



Second Session
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

Deuxième session de la
trente-septième législature, 2002-2003

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 12, 2003

Le jeudi 12 juin 2003

Issue No. 18

Fascicule n° 18

Thirteenth meeting on:
Mental Health and Mental Illness

Treizième réunion concernant:
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:
(*See back cover*)

TÉMOINS:
(*Voir à l'endos*)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Callbeck
* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cook
Cordy
Fairbairn, P.C.
Keon

**Ex Officio Members*
(Quorum 4)

Léger
* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Morin
Robertson
Roche
Rossiter

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck
* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
Cook
Cordy
Fairbairn, c.p.
Keon

**Membres d'office*
(Quorum 4)

Léger
* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Robertson
Roche
Rossiter

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, June 12, 2003
(26)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:04 a.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Kirby, Léger, Morin, Robertson and Roche (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee began its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the Canadian Mental Health Association — Ontario Division:

Ms. Patti Bregman, Director of Programs.

From the CN Centre for Occupational Health and Safety:

Mr. Kevin Kelloway, Director.

From the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:

Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants.

From the Canadian Institutes of Health Research:

Mr. Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health.

Jean-Yves Savoie, Rod Phillips, Kevin Kelloway and Patti Bregman each made a presentation and answered questions.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 12 juin 2003
(26)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui à 11 h 04, dans la pièce 705 de l’édifice Victoria, sous la présidence de l’honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kirby, Morin, Robertson et Roche (7).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l’ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend son étude sur les questions qu’ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents, et particulièrement sur les enjeux liés à la santé et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De l’Association canadienne de la santé mentale — Division de l’Ontario:

Mme Patti Bregman, directrice des programmes.

Du CN Centre for Occupational Health and Safety:

M. Kevin Kelloway, directeur.

De la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:

M. Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell.

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

M. Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations.

Jean-Yves Savoie, Rod Phillips, Kevin Kelloway et Patti Bregman font à tour de rôle un exposé et répondent aux questions.

À 13 heures, le comité suspend ses travaux jusqu’à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 12, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:04 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are here to continue our study on mental health. We have four witnesses this morning. Our first witness is Mr. Jean-Yves Savoie, President of the Institute Advisory Board of the Institute of Population and Public Health, of CHIR. We will then hear from Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer of Warren Shepell Consultants, who are large in EAP work. Third is Mr. Kevin Kelloway, Director of the CN Centre for Occupational Health and Safety, based at Saint Mary's University in Halifax. Finally, we will hear from Ms. Patti Bregman, Director of Programs for the Canadian Mental Health Association, Ontario Division.

We would ask you to succinctly summarize your presentations. You will discover that our committee likes to ask questions. We can always read your paper, but it is useful for us to be able to exchange in a dialogue with you. We will hear from all four of you and then we will go to questions.

We will begin with Mr. Savoie.

[*Translation*]

Mr. Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health, Canadian Institutes of Health Research: Rather than dealing with the subject of the brief I tabled, I would like to show how it came about that we prepared this brief. To do so, I will be taking a few minutes of your time to talk about my career and my involvement in the workplace. You will then be able to understand the connection between the two.

Thirty years ago I began working in occupational health in the field of toxicology. The thinking in the workplace at the time was that there were contaminants and there were intoxications; this was seen as a dichotomy with a direct causal link. There were workers who were intoxicated. Research demonstrated the toxicity of certain products. Standards were established and applied and there was a significant drop in exposure in the workplace. We can see here a simple relationship between research, application and legislation.

During the 80s, people in the workplace asked me why I was working solely in the field of toxicology and did not deal with matters such as back problems that were recognized as a major problem. I was asked why there was so little research on back problems and so little information on what could be done to treat them. We can immediately see the difference between a

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 12 juin 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 04 pour examiner les questions qu'ont suscité le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous sommes ici pour poursuivre notre étude de la santé mentale. Nous recevons quatre témoins ce matin. Notre premier témoin est M. Jean-Yves Savoie, président du Conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC. Nous entendrons ensuite M. Rod Phillips, président et directeur général des Consultants Warren Shepell, qui font beaucoup de travail au niveau des PAE. Le troisième témoin est M. Kevin Kelloway, directeur du CN Centre for Occupational Health and Safety qui est situé à l'Université Saint Mary's à Halifax. Enfin, nous entendrons Mme Patti Bregman, directrice des programmes de l'Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario.

Nous vous demandons de bien vouloir résumer succinctement vos exposés. Vous verrez que notre comité aime poser des questions. Nous pouvons toujours lire votre mémoire, mais il est utile pour nous de pouvoir dialoguer avec vous. Nous allons d'abord entendre chacun d'entre vous, ensuite nous passerons aux questions.

Nous allons commencer par M. Savoie.

[*Français*]

M. Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada: Plutôt que d'aborder l'objet du mémoire que j'ai déposé, je vais montrer pourquoi nous sommes arrivés à ce mémoire. Pour ce faire, je vais prendre quelques instants pour parler de ma carrière et mon implication avec les milieux de travail. Vous allez comprendre le lien par la suite.

