. I think the more education we can provide family doctors the better. Maybe other individuals have a more comprehensive approach.

However, when it comes to a situation where an individual clearly has a psychotic illness, is so diagnosed, has been treated and is returning to the family, this is a perennial problem where the families complain that the system and the doctors and other professionals don't give them information.

I'm going to say a few things to the committee, and you may have some supplementary questions. Within our Health Care Consent Act, actually, we have a perfectly good provision to assess someone as incapable of consenting to the release of their records: a test, based on case law, that the individual doesn't understand that they're releasing their records, that that's what they are being asked to do, or doesn't appreciate the consequences of releasing or withholding their records. The problem is this is almost never used, and I think it's almost never considered by mental health professionals. It would be applicable in many of these cases.

If a young person is returning to their family, and the family is going to be responsible financially for them, perhaps, for their medication and for monitoring their treatment and symptoms, then surely the family does need to know what those early signs are of relapse, what the medication is, what the side effects are.

I think, in many cases, if professionals had that discussion directly with the young person, they could actually bring the person around to see that, yes, it is necessary. In many other cases, I believe that individuals may be refusing to have their family in the information loop because of delusions or other problems which are really a reflection of that lack of capacity. The Health Care Consent Act provisions could be used in that case. There are things that can be done.

Unfortunately, sometimes professionals say, "Oh, there's nothing we can do about it." I tell my psychiatric trainees and medical students never to say that, because it's almost always wrong. There nearly always is something that can be done.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Mr. Leal?

Mr. Jeff Leal: Thank you, Dr. O'Reilly, for your presentation. You talked about the possible role of an ombudsman in this area. If we had effective case management for people with mental illness to come up with a plan, would you still need an ombudsman to look at things?

Dr. Richard O'Reilly: I think we still would.

Mr. Jeff Leal: Why?

Dr. Richard O'Reilly: For one thing, would the individuals who need case management get a case manager? We do have very effective case managers, but unfortunately, I still think that they have difficulty making sure that an individual is admitted. Sometimes the case manager comes with somebody with a psychotic illness to the emergency room and tries to give information to the clinical staff, who typically will say that they may be very busy. They may take the information but the person may still not be admitted because of lack of services. I think that the case managers do not have the authority to take the next step.

Mr. Jeff Leal: What would happen if this committee, through our deliberations, decided to redefine the role of case managers in the province of Ontario?

Dr. Richard O'Reilly: I hate answering a question with a question, but what would the redefinition be? If the committee could somehow empower case managers so that they could somehow insist on service being given, that could make a change, but I'm not sure how that could come about.

Mr. Jeff Leal: I didn't mean to pose the question back to you. I guess what I'm getting at is that we've had a lot of deputations over the last number of months that have made very positive suggestions on how the role of a case manager could be changed in terms of their role or responsibility, what they might be looking at in terms of dealing with an individual with mental illness.

Dr. Richard O'Reilly: My vision of the role of ombudsman/advocate is that such a person would try to resolve the problem at ground level with the clinician, and even ask, "Why did you not admit someone?" Throwing light on practice is a very good thing. When I know I'm being monitored, I think about things very carefully. I think that would be good.

My vision is that if there was not a satisfactory response or if the problems were repeated, that the ombudsman could go to the next level, the chief of staff in the hospital, the CEO, the minister, so that we could actually find some remedy for the problem.

Certainly, we've been hearing for 20-years-plus about these problems of people falling through the cracks. We know it's happening; you've heard all this. My plea is that we don't just keep doing the same thing over and over again. We have to do something different. People

say it's the definition of madness to keep doing the same thing over and over again and expect a different outcome. I'm a psychiatrist. It's not the definition of madness but it is of silliness, to do that.

Mr. Jeff Leal: Well, in this committee, I think, it's our intention to forge a new course.

The other question I have—I'll be brief. The role of LHINs in the province of Ontario in terms of mental health planning: Do you have any thoughts on that?

Dr. Richard O'Reilly: Not really, but again, my ask to the committee is to make sure that the LHINs do not allow the government to walk away from making sure that the money's used accountably, particularly money that's tied to the treatment of serious and persistent mental illness.

Mr. Jeff Leal: Okay. Thank you, Doctor.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Mr. Ramal, I believe you have a question as well.

Mr. Khalil Ramal: Yes, a quick question. Thank you very much, Dr. O'Reilly. I know you have been pushing for a long time for changes in the Mental Health Act. You mentioned also non-controversial changes would affect many different people in a positive way. You don't think these changes might help someone; that in the end, in some different cases, they will affect the rights of individuals? I know you've dealt with many different cases and you've been passionate about it for many years.

Dr. Richard O'Reilly: Let me first say that we have a great organization in Ontario called the Psychiatric Patient Advocacy Office. They provide rights advice and other services, getting individuals lawyers so that they can challenge civil commitment and findings of incapacity. It's really wonderful.

I'm suggesting a change. In coming before this committee, I have looked at the likely outcome of the change. In fact, the outcome of the change is—that only one person in Ontario, over a 15-year period, would have been given a medication that she didn't want while in hospital.

On the other hand, the outcome would be that many, many individuals—actually hundreds—would be discharged earlier from hospital and some would avoid periods of involuntary detention in hospital lasting many years—up to 25 years in one case.

1620

Mr. Khalil Ramal: Just a quick one: You talk about the system having some kind of flexibility but that flexibility not being used by some doctors. Can you tell us why? What's the reason it's not being used? You mentioned that when you answered some questions in terms of responsibility of the parents, that they look after the person financially and also administer the drugs.

Dr. Richard O'Reilly: I think there are many problems. I think, in one of my responses, it was on the issue of releasing information. I think that's a lack of knowledge. It's a significant problem with that. I don't think that many of my colleagues know about that or have really seriously considered it. When they don't consider

it, and they are teaching the new generation coming through, then they don't consider that either. That's one problem.

But I think there are other problems. In the general hospitals, we have a fee-for-service system. A fee-for-service system doesn't suit the management of people with very severe and persistent mental illness, who are going to be applying for review boards on a frequent basis and whose behaviour, in other ways, leads to needing to spend a lot of time talking to group home managers, case managers, the police etc.

There are other things. It's a complex potpourri of reasons, but those are two important ones.

Mr. Khalil Ramal: Thank you.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): I have one question, just to finish off. My question really relates to the person who lacks insight into the fact that they have a problem and what happens, the frustration that's been expressed by families, physicians and police with multiple admissions: that people maybe go in, they're committed on a form 1 for a period of 72 hours and then, at the end of the time, if they're not actively suicidal or homicidal—to be a little bit simplistic about it—then they're discharged, and it's just a revolving door that results in multiple admissions. I'd really be interested in your insights, Dr. O'Reilly, on what you think we could do to stop that, whether an earlier capacity assessment, while the person is there on the form 1, would be helpful or what you would suggest instead.

Dr. Richard O'Reilly: Madam Chair, our Health Care Consent Act and Mental Health Act actually require an assessment of capacity—in fact, ongoing assessment of capacity, but particularly when someone's admitted to a psychiatric ward.

An assessment of capacity doesn't need to be a prolonged thing. It can be done when you're sitting down with a patient. If a person is incapable of consenting to their treatment, if they are likely to deteriorate either mentally or physically because of their mental illness, and if they have previously been treated and responded to the treatment, they can actually be kept in hospital with the substitute decision-maker's agreement and agreement to provide treatment. This is the so-called "box B" criteria, or deterioration. We already have this in our act; it could be used much more.

Our problem, and the problem that my colleagues face, is a problem of overcrowding in the wards: beds full and no room at the inn when we have patients in this situation. Many patients would benefit from being admitted under the box B criteria and treated just in the situation. That's an area that you outlined.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): This is the first time I've heard that we already had the ability to do that. My question is, why aren't families availing themselves of that opportunity, then, to say, "I'm going to choose since my son or daughter or family member is deemed to be incapable of personal care decisions"? Why can't they step in as either the explicit substitute decision-maker or de facto substitute decision-maker if one hasn't already been selected?

Dr. Richard O'Reilly: Well, they are the substitute. There's a hierarchy, and most times the family member falls in that and is the person designated by the hierarchy. The problem is that that doesn't give the family member the right to admit somebody to hospital. That rests with the physician, and the physician doesn't have the ability to admit someone to hospital if there are no beds.

In a typical emergency room on a Friday or Saturday night, there are maybe five, six or seven people who are psychotic and would benefit from treatment, but there are no beds upstairs in the ward. So then, it often becomes a triaging exercise to shelters and other inappropriate places, with a small prescription of medication and an appointment to return to some outpatient service in the following week.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): So this is a far more serious issue than—the lack of beds is really preventing substitute decision-makers from asking that someone be treated, and the physician theoretically can't admit them because there are no beds, rather than a lack of ability to deal with it in a legal sense.

Dr. Richard O'Reilly: Absolutely. There are the provisions in our act; I think some of them we may question, and certainly there is concern among some families about the requirement for prior treatments before the box B deterioration criteria can be invoked. It could be invoked for many—many patients would benefit from it—but there are no beds to put those patients in.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): I think Ms. Jaczek has one further follow-up.

Ms. Helena Jaczek: Could I just follow up on this? Because I know that when we looked at the legislation—and I don't have it in front of me—first of all, there was this issue of if this was the first episode; obviously, part of the wording didn't apply. It seemed that you had to have gone through this before; treatment had been successful before. Therefore, in this instance, you wanted treatment again because it had been proven to be helpful. So that's a bit of an issue, if this is a first break.

There was also wording that seemed to imply bodily harm. Wasn't there an issue with how the wording didn't seem to imply mental deterioration? The wording seemed to imply that you had to do yourself some physical harm. Anyway, that was the way it seemed to read to us.

Dr. Richard O'Reilly: In Ontario, if I am to commit someone because they are at risk of substantial mental or physical deterioration, then I have to have a number of other things. I need the consent of the substitute decision-maker, the person must have previously had treatment and responded, but the bodily harm doesn't come into that. The bodily harm issue is related to the other criteria.

Without the permission of the substitute and without the need for somebody incapable of actually consenting to their own treatment, a physician can admit a patient if they are a danger to themselves or to others, or at risk of substantial physical impairment, which basically means that unwittingly, because of a mental illness, they will suffer serious bodily harm, such as sleeping out and getting frostbite or wandering in traffic because of inattention due to their mental illness. I hope that's—

Ms. Helena Jaczek: So that wording really could be used in the first instance because the physician could assume that this person is out of touch with reality, it's minus 40 degrees and they might wander out, and therefore, "I can use that provision to initiate treatment."

Dr. Richard O'Reilly: Well, in Ontario, we separate hospitalization from treatment. You could use the provision in the first instance to admit a person and you would not need to contact the substitute decision-maker. Then the physician must assess the person's capacity to consent to treatment or refuse treatment. If that's absent, they could be treated. Of course, a person with a mental illness who is going to do that—sleep out when it's minus 40—should receive treatment.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you very much, Dr. O'Reilly. We really appreciate your presence here and your answering our questions. If we do have any follow-up questions, would it be all right if we are able, as a committee, to contact you?

Dr. Richard O'Reilly: I would be absolutely delighted to provide any further information that the committee wants or answer any further questions that may come up after your deliberations.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): That's terrific. We greatly appreciate that. Thank you again for joining us today.

Dr. Richard O'Reilly: Thanks very much.

1630

M. ANDRÉ MARCIL

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Our next presenter is André Marcil. Mr. Marcil, please make yourself comfortable. There's water there. Get yourself settled and start whenever you're ready.

For the information of the committee members, while the next presenter is getting set up, for any of you who have received the brown envelope—that's for those of us who are travelling to Peterborough on Friday—it contains some information, and Susan has also provided us with the revised itinerary. If I could just ask you to make sure you make note of that so that we're all in the right place at the right time and the bus doesn't leave us stranded somewhere. That is all for that.

M^{me} France Gélinas: I had memories of Sioux Lookout when you were talking about the bus leaving.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Oh, yes. There was that.

M^{me} France Gélinas: I knew that has happened to somebody at some point.

M. André Marcil: Alors, on attend que l'ordinateur soit prêt. Je pense que vous saviez—ce n'est pas une surprise—que j'aurais une présentation.

Interjection.

M. André Marcil: Je disais que j'ai été invité pour vous faire une présentation en français, étant donné que ça touche à l'accès à des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les francophones en Ontario, et plus précisément pour la région du Nord-Est.

Je vais essayer de ne pas parler trop vite pour donner une chance aux traducteurs. Ma présentation va évidemment être en français.

J'ai sept sections dans cette présentation :

—évidemment, l'introduction;

—la question de l'accès à des services en français de qualité—c'est une question d'équité et de droits;

—l'état de la situation en général au niveau de l'accès à des services de santé en français de qualité dans le nord-est de l'Ontario. C'est quoi l'état, en général, de l'accès?;

—la démographie de la population francophone du Nord-Est;

—l'accès à des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en français de qualité dans le Nord-Est;

—les pistes de solutions; et

—les pratiques exemplaires à considérer pour améliorer l'accès.

Je vais vous parler de l'accès, des lacunes, mais aussi des solutions possibles en tenant compte des ressources existantes.

La première chose que j'aimerais vous dire est que je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de participer à ce grand projet, qui est de réformer le système et d'améliorer l'accès à des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario.

Je dois vous dire que ça fait 26 ans que je travaille dans le système. J'ai participé à plusieurs comités sur la planification. Quand je regarde le document que vous avez développé, Chaque porte peut être la bonne porte, je regarde la vision, les objectifs, les sept orientations stratégiques, la stratégie d'aller au-delà des services de santé mentale spécialisés, de tenir compte des autres services comme les soins primaires, d'aller encore au-delà de la santé vers les autres ministères qui offrent des services à la clientèle qui souffre d'un problème psychiatrique. Je dois vous dire que je trouve que c'est la meilleure stratégie que j'ai vue qui a été proposée en Ontario jusqu'à maintenant.

Maintenant, les propos, ce pourquoi je suis ici, comme je le disais tantôt, est de regarder l'accès aux services en français de qualité avec vous autres, tout en mettant l'accent sur le fait que c'est un grand défi qu'on a tous à relever ensemble. Je pense qu'une fois qu'on aura passé à travers les premières parties sur les données, l'information sur l'accès ou le manque d'accès, ça va vous donner un meilleur portrait de ce que je veux dire par « défi ».

Je suis sûr que vous êtes au courant, mais j'aimerais tout de même débiter en parlant de la question d'équité et de droits. Comme vous le savez, le français est une des deux langues officielles au Canada. Alors, elle repose sur plusieurs assises juridiques. La première, comme vous le savez, c'est le principe constitutionnel du respect et de la protection des minorités : la Loi sur les langues officielles du Canada, et la Loi sur les services en français de l'Ontario, qui, après la cause de Montfort, comme vous le savez, est une loi maintenant quasi

constitutionnelle. Cela veut dire qu'elle a préséance sur les autres lois de la province. Il y a aussi la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, qui stipule les obligations du gouvernement et de tout le système de santé Ontarien en vertu de la Loi sur les services en français, qui est maintenant, comme je le disais, une loi quasi constitutionnelle.

Ceci dit, les francophones en Ontario ne sont pas un groupe ethnique parmi d'autres. Les francophones en Ontario sont un peuple fondateur. Ce que ça veut dire, c'est qu'ils ont des droits, puis c'est une question d'équité et de droit d'avoir accès à des services de qualité en français. Toutefois, comme l'a indiqué Maître François Boileau, le commissaire aux services en français de l'Ontario, dans son rapport sur la planification des services de santé en français de 2009 : « On ne dessert pas la clientèle francophone en français parce que l'on est obligé de le faire. On le fait parce que ça améliore directement la santé des gens; c'est tout simplement la meilleure chose à faire. »

L'accent de ma présentation est surtout sur ce dernier point-là. Ce n'est pas nécessairement le point juridique, mais c'est plutôt de faire appel à la compréhension, à l'état de la situation par rapport aux francophones. C'est ce que je vais tenter de faire.

1640

L'état de la situation au niveau de l'accès à des services de santé en français de qualité, un aperçu général : le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire a estimé, en 2001, que plus de 50 % de la population francophone minoritaire avait peu ou pas d'accès à des services de santé en français. En appui, les rapports de Beaulieu et Lalonde de 2003 et de Louise Picard et Gratien Allaire en 2005 indiquent que l'Ontario n'arrive pas à offrir à sa minorité les services dont elle a besoin et que le niveau de qualité des services est loin d'être comparable à ceux offerts à l'ensemble de la population de l'Ontario.

D'autres enquêtes révèlent que 40 % à 80 % des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie—ou de dépendance, si vous préférez—ne reçoivent absolument aucun traitement.

Toutes les annotations que vous avez—les références—sont toutes dans le document que je vous ai donné. Je vous ai donné un document dans une pochette. Ce document-là est complet; tout est là. La présentation « PowerPoint » est juste des extraits que j'ai repris, mais toutes les listes d'études auxquelles je me réfère, vous avez toutes les références pour aller les vérifier et les consulter.

De plus, dans les hôpitaux, le service d'urgence, comme on le sait, est souvent le point central d'accès au système de soins de santé où les trois quarts des Franco-Ontariens se voient refuser l'accès à ce service dans leur langue. Alors, il y en a trois quarts, 75 %, qui, quand ils vont à un service d'urgence en Ontario, n'ont pas accès à des services dans leur langue.

Au niveau de la barrière linguistique, le Rapport spécial sur la planification des services de santé en

français en Ontario, 2009—c'est encore une fois du commissaire—identifie les effets découlant des barrières linguistiques comme suit : cela engendre des effets négatifs sur la qualité des services, l'efficacité et l'efficience du système de santé. Ça réduit le recours aux services préventifs, influence la qualité des services où la bonne communication est essentielle—et quand on parle de santé mentale, on parle de communication, on parle de compréhension. On ne parle pas juste de compréhension de la langue, mais on parle de compréhension de la culture, ce qui fait qu'un francophone ou un anglophone ou n'importe qui d'autre qui appartient à un groupe spécifique a développé des façons de penser, des valeurs communes, etc.; alors, la question est de comprendre les cultures.

Cela augmente aussi le temps de consultation. Alors, quand on veut prendre une consultation et qu'on est francophone, et on est desservi, par exemple, par un psychiatre anglophone, le temps de consultation peut être un peu plus ardu, parce qu'il y a de la difficulté dans la communication.

Ça peut être difficile aussi au niveau des tests diagnostiques. Nous, on a vu ça. À l'organisation pour laquelle je travaille depuis 25 ans, qui offre toute une gamme de services de santé mentale, on a souvent vu et on a pris connaissance des cas où il y a des gens qui avaient eu des diagnostics et c'était vraiment une erreur due à la langue et à la compréhension de ce que l'individu, le client, donnait au psychiatre.

Alors, ça dit, les « tests diagnostiques et la probabilité d'errer dans les diagnostics et les traitements »—ça diminue également la probabilité de fidélité aux traitements et réduit la satisfaction à l'égard des soins et services reçus. On va voir un professionnel de la santé pour une dépression. On ne se sent pas vraiment compris, puis il nous prescrit des antidépresseurs, mais ça se peut que ça nous ne tente pas de prendre des antidépresseurs parce qu'on n'est pas sûr qu'on était compris, que c'est vraiment ce traitement-là qui va nous aider.

D'autres études viennent appuyer les propos du commissaire dans le rapport d'évaluation de Santé Canada de 2008. Ce rapport-là présente les résultats d'une revue de 135 études portant sur la langue comme barrière de communication. Ce n'est pas juste parce que moi, je l'ai dit aujourd'hui; c'est basé vraiment sur plusieurs études.

En santé mentale, trois études, entre autres, montrent que les patients confrontés à des barrières linguistiques semblent présenter davantage des symptômes d'une maladie mentale, ou, ça augmente les symptômes.

D'autres études confirment que les locuteurs d'une langue minoritaire sont notamment plus susceptibles de recevoir un diagnostic erroné—comme j'ai donné dans mon exemple tantôt—par rapport à leur condition, et donc un traitement inapproprié.

Si les intervenants en santé ne comprennent pas clairement les patients et que ceux-ci ne se sentent pas à l'aise dans cette relation, ils auront tendance à moins utiliser les services disponibles.

D'autres soulignent que le problème de barrières linguistiques va au-delà de l'intervenant, soit au niveau organisationnel. « Ce n'est pas que l'intervenant qui doit posséder les compétences culturelles, mais l'ensemble du personnel des organismes et du système... »

Je vous donne un exemple : vous avez une organisation qui est désignée sous la Loi sur les services en français. Alors, on sait que dans une désignation, si la désignation est complète, ça veut dire que tout le monde est capable de bien servir en français ou dans les deux langues. On peut avoir un individu qui va rencontrer un travailleur social et va être desservi en français. Il a besoin de voir l'infirmière, qui est unilingue anglophone, et le psychiatre est unilingue anglophone. Est-ce qu'on peut vraiment parler d'un service qui est accessible dans un français de qualité? Permettez-moi d'en douter.

La langue et la culture, un déterminant de la santé pour les francophones de l'Ontario : dans le rapport du commissaire 2009, celui-ci indique que « les normes de santé publique de l'Ontario reconnaissent que la langue et la culture sont des déterminants de la santé... ». Le commissaire précise que les francophones de l'Ontario ont des besoins spécifiques et des caractéristiques qui leur sont propres, et lorsqu'ils reçoivent des services de santé dans leur langue et leur culture, leur santé s'améliore. Dans le cas contraire, la santé a tendance à se détériorer.

La langue et la culture, un déterminant de la santé, suite : D'autres études ont démontré que la santé, en général, des francophones en Ontario est moins bonne que celle de la majorité; ils sont plus à risque en ce qui à trait à plusieurs comportements qui touchent la santé. Il y a deux études qui sont principales, dont vous avez les références dans le document.

Plusieurs autres études ont démontré que les services offerts étaient de meilleure qualité lorsque les communautés touchées s'occupaient davantage de leur santé. Alors, quand c'est des francophones qui offrent des services aux francophones, évidemment, les services sont adaptés aux besoins des francophones, puis ils y ont accès dans un français de qualité.

Ceci m'amène au nord-est de l'Ontario. Le Nord-Est est une région que je connais mieux, alors mes propos vont plus cibler le Nord-Est. Le nord-est de l'Ontario englobe 40 % du territoire de l'Ontario. C'est un territoire immense avec une population totale d'environ 551 691 individus, dont 125 000 francophones, qui représentent 23,1 % de la population qui est répartie dans six districts.

La population francophone qui est répartie sur ce vaste territoire-là se retrouve aussi en grand nombre dans certaines régions, alors un grand nombre par une plus grande proportion. Je veux vous montrer ça ici. Le tableau vous présente—si vous regardez dans les districts, il y a quatre districts principaux où on retrouve un plus grand nombre de populations francophones. Il y a le district de Cochrane, Manitoulin-Sudbury, Nipissing, puis Témiscamingue.

Dans le district de Cochrane on retrouve 49 % de la population qui sont des francophones de langue

maternelle. Ça veut dire que la population francophone est majoritaire dans le district de Cochrane, parce qu'on a évidemment les anglophones, mais on a aussi des autochtones. Alors c'est le district dans le Nord-Est où les francophones sont majoritaires. Ensuite, on a Manitoulin-Sudbury, où on trouve 25 % de la population, qui est quand même 50 000, comparativement à Cochrane, qui n'est pas loin de 40 000; le Nipissing, 20 000, qui représente 24,7 % de la population; puis le Témiscamingue a 8 000, qui est 24,5 % de la population.

Une chose qui est à noter et qui est vraiment importante pour la planification future est que 50 % des francophones dans le Nord-Est en 2006 avaient 40 ans et plus. Alors, ça veut dire que la population est vieillissante, donc ça veut dire qu'il y a des soins de santé qui vont devenir plus évidents. Aussi, c'est la tranche d'âge où l'anglais est le moins maîtrisé. Les gens ont plus de difficultés à fonctionner en anglais.

Maintenant, pour ce qui est de l'état de la situation dans le Nord-Est, on peut se poser la question : « Où sont les services de qualité en français qui seraient accessibles? » Moi, j'ai utilisé trois sources principales d'information pour savoir ça : la qualité et l'accessibilité des services en français dans le Nord-Est. Premièrement, j'ai utilisé la liste des fournisseurs de services de santé du RLSS pour les organisations soit qui ont manifesté le désir d'être désignées, ou qui sont partiellement désignées ou qui sont désignées. J'ai aussi utilisé le plan de services intégré du RLSS pour identifier le nombre d'organisations. Je pense que c'est assez significatif, ce que vous allez voir comme information. J'ai donné les nombres, maintenant on va les regarder.

1650

En santé mentale, sur 40 organisations qui offrent des services de santé mentale communautaires sur ce grand territoire, quatre sont désignées pour desservir une population de 125 000 personnes francophones, tout en étant aussi mandatées pour desservir la population anglophone—alors, quatre pour toute cette grande région-là.

Dans le domaine de la lutte contre les dépendances, sur 10 organisations, il y en a quatre qui sont désignées, dont trois qui sont des organisations francophones. Si je reviens à la santé mentale, il y en a une qui est une organisation francophone, sur les quatre.

En ce qui a trait aux services hospitaliers, sur 26 hôpitaux locaux, trois sont désignés, et deux partiellement. Tantôt, les statistiques générales disaient que 75 % des francophones qui vont à l'urgence ne sont pas capables d'être desservis en français, mais si on regarde ici le Nord-Est, sur 26 hôpitaux, il y en a trois désignés, puis deux qui le sont partiellement.

Je peux vous dire que dans ma région, il y en a un qui est désigné, mais quand je vais à l'urgence avec mes enfants ou pour moi, je suis toujours desservi en anglais. Alors, il faut faire attention à ce que ça veut dire, « désigné ». Est-ce qu'on veut dire une désignation complète ou pas? La plupart du temps, ça ne veut pas dire une désignation complète. Quelles sont les façons

d'évaluer si vraiment les organisations désignées offrent des services qui sont de qualité en français et qui sont accessibles en tout temps? Ça, c'est une toute autre question.

La deuxième et la troisième source d'information sur l'accès pour les francophones dans le Nord-Est à des services de santé de qualité proviennent des rapports Préparer le terrain: rapports régionaux du Nord et du moyen Nord, et de notre expérience à titre de pourvoyeur de services. Ces rapports-là nous informent que les services de santé en français, incluant les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, présentent une variation des niveaux, les services allant de faible à adapté aux besoins sur le territoire. Si c'est un grand territoire, il y a des places où on a des services qui sont plus adaptés aux besoins, puis à certains endroits il n'y en a pas. On va qualifier un petit plus tout ça.

Cette tendance a aussi été identifiée au niveau de l'accès aux soins de santé offerts par les hôpitaux locaux et les pourvoyeurs de soins de santé primaires offerts par des organisations de gouvernance francophone. Alors, quand ils ont une gouvernance francophone, évidemment, les services sont accessibles en français de qualité et répondent aux besoins.

Dans le Nord-Est, on a deux hôpitaux qui sont de gouvernance francophone : on a l'Hôpital Notre-Dame, puis on a l'Hôpital de Smooth Rock Falls. Un petit peu plus loin, je vais parler un petit peu plus des pourvoyeurs de soins de santé primaires qui offrent des services en français.

À l'inverse, par contre, l'accès est plus limité avec les hôpitaux locaux et les pourvoyeurs de soins de santé primaires de gouvernance anglophone. Pourquoi est-ce que c'est limité? C'est caractérisé par un manque prononcé de médecins francophones ou bilingues. L'accès à d'autres professionnels de santé, dont les pharmaciens—vous savez que quand vous allez voir votre pharmacien, puis il vous explique comment prendre un médicament, puis il ne vous parle dans votre langue et vous avez de la misère à comprendre, vous avez un problème. On en voit, de ça. Même chose—accès à une infirmière. Ce n'est pas toujours disponible en français. Même la plupart du temps, ça ne l'est pas dans les institutions qui sont anglophones.

L'état de la situation dans le Nord-Est, suite : le rapport de la région du Nord appuie les observations que je viens de faire, en soulignant: « Les communautés du Nord-Est affirment, en général, recevoir peu de services en français, sauf quand il s'agit d'un service géré et offert entièrement par des francophones ».

En ce qui a trait à l'accès à des services de santé mentale de deuxième et de troisième lignes—là on parle des hôpitaux de district qui ont des départements de psychiatrie, et de « troisième ligne » on parle des hôpitaux psychiatriques—le manque d'accès à des services en français de qualité est flagrant. Puis je vais vous donner un peu plus d'information au fur et à mesure.

Sur les cinq hôpitaux de district offrant des services de santé mentale de deuxième ligne, un seul est désigné,

mais la plupart du temps, quand on y envoie nos clients francophones, ils ne sont pas desservis en français. On va vous présenter un cas tantôt qui va bien illustrer ce qu'on veut dire par cela.

« Désigné », ça veut dire ce que ça veut dire, avec les limites que cela a. Les quatre autres ne sont pas désignés, donc il n'y a pas de services en français, ou très peu.

En ce qui a trait aux services de troisième ligne, ils sont offerts par le Centre de santé mentale du Nord-Est, dont la majorité des programmes ne sont pas accessibles en français. Par exemple, de 13 programmes régionaux de liaison communautaire qu'il gère, un programme, soit le programme de psychogériatrie, avec lequel on travaille conjointement, est supervisé par un gestionnaire bilingue francophone, et les services cliniques sont offerts par un psychiatre itinérant francophone. Ça fonctionne bien. Les gens ont des services de qualité en français. Le Centre de santé mentale du Nord-Est a un programme gagnant—un, sur tous les autres. Alors, ça serait une belle histoire à répéter. On en parlera tantôt aussi.

Ça m'amène aux histoires de cas. Pour ceux qui peuvent suivre en français, dans le document que vous avez, à la page 5, j'ai commencé par une première histoire de cas qui concerne l'accès à des soins de santé primaires. C'est une situation qui est arrivée chez nous. Voici le cas d'un client qui s'est présenté en détresse chez son médecin. Ce client francophone explique au médecin anglophone du mieux qu'il peut en anglais qu'il ne va pas bien; qu'il fait de l'automutilation; qu'il se fouette par remord ou culpabilité en lien avec son passé. Le médecin ne peut pas capter correctement tout ce que le client en détresse lui dit, et conséquemment aucune intervention n'est faite par rapport à cette crise par le médecin. Les éléments dépressifs, d'estime de soi, de culpabilité et de dangerosité pour le patient et potentiellement pour les autres sont restés inexplorés.

Qu'est-ce qui est arrivé? Plus tard, ce client, toujours en détresse, est retourné chez lui et tente de mettre fin à sa vie en utilisant une bouteille de boisson gazeuse brisée pour se perforer l'abdomen à quelques reprises. Ce client est encore vivant aujourd'hui mais cette tragédie aurait pu être évitée si le médecin traitant aurait été en mesure de comprendre le français et le client en détresse aurait pu s'exprimer et être compris dans sa langue. L'intervenant primaire de ce client a fait un suivi avec le médecin, qui a confirmé n'avoir pas saisi les propos du client lorsque le client s'est présenté en détresse.

Alors, ce qu'on dit, c'est que souvent, des clients doivent être accompagnés d'un membre de famille ou d'un ami afin d'obtenir de l'aide pour effectuer la traduction. Ceci ajoute un stress additionnel au client, ayant à dépendre sur une troisième personne afin d'essayer d'obtenir des soins adéquats d'un médecin, puis ça aussi cause des problèmes. Les gens qui font de la traduction sans avoir nécessairement les compétences pour le faire : ça fait partie d'un autre aspect que je présenterai un petit plus loin.

Nous pouvons résumer nos observations sur le manque d'accès à des services en français de qualité en

corroborant plusieurs éléments identifiés dans les rapports régionaux du Nord et du Moyen Nord comme suit—c'est une série de constats qui résumant ce que je vous ai présenté jusqu'ici, mais d'une façon succincte :

Premièrement, l'accessibilité à des services de santé mentale et de toxicomanie en français de qualité est une exception que l'on retrouve surtout dans le nord du district de Cochrane. Ce service n'est donc pas continu sur tout le territoire.

Dans les autres districts, la majorité des services sont accessibles via les organisations offrant des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, les cabinets de médecins et les hôpitaux, qui sont tous presque exclusivement en anglais, sauf dans les endroits où il y a des centres de santé francophones et des équipes de santé familiales francophones où un accès limité est offert à des services de base en santé mentale.

Les services spécialisant en santé mentale de deuxième et de troisième lignes ne répondent pas adéquatement aux besoins des communautés francophones du Nord-Est, puisqu'ils sont accessibles presque exclusivement en anglais.

1700

J'aimerais partager deux autres cas. Page 6, dans le bas : un cas assez pathétique. Un homme dans la soixantaine, schizophrène, en phase psychotique, ayant des hallucinations auditives avec idées de persécution et des idées suicidaires, se présente à l'urgence de l'hôpital local. Suite à l'évaluation, il est transféré à l'hôpital du district de Timmins. Monsieur est incapable de s'exprimer en anglais. Il ne peut recevoir de l'aide pour ses besoins psychiatriques. Il reste à l'hôpital du district de Timmins quelques jours et il est retourné à la maison. Lors de ce séjour, la conjointe, qui est aussi souffrante d'un problème de santé mentale à long terme et grave, n'a pu obtenir de l'information au sujet de son conjoint car elle ne comprend pas l'anglais et que le personnel de l'hôpital, à ce moment-là, n'était pas en mesure de communiquer en français—un hôpital désigné, encore une fois.

Toujours instable, le client en question est retourné de l'hôpital à la maison. Par la suite, les services ont tenté de mieux aiguiller le client vers des ressources francophones pour qu'il puisse être desservi. Le client exprime ne plus vouloir retourner à l'hôpital de Timmins. On peut comprendre. Les arrangements sont donc effectués avec l'Hôpital Montfort d'Ottawa. Le client est réticent d'aller à Montfort, parce que c'est quand même à 1 000 kilomètres de chez lui, mais finalement il coopère parce qu'il sait qu'il va recevoir des services dans sa langue. Il se rend donc à Montfort et y passe un séjour de quelques semaines. Une fois que son statut mental a été stabilisé, le client est retourné à domicile, et il était satisfait des services : un exemple de client qui a eu accès à des services de deuxième ligne dans sa langue appropriée, et qui a pu retrouver un statut de santé mentale normale et fonctionner.

Le troisième cas, c'est un cas qui est arrivé en 2002, vraiment intéressant. Ça concerne les services de

troisième ligne. Ce jour de 2002, où les professionnels de la santé de l'hôpital psychiatrique de North Bay se sont rendus à Kapuskasing, dans le Nord, avec l'un de leurs patients, ils ne s'attendaient sûrement pas à connaître la plus grande surprise de leur carrière. Leur patient était transféré à la charge des services de counselling. Il rentrait chez lui à Kapuskasing afin de vivre au sein de la collectivité. Conformément au protocole, les membres de l'équipe de North Bay ont transmis à leurs collègues de Kapuskasing les renseignements pertinents sur le patient avant de le leur confier. Ils ont indiqué que le patient était très renfermé et qu'il parlait à peine. Le conseiller en chef de Kapuskasing, qui était à ce moment-là avec le patient et l'équipe à Kapuskasing, s'est alors adressé directement au patient, en français. Les professionnels de l'équipe de transfert de North Bay ont été stupéfiés d'entendre le patient parler plus qu'il ne l'avait jamais fait, et de s'engager dans une véritable conversation. On s'était adressé à lui en français. Ce patient s'est depuis lors adapté, et il vit dans la collectivité de Kapuskasing, dans une région qui est francophone à plus de 72 %. C'est donc dire qu'il avait vécu sept ans à l'hôpital psychiatrique de North Bay, et pendant ces sept années, il avait été traité par des médecins et des professionnels de la santé qui s'adressaient à lui exclusivement en anglais. Encore en 2010, l'équipe me disait hier, les soins sont livrés presque exclusivement en anglais.

Alors, quand on dit que les services de deuxième et troisième lignes ne répondent pas adéquatement aux besoins des francophones, vous avez des exemples qui le démontrent. Non seulement la littérature nous le démontrait, mais les exemples pratiques chez nous dans le Nord-Est sont là. Vous avez les nombres d'institutions qui sont disponibles à offrir des services en français; il y en a très peu.

D'autres problèmes que vous avez bien identifiés aussi dans votre rapport : la pénurie de professionnels de santé mentale et de lutte contre les dépendances, compétents linguistiquement et culturellement—et le manque d'accès à des programmes de formation continue en français pour les professionnels.

La qualité des services est souvent compromise : lorsque les institutions ou les professionnels de la santé ont recours à un interprète, comme un employé de soutien ou un membre de la famille, pour faire la traduction des besoins du patient, de ses problèmes de santé mentale—ce n'est pas très adéquat—et lorsque des documents sont traduits de l'anglais au français sans tenir compte de la validation linguistique et culturelle.

En ce moment, comme vous le savez, il y a un instrument qui s'appelle OCAN, Ontario Community Assessment of Need, que le gouvernement veut implanter un peu partout. Nous, on est un projet pilote en Ontario et notre organisation est la première organisation à être comme projet pilote pour utiliser cet instrument-là. Je dois vous dire que quand on prend un instrument qui a été validé de façon psychométrique—fidélité et validation—dans une langue, donc qui est efficace, qui est prouvé statistiquement comme fonctionnel, et qu'on

fait tout simplement traduire et véhiculer dans une autre langue, on vient de faire quelque chose qui n'était pas très approprié, parce que quand on veut utiliser des instruments qui sont psychométriquement valides, il faut qu'ils soient validés. Si on cherche en ce moment, le seul endroit où on peut faire valider des instruments comme ceux-là, c'est à travers l'Hôpital Montfort. Il y a un département où ils font de la recherche et font la validation d'instruments.

Nous, on a un instrument—justement j'en parlais la semaine dernière avec un des employés qui l'utilisent—où on a des questions qui ne font pas de sens; eux, ils interprètent la question comme ils la comprennent, mais vous savez que quand une question ne fait pas de sens pour un interprète, c'est une interprétation d'une autre interprétation. Il faut faire attention d'avoir des instruments qui sont validés, pas juste des traductions.

Le manque de compréhension et de sensibilité dans des institutions à majorité anglophone, face à l'importance pour les francophones de recevoir des services dans leur langue maternelle—c'est ce que plusieurs ont remarqué.

Il y a un nombre insuffisant de francophones occupant des postes de cadre et siégeant sur les conseils d'administration d'organisations et d'institutions de santé.

Le manque d'information sur les services en français disponibles : on parle d'offres actives. Il n'y a pas trop d'offres actives, à moins qu'on ne soit avec des organisations de gouvernance francophone qui offrent des services en français.

La quasi-inexistence de programmes en français de promotion d'une saine santé mentale et d'éducation concernant la prévention et la gestion des maladies mentales—un constat que vous aviez fait aussi dans votre rapport, comme quoi il n'y avait pas de programmes de façon systématique pour faire de la prévention et de l'éducation sur la santé mentale.

Une chose qui est importante aussi, si on veut être capable de planifier pour un groupe, de savoir quels sont les besoins d'un groupe pour bien cibler la réponse à ces besoins-là : ce qu'on constate partout en Ontario, c'est le manque de données sur l'état de santé, incluant la santé mentale, de la population francophone. Sur les besoins des différentes collectivités francophones, j'ai des données, mais ce ne sont pas des données spécifiques; c'est-à-dire, on ne parle pas de prévalence des maladies, on ne parle pas du nombre de professionnels francophones de spécialisation, on ne recueille pas de façon intégrée, dans les différents systèmes d'information, la même information qu'on va recueillir pour la majorité. Donc, la collectivité francophone a des besoins spécifiques, mais ces besoins spécifiques-là, le système ne va pas les collecter.

On a un commissaire de l'Ontario qui nous dit que ces déterminants de santé des francophones—on a des besoins spécifiques, mais on a un gros manque au niveau de systèmes de données pour aller chercher de l'information.

Une autre chose qu'on devrait remarquer, c'est l'absence d'un cadre d'imputabilité adéquat quant aux

services de santé en français bien définis et bien appliqués. Ça veut dire des règlements administratifs, des indicateurs de rendement spécifiques aux services de santé en français intégrés, des ententes de rendement et des contrats conclus entre le RLISS et le ministère de la Santé. Nous, on pense que, tant qu'il n'y aura pas ça, ça ne fonctionnera pas. On prend encore l'exemple de TDH, hôpital désigné avec un département de psychiatrie. C'est une place où c'est important de pouvoir communiquer dans la langue et la culture. C'est un hôpital désigné. Il faudrait peut-être qu'on vérifie pour voir s'ils ont vraiment les ressources requises pour desservir leur clientèle francophone. Sinon, il y a peut-être quelque chose qui devrait être fait.

Les pistes de solutions—parce qu'il y en a, des solutions. Il y en a déjà qui ont commencé à être mis en marche par le gouvernement de l'Ontario et le RLISS du Nord-Est.

Dans son rapport de 2009—à ce moment-là, il y avait certains gestes qui n'avaient pas été posés, puis vous allez voir après qu'ils viennent les bonifier—le commissaire indique à ce sujet que le ministère de la Santé et les 14 RLISS « doivent travailler de pair avec la communauté francophone afin d'améliorer la prestation des soins de santé aux francophones ... en ce qui a trait à la planification et l'accès aux soins de santé » .

À cet effet, le commissaire précise que « l'un des facteurs déterminants dans l'amélioration de la santé et du bien-être d'une communauté passe par sa capacité à prendre en charge son développement. Cela implique donc qu'elle doit être impliquée dans la planification et dans la gouvernance de ses propres soins de santé locaux »—qui ne veut pas dire de mettre en place des modèles parallèles aux niveaux primaire, secondaire, puis tertiaire, je vous rassure tout de suite, mais qui ne veut pas dire non plus de ne pas mettre en place certains services en français.

1710

Bien que le rapport du commissaire utilise l'exemple du modèle du centre de santé communautaire, ses propos s'appliquent aussi au centre de santé mentale et de toxicomanie communautaire à gouvernance francophone. Alors, on va prendre les propos : ils sont « des preuves tangibles de la vigueur et de la vitalité des communautés francophones. Elles se responsabilisent et s'approprient les soins de santé en français dans les communautés. Ces modèles doivent être encouragés en ce que la finalité...accomplit bien davantage que la simple livraison de services de santé en français... ».

Dans ce cadre, le gouvernement de l'Ontario a reconnu l'importance d'impliquer directement la population francophone au niveau de la planification des services de santé en français, comme vous le savez, en procédant à l'élaboration d'un règlement visant l'établissement d'entités de planification des services en français en Ontario. D'ici le mois de juillet, on devrait en avoir cinq qui vont voir le jour. Présentement, il y a des propositions qui se préparent à soumettre au gouvernement pour que des entités de planification des services de santé en

français soient établies. Elles travaillent conjointement avec les RLISS dans lesquels elles opèrent.

L'identification des besoins et la planification des modèles de livraison de services intégrés de soins de santé, de santé mentale et de lutte contre les dépendances en français de qualité vont faire partie du mandat des entités—de voir à ça : quels sont les besoins? Comment pourrait-on réintégrer? Qu'est-ce qu'on a suggéré comme modèle?—naturellement, à suggérer des recommandations aux RLISS.

De même, le RLISS du Nord-Est non seulement—maintenant, parce que ce n'était pas comme ça—reconnaît dans son plan de services intégrés de 2010 à 2013 le rôle essentiel de la langue et de la culture dans la prestation de services de santé, mais vise aussi à inclure l'intégration des services en français dans chacune de ses priorités. Les services en français n'est pas juste une priorité; les services en français est une priorité quand on regarde les besoins des personnes âgées, quand on regarde les services à offrir aux enfants. C'est une priorité à tous les niveaux. Il vise aussi l'inclusion d'une approche intégrée dans sa mission et sa vision. Quand on inclut les services en français dans une mission et dans une vision, comme vous le savez, ça découle dans des actes stratégiques par la suite, mais il faut faire un plan pour arriver à ça. Quand ce n'est pas là—jusqu'à maintenant, je pense que ça démontre un petit peu qu'on n'a quand même pas beaucoup de services qui sont accessibles en français de qualité dans le Nord-Est.

Alors, quand on regarde le pas que vient de faire le RLISS, puis le gouvernement, nous, on pense que ce sont des pas de géant qui vont nous aider à continuer à aller de l'avant dans l'établissement des services auxquels on peut avoir un meilleur accès.

Le temps passe, alors si vous permettez, je vais écourter.

Ça s'adresse à vous, membres du comité : une reconnaissance similaire du rôle essentiel de la langue et de la culture en matière de services en français, l'inclusion des services en français de façon intégrée dans chacune de vos sept orientations et au niveau de la mission et de la vision—je pense que, si vous faisiez ça dans votre dernière ébauche ou dans le dernier document à présenter au ministre, ça serait une bonne chose. Ça engagerait vraiment des actions concrètes par la suite pour s'assurer que ces services-là sont enfin accessibles.

Les pratiques exemplaires : comment peut-on faire pour améliorer? Là, je vais vous donner des suggestions. À titre d'exemple—on en parlait tantôt : si on prend les Services de Counselling de Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls, la seule organisation communautaire francophone dans la région du Nord-Est à offrir toute une gamme de services en santé mentale qui est accessible dans les deux langues officielles, on prend un exemple qui fonctionne. Cette organisation-là est multimandat, mais pour les fins de la présentation, on va se concentrer sur le côté santé mentale. Alors, elle offre une gamme de services de santé mentale. Quand je dis une gamme de services de santé mentale, on parle de services

d'évaluation, on parle de services de psychothérapie, on parle de services à la vie autonome—en anglais, on dit « case management »—on parle de services de diversion de cour, on parle de services psychogériatriques, et j'en passe. On parle aussi de services de cliniques psychiatriques en français que l'on offre dans la région. Je vais vous en donner un petit peu plus là-dessus tantôt.

Également, cette organisation-là est impliquée au niveau de la formation des professionnels de la santé et de la santé mentale. Comment c'est fait? En offrant des stages cliniques dans un environnement francophone aux étudiants de premier et deuxième cycles en travail social qui viennent faire des stages cliniques en milieu francophone. Il y a les infirmières, aussi, qui viennent faire des stages quand c'est le côté santé mentale. On a des étudiants d'écoles de médecine qui viennent faire des stages aussi, surtout lors des cliniques psychiatriques. On a eu, aussi, quelques résidents en psychiatrie de l'Université d'Ottawa qui sont venu faire des stages.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): You have about five minutes left, monsieur Marcil.

M. André Marcil: Okay. On va passer. Disons qu'on avait un modèle ici.

Donc, il y a des partenariats qui ont été créés en cette organisation-là pour offrir des services de santé mentale, des consultations psychiatriques—donc des services de niveau 2—avec le programme de psychiatrie du nord de l'Ontario qui est offert par l'Université d'Ottawa, et aussi à travers l'Hôpital Montfort. L'Université d'Ottawa offre un programme, pas juste ici, mais partout dans le nord, des cliniques de consultation. Alors, elle fournit des psychiatres itinérants.

Ce que j'aurais à vous proposer : je pense que ce n'est pas raisonnable de penser qu'on peut avoir des services de façon parallèle à tous les niveaux. Si on pense aux services spécialisés, pourquoi ne bâtit-on pas sur ce qui existe en Ontario et qui est capable, par son excellence, de rayonner sur les autres organisations en Ontario qui offrent des services en français, et aller chercher ces expertises-là?

Je vous donne un exemple. Pourquoi ne mettrait-on pas en province un centre d'excellence provincial en santé mentale qui offrirait un accès à des programmes spécialisés en santé mentale à distance via télépsychiatrie? On pense tous à la question des gens qui sont pris avec des problèmes concurrents, alors les problèmes de santé mentale et de dépendance, ce qui est une expertise en soi. Ensuite, ce centre pourrait procéder à l'élaboration de programmes de prévention et d'éducation en santé mentale qui seraient accessibles. Pourquoi ne pas voir à ce qu'on ait un centre d'excellence où on va bâtir ce dont on a besoin comme programmes de prévention et d'éducation et ensuite les mettre à la disposition de tous les pourvoyeurs, les fournisseurs de services qui ont besoin d'offrir des services en français à leur clientèle?

Pourquoi ne donnerait-on pas aussi accès, à travers cette organisation-là, à de la formation professionnelle continue? Par exemple, sur le traitement de l'anorexie, le

personnel aimerait refaire un petit peu les connaissances, voir où on est rendu dans les traitements, quelles sont les mises à jour. À ce moment-là, le centre d'excellence pourrait permettre, à travers la vidéoconférence, d'avoir accès à plusieurs types de formation en français. Il pourrait aussi contribuer, aux niveaux collégial et universitaire, pour que des professionnels de la santé en formation puissent aller faire des stages. Il pourrait assumer un mandat d'expertise en évaluation. On parlait tantôt des programmes qui sont juste traduits, mais dont tout l'aspect psychométrique est laissé de côté. Puis aussi, il pourrait faire de la recherche; on parlait qu'il n'y avait pas de recherches, pas de données sur la santé des francophones en situation minoritaire. Il pourrait aussi offrir des programmes d'éducation et de formation aux fournisseurs de soins; on parlait des fournisseurs de soins qui sont une des portes. Quand on a des gens, des jeunes surtout, qui vont chez le médecin au niveau des soins primaires et qui présentent des signes précoces de problèmes de santé mentale, que ce soit psychose précoce ou autre, à ce moment-là on pourrait avoir un organisme qui pourrait donner cette éducation-là. Que ce soit par des modules développés—il y a toutes sortes de façons dont ça pourrait être fait.

J'aurais une autre suggestion. Je pense qu'on pourrait donner ce mandat-là à l'Hôpital Montfort. L'Hôpital Montfort est le seul hôpital universitaire francophone en Ontario qui a développé une expertise en santé mentale et qui dessert déjà—il nous donne accès, comme vous avez vu tantôt—pas un accès à 100 %, mais un certain accès au niveau de l'hospitalisation. Mais si on bonifierait le mandat de l'Hôpital Montfort pour leur permettre de développer cette expertise-là, tout le monde en Ontario fournissant des services en français pourrait en bénéficier.

1720

L'autre chose que j'aimerais vous proposer est au niveau de soins de santé secondaires, puis tertiaires, dans la région du Nord-Est. Là, on parle d'un rôle de Montfort, mais il ne pourrait pas jouer tous les rôles. Quand on parle d'avoir des services de deuxième ligne dans les départements de psychiatrie, il faudrait qu'on puisse avoir accès à des services en français.

Voici ce que je propose : on devrait développer une équipe multidisciplinaire francophone par département de psychiatrie, avec un superviseur francophone, pour s'assurer que la qualité linguistique et culturelle ne se perd pas, qui serait mandatée, en premier lieu, de desservir les clients francophones, et bien sûr, si le temps le permet, de desservir aussi les clients anglophones. Si vous faites ça dans chacun des hôpitaux, si vous recommandez que des équipes comme celles-là soient mises dans chacun des hôpitaux de district—il y en a six dans le Nord-Est—on pourrait faire la même chose avec la troisième ligne, qui est le Centre de santé mentale du Nord-Est, qui est l'hôpital psychiatrique.

J'ai parlé tantôt du fait qu'ils ont un programme de liaison communautaire; on travaille avec eux en partenariat. Celui-là, il répond aux besoins. Pourquoi ne

pourrait-on pas créer des équipes francophones multidisciplinaires à l'intérieur, où nos clients sont desservis, qui viseraient, avant tout, desservir les francophones?

On ne parle pas de modèle parallèle; on parle de mettre à l'intérieur des structures à gouvernance anglophone spécialisées—comme vous le savez, ce sont des soins spécialisés—des équipes qui pourraient répondre adéquatement à une clientèle francophone qui est quand même assez abondante dans le nord-est de l'Ontario. Je vous remercie.

The Chair (Mrs. Christine Elliott): Merci, monsieur Marcil. Thank you very much. We greatly appreciate your attendance before the committee today. Unfortunately, we don't have time for any questions, but I presume that any of the members of the committee can be in touch with you if they have any further questions?

M. André Marcil: Absolument. Vous êtes tous les bienvenus.

M^{ME} DIANE LAVALLÉE

The Chair (Mrs. Christine Elliott): Our next presenter is Ms. Diane Lavallée. Madame, do you wish to come forward?

M^{me} Diane Lavallée: Bonjour tout le monde. Good afternoon. Je suis vraiment très contente d'être ici, puis vraiment, je me trouve très privilégiée de pouvoir contribuer au travail très important que votre comité est en train de faire. J'ai eu la chance d'aller au sommet de la santé mentale en juillet dernier; je suis allée à la conférence « Making Gains »; et je suis très impliquée au niveau de l'est de l'Ontario, particulièrement du RLISS de Champlain, dans les activités.

Vous avez deux documents : vous avez mon texte complet, mais vous avez aussi ma présentation « PowerPoint ». Si jamais ça ne fonctionne pas, pas de problème; on va aller de l'avant quand même.

Vous allez retrouver dans ma présentation des éléments communs, des choses que vous avez entendues déjà, j'en suis sûre, des francophones qui vous ont fait des présentations, comme tout à l'heure, celle d'André Marcil. Je veux quand même vous raconter les histoires qui viennent de notre région, de l'est de l'Ontario.

Quand on dit l'accès aux services de santé mentale et de dépendances pour les francophones, ça veut dire quoi? Je vais vous raconter l'histoire de Jean-Guy. Jean-Guy est un jeune francophone de 22 ans. Il a besoin de services de santé mentale en français, mais il vit dans une petite ville principalement anglophone. On a bien essayé de lui trouver un service avec du personnel francophone. Il y avait une infirmière bilingue où il est allé, mais le psychiatre et le travailleur social ne le sont pas. Il est très frustré parce que le service ne fonctionne pas pour lui, et il se sent de pire en pire. Finalement, il décide de se rendre à Ottawa en autobus où il pense avoir plus de chance de se trouver un service en français, mais il n'a pas d'adresse locale, donc pas encore d'accès.

En santé mentale—on l'a entendu—un des outils clefs des soins et du traitement est la relation d'aide, la relation

entre l'intervenant et le client. Pour un francophone, la différence, c'est souvent de pouvoir s'exprimer profondément ou juste superficiellement, de comprendre correctement ou très peu, ou presque pas ou pas du tout. Donc, on sait que—vous l'avez déjà entendu—la langue et la culture de la relation du service ont un impact direct sur le résultat clinique pour le client et la population de tout le service de santé mentale et toxicomanie, comme nous l'appelons—ou dépendances.

L'accès aux services de santé mentale et de dépendances en français est crucial parce que, vous l'avez entendu, être francophone est un déterminant de la santé dans l'est de l'Ontario—on le sait—et ailleurs. Quand nous, Montfort, avons fait notre recherche sur les besoins de notre population, le consultant de Hay Group, qui a fait la recherche, a pu nous montrer que les zones francophones de la région de Champlain utilisent à 138 % les services psychiatriques, donc 38 % de plus que la population anglophone. L'information que notre RLISS de Champlain nous donne : les congés en santé mentale dans trois zones francophones de Champlain sont 6,3 sur 1 000, mais en Ontario, c'est 5,8 sur 1 000. Les congés liés à la dépression dans Champlain : c'est 1,3 versus 1,2. Ça fait une différence dans le nombre et dans l'intensité des besoins pour les francophones.

Les personnes âgées dans Champlain : 13,2 %, plus qu'en Ontario à 12,7 %. Mais dans Prescott-Russell, qui est à 80 % francophone, les personnes âgées sont à 14,9 %, et dans la petite ville d'Hawkesbury, c'est 21,3 %. C'est énorme, quand on pense aux problématiques de santé mentale et de dépendances qu'on voit et qu'on diagnostique maintenant chez les populations âgées.

Mais pour les personnes francophones avec des dépendances dans Champlain, on n'a pas d'informations précises. On sait que l'état de santé des francophones est déjà inférieur à celui des anglophones. Vous l'avez entendu; il y a des références, des rapports. Donc, pour avoir un impact positif sur la santé mentale de la population en général et sur l'économie de la santé au total, il faut adresser les problèmes de santé mentale des francophones et leurs déterminants. Il faut pouvoir mesurer et comprendre l'état de santé mentale et de dépendances des francophones de l'Ontario et pouvoir agir, parce qu'offrir un meilleur accès à des services de santé en français, c'est améliorer l'état de santé des francophones, mais aussi avoir un impact positif sur l'état de santé de tous les Ontariens. Et ça, en bout de la ligne, est critique pour vous, et c'est critique pour le gouvernement.

1730

Mais est-ce qu'on peut dire qu'il y a vraiment accès aux services de santé? Dans Champlain, 266 000 francophones en 2009—41 % des francophones de l'Ontario. Puis, quand on pense que 20 %—un sur cinq—des Canadiens vont avoir besoin de services de santé mentale dans leur vie, c'est plus de 53 000 francophones qui auront besoin de services de santé mentale et de toxicomanie. On a intérêt à bien faire quand ils se présentent chez nous pour que l'économie de ce service-là soit maximisée.

Mais dans Champlain—même dans Champlain—il est encore difficile de bien savoir combien de services ont une réelle capacité à offrir des services en français, bien qu'ils soient désignés. Vous avez entendu ce qu'André Marcil a dit. La désignation comme telle n'est pas un bon indicateur. On n'a pas de moyen de faire du suivi pour savoir si, effectivement, ces services-là sont disponibles. Je peux vous dire que sur 53 organismes dans Champlain qui offrent des services de santé mentale, il y en a juste cinq désignés et trois partiellement, et cinq autres devraient l'être. C'est bien peu : c'est huit services. En toxicomanie, désignés : trois; partiellement : aucun; devraient l'être : trois. C'est vraiment peu pour l'ensemble de la population.

On apprécie dans votre document que chaque porte est la bonne porte, mais pour un francophone, chaque porte n'est pas nécessairement la bonne porte. Plutôt, il faut que chaque porte mène à la bonne porte, et le plus rapidement possible.

Je vous conte une histoire : le « community resource centre » d'Orléans sait qu'une jeune fille se promène depuis plusieurs jours le long d'un boulevard à quatre voies. On a déjà appelé la police, qui dit connaître Isabelle, une jeune francophone qui vit seule dans un logement. Une intervenante anglophone qui parle un peu de français a essayé de l'approcher. Le 8 août, Isabelle marche en zigzag le long du boulevard. L'intervenante appelle la police, la rappelle; elle veut savoir si quelqu'un s'en occupe, et laisse un message au « constable ».

Le 9 août, la police rappelle en disant qu'Isabelle est bien connue de la police, mais à moins qu'elle ne mette sa vie en danger, ou celle des autres, il n'y a rien à faire. Rien d'autre ne peut être partagé; c'est confidentiel.

L'intervenante fait plusieurs appels pour enfin trouver la Ligne de crise en santé mentale, qui offre des services bilingues et qui va communiquer la situation d'Isabelle au « mobile crisis team » d'Ottawa, qui va essayer d'envoyer quelqu'un bilingue.

Le 10 août, Isabelle est à l'urgence de l'Hôpital d'Ottawa, où elle sera hospitalisée. Elle a tenté de se suicider en se jetant sur une voiture. Peut-être y aura-t-il quelqu'un qui pourra la rejoindre, en français, quelques fois.

Il faut donc des portes d'entrée claires, accueillantes pour les francophones; des corridors d'accès aux services francophones qui sont connus, compris et utilisés—c'est l'efficacité.

Ça prend un service d'aiguillage pour francophones pour diriger les personnes et leurs proches vers les services de santé mentale en français; partager l'information requise, faciliter les références et assurer un suivi jusqu'à la bonne porte. C'est utile pour les organismes anglophones qui essaient d'offrir un service bilingue mais qui ne peuvent pas. Ce service d'aiguillage-là est déjà un modèle qui a montré son efficacité dans d'autres régions, comme le Québec.

Ça prend une masse critique de services et de ressources francophones de santé mentale et de dépendances, qui peuvent être liés entre eux de façon virtuelle et réelle en

un centre d'excellence francophone, qui ensemble peuvent :

- assurer un continuum de services de santé mentale et de dépendances coordonné et intégré, avec leurs partenaires de services anglophones du RLISS;

- développer les connaissances et l'expertise nécessaires pour offrir des services de qualité en français, et partager ces meilleures pratiques-là en services francophones avec les autres RLISS de l'Ontario;

- soutenir les RLISS et les organismes désignés de l'Ontario, ou les autres qui ont des francophones qui se présentent à leurs portes, pour qu'ils puissent offrir des services de santé mentale et de dépendances primaires et secondaires efficaces et efficaces à leur population francophone;

- offrir à distance, via la Télésanté—aujourd'hui, il n'y a pas de raison de ne pas le faire—des services de santé mentale et de dépendances secondaires et spécialisés tertiaires en français, par exemple, en troubles concomitants—une expertise que nous avons déjà développée;

- participer à la formation et au soutien des professionnels offrant des services de santé mentale en français partout. Il y a beaucoup d'anglophones—les jeunes anglophones, vos enfants qui sont allés en immersion—qui sont des francophones qui s'ignorent, qui ont beaucoup plus de capacités qu'on ne le sait—un coup bien nourri et bien soutenu. Il y a beaucoup d'anglophones en Ontario qui ont des connaissances en français et qu'on peut mettre à profit, qui vont être fiers, eux aussi, de pouvoir collaborer et participer à l'offre de services en français. Pour ça, il faut les soutenir;

- assurer un mandat universitaire de formation de professionnels de santé francophones, mais de formation continue à tous les professionnels qui ont une capacité en français pour qu'ils puissent bien offrir. Ce n'est pas réinventer la roue, mais rendre le système efficace et efficient;

- assumer un mandat universitaire d'évaluation de programmes, de recherche en santé des populations francophones en situation minoritaire. On a l'Institut francophone de recherche interdisciplinaire en santé à Montfort. C'est un petit bourgeon qui cherche juste à pouvoir éclore, puis participer justement. On a déjà commencé des recherches. On a la capacité; on a le vouloir.

Un centre d'excellence francophone en Ontario, c'est la capacité de devenir un modèle de services adaptés à toutes les autres minorités linguistiques. Quand on est capable de bien le faire en français, on est capable de savoir comment le faire pour toutes les autres minorités linguistiques, tous les autres qui arrivent à nos portes, qui sont là et qui ont besoin de services aussi dans des régions comme Toronto. C'est la capacité de devenir une fierté et une force dans notre système de santé ontarien et canadien.

Pour diminuer le poids de la maladie mentale et des dépendances—c'est un aspect critique—il faut promouvoir la bonne santé mentale de tout le monde, mais des francophones en particulier, et miser sur la pré-

vention. Vous l'avez bien identifié dans votre document. C'est critique pour les jeunes, pour créer la psychiatrie de demain.

Une autre histoire vraie : madame Dagenais appelle un service pour de l'aide pour son fils de 18 ans qui est dit « délinquant ». Il consomme des drogues, de l'alcool. Il a des comportements imprévisibles, des colères. Il a arrêté l'école. Il fait du vol à l'étalage pour se procurer de la drogue—on entend souvent cette histoire-là. La mère décrit des symptômes psychotiques, mais son fils nie qu'il a des problèmes de santé, encore moins des problèmes de santé mentale. Il refuse toute aide. Madame Dagenais a peur pour son fils et pour sa famille. Elle cherche du soutien, en français, s'il vous plaît, si c'est possible.

Promouvoir une bonne santé mentale de toute la population, y inclus les francophones, veut dire :

—rejoindre les francophones dans leur vécu, dans ce qu'ils sont, dans leurs communautés, dans ce qui les a marqué, ce qui les marque encore;

—déstigmatiser : c'est vrai, la Commission de la santé mentale du Canada, dans votre initiative—déstigmatiser, normaliser le fait de s'occuper de sa santé mentale autant que de sa santé physique avec des campagnes de promotion de stratégies de prévention culturellement francophones dans le contexte ontarien;

—comprendre l'impact des déterminants de la santé mentale et des dépendances sur les francophones en situation minoritaire : des communautés appauvries, des communautés industrielles, des communautés où il y eu un vécu religieux institutionnel qui a mené à des abus comme dans d'autres communautés. C'est encore vrai en communauté minoritaire francophone;

—dépister les besoins et les problématiques au plus tôt en tenant compte des facteurs de risque propres aux francophones et aux communautés dans lesquelles ils vivent. Ça veut dire créer des façons de répondre aux besoins des francophones avec une efficacité démontrée. C'est ça qui va être gagnant; c'est ça qui va être payant pour le système.

1740

Pour que ce soit gagnant et payant pour tous, il faut bâtir sur ce que nous avons déjà et oser aller plus loin. Assurer l'accès à des services francophones de santé mentale et de dépendances basés sur les meilleures pratiques et les données probantes est :

—reconnaître notre capacité, nos organisations, nos partenariats déjà, les organisations francophones en santé mentale et en dépendances;

—soutenir la coordination, l'intégration et le développement de nos services pour la santé des francophones de l'Ontario et de tous les Ontariens;

—financer nos services cliniques, nos projets créatifs et prometteurs, la formation de nos professionnels, la recherche en santé mentale et en dépendances des francophones en situation minoritaire.

On a parlé de soutenir la validation formelle des outils d'évaluation cliniques et de collecte de données du ministère, comme le prochain OCAN. André en a parlé. Des traductions maison, c'est dangereux. On va s'en servir

pour toutes sortes de choses et pour du financement dans le futur. Ça prend des outils validés. On a déjà la capacité de faire les études de validation nécessaires; on en fait déjà à Montfort. On peut assurer la qualité égale de ces outils-là pour des résultats de qualité égale. C'est ne un risque que personne veut prendre. On peut s'en passer.

Une histoire pour vous raconter que c'est possible : madame Lafrenière a 50 ans. Elle est d'une petite communauté du nord de l'Ontario. Elle s'est rendue à l'urgence de l'Hôpital Montfort pour recevoir des services en français parce qu'elle a un problème de dépendance aux médicaments antidouleur et a des symptômes d'anxiété sévères. Elle n'en peut plus; son mari et ses trois adolescents non plus. Tout s'écroule autour d'elle et dans sa famille aussi.

L'urgentologue demande une consultation à notre psychiatre spécialisé en troubles concomitants, santé mentale et toxicomanie, qui décide de l'admettre pour une évaluation interdisciplinaire de son fonctionnement psychique et une révision de ses médicaments. C'est là qu'elle partage, pour la première fois de sa vie, son vécu d'abus sexuels durant l'enfance, qui impacte sur son fonctionnement actuel. Après 14 jours d'hospitalisation, le portrait est maintenant clair et le traitement approprié aussi. Mais les services spécialisés en troubles concomitants en français, disponibles à l'externe de Montfort, n'existent pas dans sa communauté, même pas dans le Nord.

On lui propose quand même un groupe intensif à notre hôpital de jour, mais il lui faudra de l'hébergement temporaire parce que sa famille n'a même pas les moyens pour un motel. Notre équipe contacte donc un de nos partenaires qui opère une résidence pour personnes âgées avec des problèmes de santé mentale, et on accepte de faire une entente spéciale pour que madame puisse rester là pour huit semaines pour participer à notre programme AGIR de huit semaines à Montfort.

Madame n'a jamais pris l'autobus, n'a jamais même été dans une grande ville comme Ottawa, mais avec le soutien de toute l'équipe chez nous, à la résidence, elle se débrouille très bien. Après huit semaines, elle fonctionne déjà beaucoup mieux. Elle a réussi à arrêter sa consommation problématique grâce à une médication beaucoup plus appropriée et à la psychothérapie individuelle qui l'aide à ne plus avoir mal physiquement et moins mal émotionnellement. Elle développe une meilleure estime d'elle-même, et son anxiété est significativement diminuée. Elle a des meilleurs contacts avec son mari et sa famille au téléphone, et son retour chez elle se passe bien.

Un mois plus tard, M^{me} Lafrenière téléphone au psychologue des troubles concomitants pour remercier l'équipe et confirmer que ses acquis se maintiennent. Elle a retrouvé une certaine joie de vivre avec son mari et ses enfants qui, eux aussi, sont moins stressés. Oui, ces services ont eu des résultats positifs pour elle, pour sa famille, pour ses enfants et pour la communauté.

Des services de santé mentale de qualité en français est un droit. Vous l'avez déjà entendu; ce n'est pas une surprise. Ce que je pourrais ajouter, c'est que dans le

jugement Montfort, on nous a donné le mandat de maintenir et de transmettre la langue française, de favoriser la solidarité parmi la communauté franco-ontarienne et ainsi, de prévenir toute forme d'assimilation. C'est vraiment un mandat qu'on prend à cœur, et on a le goût et le désir—tous les partenaires ensemble autour de Montfort—de pouvoir faire rayonner ce qu'on a à travers Champlain, puis à travers la province. On est voulant, on est participant, on est capable, et on a vraiment le sentiment qu'on peut et qu'on va faire une différence en faisant ça.

On parle du 25 septembre comme jour proposé des Franco-Ontariens et des Franco-Ontariennes, qui soulignera le 400^e anniversaire de la présence française en Ontario. Est-ce que c'est vrai qu'on va avoir le droit d'exister, de la valeur pour tout le monde autour de nous, qu'on peut espérer? C'est avec des communautés fortes, fières et optimistes qu'on peut réaliser une bonne santé mentale pour toute la population. Merci beaucoup. J'aimerais bien répondre à vos questions.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you very much for your presentation. We'll start with the government side. Do you have any questions you would like to ask Madame Lavallée?

M^{me} Diane Lavallée: And I'll be pleased to respond in English.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you. Mr. Leal.

Mr. Jeff Leal: Merci beaucoup. It was excellent. It's really a pleasure for us for you to be here. I know my colleague Jean-Marc Lalonde from Glengarry–Prescott–Russell is always singing the praises of the great work that is done at the Montfort Hospital and your community outreach.

Just a question about the LHINs in terms of their planning: How do you see that role evolving into the future in terms of providing mental health service and overall planning, particularly for the francophone community?

M^{me} Diane Lavallée: I was really pleased to see the last presentation from the LHINs in terms of the integration of health services within Champlain—the vertical integration, the horizontal integration and the development of regional programs. Regional programs in mental health and addictions are certainly in the books, as is a cancer hub, as is maternal newborn care.

Absolutely we feel—and I must say that the francophone partners are all together at the same table at the Addictions and Mental Health Network of Champlain. I'm the chair of the scheduled mental health inter-hospital committee, where all the hospitals sit. I happened to be the chair over the last year and this year, and we're all on the same page of moving mental health and addiction services forward. We're doing together an integrated bed management process.

Where the francophone piece comes in is with the respect that in fact, yes, that is a piece, a significant piece. It needs to be well addressed in the context of the whole of the LHIN's planning, and with the francophone planning entity that will be designated very soon. For

now, we're working with the réseau des services de santé en français. It's one of the francophone networks that was created years and years ago that is very effective and very active in Champlain, and that has a direct link and in fact a partnership agreement with the LHINs in Champlain. There is a table of all the French partners in health and social services for mental health, addictions and developmental disorders.

So the linkages are already there. They're already very effective. We can see that with the proper ability to plan on the francophone side, with a very strong partnership agreement and link of the planning entity, the réseau planning entity, with the LHINs, with the concept of the horizontal and vertical integration needed for the whole of the mental health system, we can create something quite forward-moving in Champlain.

Mr. Jeff Leal: So you're seeing that the LHIN structure in your area has been quite effective, then.

M^{me} Diane Lavallée: Not yet, no.

Mr. Jeff Leal: But moving towards that point.

M^{me} Diane Lavallée: Moving towards a program that will be Champlain-wide, where there will be a very clear, respected, understood, used, and maximized francophone component of that, where the francophone services can be used to the maximum to provide services for the francophone population, that the other pieces of the structure can also do their part to the maximum of their ability and that we can stream the francophone population to the best service at the best time in the best mode of offer, which may be, for a large part of them, in French, en français, dans un milieu francophone.

1750

Mr. Jeff Leal: Good. Thank you very much.

Ms. Sylvia Jones: Thank you for your presentation. I wanted to ask you a little more detail about your first story: Jean-Guy. You mentioned that because he didn't have a local address he did not have access to service. You can't be referencing the actual hospital visit; I'm assuming it is related to outpatient. Can you explain—

M^{me} Diane Lavallée: Yes, I can tell you the other part of the story. These stories come from a very fledgling service that has been financed with project funding only and is always trying to get more stable funding. It's called le Guichet—and you see that at the end—le Guichet pour francophones.

In fact, what happened, this young man was from Cornwall, and tried and tried. Finally he took the bus, came to Ottawa, showed up in emergency, didn't need to be admitted, was returned out, went back and tried to access an intensive case management service that he had accessed before, Horizons Renaissance, but since he was no longer a resident in Ottawa—he was in Cornwall—they couldn't provide service.

Through the people at Horizons Renaissance, they said, "Well, yes, we've got an issue here." They phoned their partner, Jeanne Hélène at le Guichet, Montfort Renaissance—that's the group that operates a residence for seniors and people with mental health issues—and they made a deal. They said, "Okay, we'll try to find him

temporary lodging with an address in Ottawa so that he can go back on your caseload and he can be properly followed by your case management service and access the psychiatric services that he needs,” and, in fact, that’s what happened. But until that connection was made and the discussion between partners to see what could be done, he would have probably been on the streets, probably back to emergency, probably get discouraged, go back to Cornwall and just float around in the system until his schizophrenia became really well-entrenched.

So through a network of services that know each other, that have corridors of access, that have ways to create a multi-organizational plan around a client—that’s what we’re already doing. That’s where the future is and that’s where not only one organization can meet the multiple needs of a client with mental health and addiction issues, but probably a collection of organizations around a client can do that. When it’s a well-coordinated and integrated system, then it’s a lot easier to do so. Right now, it’s dependent on the fact that all of us working in French around Ottawa—and because through Montfort we have very strong partnerships, we have our primary partners—we know each other, we’re around the table and it happens.

Ms. Sylvia Jones: The partnerships are obviously a huge assistance to people like Jean-Guy, but ultimately it is funded centrally through the Ministry of Health. So we have to eliminate those artificial boundaries of, “We won’t serve you because you’re from a different LHIN.”

M^{me} Diane Lavallée: Totally, and we have the opportunity to go to other consultation tables for the strategy. Right now, the way that the services, particularly community and mental health and addictions services, are financed, at this point that type of financing has served its useful course. At first, it was very important for those other vote services to be structured the way they were, to be financed and protected the way they were to ensure that crisis services would receive crisis service money, and that’s what they would do and nobody else could pull from their pot. The challenge is, now we’re at a stage where we’ve got artificial barriers between services, and at Montfort, my mental health program has a continuum of services. I have six mental health services, I have a large in-patient unit and growing, and I have ambulatory care services.

Hospital and ambulatory hospital global funding: My six community services all underwrote funding. However, all have admission criteria, all have CDS reporting requirements, all have “Thou shall do this, but thou shall not do that,” that, at this point, 10 years later, has served its usefulness. It’s time to change that model to protect community mental health and addictions funding, absolutely, but to be able to enable a lot more flow of clients.

Also, we’ve done creative things. They’re all Montfort clients, so we’ve got our ACT clients who get their off hours’ on-call service by our crisis service and come to Montfort, are admitted to our unit, go to our day hospital, go back to the ACT team. What I’m wishing for is one

electronic record. I’m looking forward to that integrated assessment record where the community OCAN assessment and the in-patient RAI assessment can be seen by all, and there are lots of good things happening. We’re ready to move in that direction. We have to have them in French. We have to have them validated, but we’re already doing e-validation studies for a formal tool in Champlain, and we’re looking forward to doing the rest.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): I believe, Ms. Sandals, you also had a question.

Mrs. Liz Sandals: Yes. Following on with this discussion you’ve just been having, this has triggered a question for me, and it’s not just a francophone question, it’s an anglophone question as well. When we think about physical health services, we do things like keeping MRI lists and encouraging people, if there’s a big wait list in your area, to go someplace else where the wait list is shorter. I come from Guelph, which means that doctors have ties in London and Hamilton and Toronto, so people go off in three different directions if they need tertiary care and nobody seems to get super hung up about LHIN boundaries, at least for tertiary services.

Then we come to mental health, and I happen to have a psychiatric hospital in Guelph. There’s a constant struggle around psychiatric beds. They’re usually occupied by people who aren’t from Guelph and people say, “Oh, but these beds are open to everybody all over the province.” Then you go to some other service, and somebody will say, “Oh, but you can’t have that residential service because you’re from Guelph.” Then we go to when we were in southwestern Ontario, we heard about one little pocket in southwestern Ontario where people were told, “You can’t go anywhere if you need that service; nobody covers you.” Now I hear the same thing, like, “You’re from Cornwall; you can’t access the service”—the same thing on the francophone side.

So where do these rules come from about all the agencies that say, “No, you can’t access my service”? Because it seems to be a humungous issue in the whole mental health system that there are these very well-defined boundaries about, “Oh no, you can’t go there.”

M^{me} Diane Lavallée: Maybe it’s because it has been so hard to make due with the little there was, and the huge, huge and increasing demand and the ability to only scratch the tip of that iceberg with the sickest and the most needy, dangerous—whatever—clients, that there is a very natural protection instinct that’s there, because there has been little. Also, the mindset is one that exists still. The advent of the LHINs, the advent of regional programs and the advent of this, I think we’re just starting to see it, really, becoming more concrete. It’s a lot easier in physical health, but that mindset needs to be facilitated, supported and nourished. Creative projects need to get kick-start funding. Things that will rally people around the needs of the client and what are good options and opportunities to go forward versus the provider organizations’ instinct of protection around what they may have and can’t possibly share with anybody because they’ll be stuck and nobody—

Mrs. Liz Sandals: What that creates is a huge problem for people outside all but the largest communities, because there tend to be more services in the larger communities. If you have people putting silos around the—albeit limited—services that exist, you then end up with people in smaller communities constantly being told, “You can’t come here because you’re not from here.” Where do people feel they get the authority to say that?

1800

M^{me} Diane Lavallée: Well, the community engagement activities of the LHINs need to be able to bring that voice out, but we’re still faced with the stigma of mental health.

Mrs. Liz Sandals: But this is something that doesn’t seem to be connected to the LHINs at all, this silo of “You can’t be here.” This is one thing I honestly don’t think is a—

M^{me} Diane Lavallée: Are those provincial organizations, or are they all now under the LHINs?

Mrs. Liz Sandals: In many cases, they are probably organizations that aren’t controlled by the LHINs.

M^{me} Diane Lavallée: Exactly. They’ve been operating on their very own. They’ve been their own boss. They’re reporting to whom? Well, maybe directly to the ministry, but now that’s less than clear. So they are the king of their castles, and they’ve been operating that way for years and years and years.

Mrs. Liz Sandals: Yes. I think this is it. Somewhere they’ve gotten this attitude that long predates the LHINs.

M^{me} Diane Lavallée: Yes, absolutely. If there’s no clear link for them into the local health system, then it’s pretty easy to just stay apart. In eastern Ontario and probably the north, I don’t think—we, personally, don’t have that. Our tertiary hospital, the ROH, is part of our LHINs and is part of our scheduled mental health inter-hospital committee. We talk about issues of secondary care, access to tertiary care, the blocks that are there and the reasons for that to happen. There’s a lot to be done so the system can roll as a well-oiled machine. Mental health is very worthwhile. The nail was hit on the head. It’s a huge issue. It’s very costly. It’s a tragedy.

We all know, we all have in our families, people who did not achieve their potential, to the detriment of themselves, their family and their community. In fact, today, if there’s a key piece that we can all do, it is work on that normalizing. I think one of the key things that is new in this strategy is the recognition that clients, people with lived experience, have significant knowledge, inside knowledge, that providers don’t have and that they, then, need to be an integral part and partner in all aspects of this service.

For the francophones, well then, it means that francophone clients have to be able to relate with not only their own providers but also, at a certain level, with the

management, the administration and the planning of the services. That’s a very important piece.

In Champlain, our new Addictions and Mental Health Network of Champlain was just recently pulled together. Our LHINs really wanted to see that. We wanted to see that. It’s a for-for-for-for partnership: for mental health providers, for addictions providers, for clients and for family members. That’s the model. We will go through growing pains, but we will do that. We have francophone and anglophone representation, we have aboriginal representation, and we have subcommittees and work groups.

On the francophone side, we’re going to get around that table and see how we can contribute to the whole, what we need to bring to the whole, what we need, together, to make sure happens so that across the board, the population of Champlain—because that’s what it’s all about, the population of Champlain—will end up with a better status of mental health and addictions.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you very much, Madame Lavallée, for appearing before the committee today and for sharing your insights into these issues with us. We’re looking for solutions, so we appreciate very much your attendance here.

M^{me} Diane Lavallée: It’s been a real pleasure. Good luck in your deliberations. It’s very important work. We’re very pleased to see you doing this.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Thank you very much.

If I could ask the members of the committee to stay for just a few minutes, we have a couple of housekeeping issues that I think we need to deal with, but they shouldn’t take very long, just two items Susan asked me to bring to your attention.

One is just a reminder that on Monday we are going to be meeting in committee room 2 at 6 o’clock for our evening session. I think everybody probably already has it in their calendar, so this is just a reminder.

The other item is a motion with respect to approval for some expenses. I’ll just wait for a moment to deal with that.

Ms. Sylvia Jones: Committee room 2, you said?

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Yes.

I believe there was previously a motion before the committee to approve the expenses for all three of the presenters who appeared today. At one point Mr. Marcil said that he was going to appear by teleconference, so we didn’t specifically approve his, for that reason. But then he did appear today, so we just need a motion to approve his expenses.

Mr. Jeff Leal: So moved.

The Vice-Chair (Mrs. Christine Elliott): Moved by Mr. Leal. All in favour? Carried. Very good. Thank you.

All right, that’s the conclusion of our business for today. Thank you very much for bearing with me.

The committee adjourned at 1807.

CONTENTS

Wednesday 14 April 2010

Mental health and addictions strategy / Stratégie sur la santé mentale et les dépendances	MH-15
Dr. Richard O'Reilly	MH-15
Mr. André Marcil	MH-21
M ^{me} Diane Lavallée.....	MH-29

SELECT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS

Chair / Président

Mr. Kevin Daniel Flynn (Oakville L)

Vice-Chair / Vice-Présidente

Mrs. Christine Elliott (Whitby–Oshawa PC)

Mr. Bas Balkissoon (Scarborough–Rouge River L)

Mrs. Christine Elliott (Whitby–Oshawa PC)

Mr. Kevin Daniel Flynn (Oakville L)

M^{me} France Gélinas (Nickel Belt ND)

Ms. Helena Jaczek (Oak Ridges–Markham L)

Ms. Sylvia Jones (Dufferin–Caledon PC)

Mr. Jeff Leal (Peterborough L)

Mrs. Liz Sandals (Guelph L)

Mrs. Maria Van Bommel (Lambton–Kent–Middlesex L)

Also taking part / Autres participants et participantes

Mr. Khalil Ramal (London–Fanshawe L)

Clerk / Greffière

Ms. Susan Sourial

Staff / Personnel

Ms. Elaine Campbell, research officer,
Legislative Research Service

Ms. Carrie Hull, research officer,
Legislative Research Service