J'ai commencé, il y a 30 ans, en santé au travail en toxicologie. Les milieux de travail à ce moment-là pensaient contaminants, pensaient intoxications et c'était une dichotomie, un lien causal direct. Nous avions des travailleurs intoxiqués. La recherche a démontré la toxicité des produits. Les normes ont été établies et appliquées et l'exposition a nettement baissé dans les milieux de travail. On peut voir là une relation simple entre la recherche, l'application et la législation.

Dans les années 80, les milieux de travail m'ont demandé pourquoi je travaillais uniquement en toxicologie et que je ne m'occupais pas du problème des maux de dos pourtant reconnu comme un problème majeur. On me demandait: «Comment se fait-il qu'il y a peu de recherche sur les maux de dos et qu'il y a très peu de données pour savoir qu'est-ce que l'on fait avec

toxicological problem where a particular substance causes intoxication and backaches with their multiple etiology. We are talking about the less evident consequences, on the one hand, as well as the entire process that a workplace accident victim goes through. According to a study carried out at the time, 7 per cent of workers with back problems accounted for 70 per cent of the entire costs paid by the workplace safety and insurance boards of Canada for this pathology. Who were the workers making up this 7 per cent? They were people who were lost in the health system and forgotten by the compensation system, several of whom ended up with mental health problems. The boards referred to them as the psychiatric cases. We can see that a toxicology problem became much more complicated when back problems were factored in.

Since that time a certain amount of research has been done and action has been taken. There has been a lot of interaction between research and stakeholders, in particular the workplace safety and insurance boards, hospitals and rehabilitation centres. We can see that an integrated approach was adopted for prevention on return to employment.

During the 1990s, I was the director general of the Quebec Institute for Research on Health and Workplace Safety. When we visited companies, we were told that they were not so concerned about back problems, but absenteeism and mental health problems. We can see that over the period of 30 years three major stages developed. In the case of mental health we are dealing with multiple etiology. What can we do? There is stigmatization in the workplace and a great absence of scientific evidence, notably with respect to the return to employment of people with mental health problems, in some cases before such problems develop into mental disorders.

The connection I wish to make is the following: if research can help us with back problems in the same way as it helped with toxicology, it seems to me it can also be of significant assistance in dealing with the whole range of mental disorders. The Canadian Institutes of Health Research, with which I am associated as president of an advisory board of the Institute of Population and Public Health, set up a working group that should be developing a research agenda for the future starting next year.

There are a few points I would like to make. Contrary to toxicology and to some extent back problems, mental health in the workplace is already an issue of some conflict. There is the matter of compensation that comes up and as you can understand, for certain workers the recognition of their mental health problems should automatically result in compensation from the workplace safety and insurance boards. Employers do not know how to manage the situation. They are aware of the extent of the problem and quite obviously they are worried about the enormous costs that go along with it.

quelqu'un qui a mal au dos?» On peut voir tout de suite la différence entre un problème toxicologique, où vous avez une substance, une intoxication et des maux de dos où nous parlons d'étiologie multiple. Nous parlons de conséquences moins évidentes, d'une part, et de tout le cheminement d'un travailleur accidenté. Une étude réalisée à cette époque a démontré que 7 p. 100 des travailleurs atteints de maux de dos représentaient 70 p. 100 des coûts de l'ensemble des Commissions des accidents du travail du Canada pour cette pathologie. Quels étaient ces travailleurs inclus dans le 7 p. 100? C'était les travailleurs qui étaient perdus dans le système de santé et qui étaient oubliés par le système de compensation et dont plusieurs développaient des problèmes de santé mentale. Les commission les appellent les cas «psy». Nous pouvons voir qu'un problème de toxicologie devenait nettement plus compliqué lorsque nous parlions de maux de dos.

Je dois dire que depuis cette période plusieurs recherches ont été faites et des actions ont été entreprises. Il y a beaucoup d'interactions entre la recherche et les acteurs, notamment la Commissions des accidents du travail, les centres hospitaliers et les centres de réadaptation. On peut voir que pour la prévention au retour au travail il y a une intégration de l'ensemble des actions.

Dans les années 90, j'étais directeur général de l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec. Lorsque nous allions dans les entreprises, on nous disait que ce n'est plus tellement les maux de dos qui les préoccupaient, mais l'absentéisme et les problèmes de santé mentale. Nous pouvons voir que dans l'espace de 30 ans trois étapes majeures se sont dessinées. Lorsque nous abordons la santé mentale, nous parlons d'étiologie multiple. Que pouvons-nous faire? Nous parlons de stigmatisation en milieu de travail et d'une absence énorme d'évidences scientifiques, notamment pour le retour au travail des gens qui ont des problèmes de santé mentale avant même parfois que cela ne devienne des troubles de santé mentale.

Le lien que je veux faire est le suivant: si la recherche peut nous aider pour les maux de dos comme elle nous a aidés en toxicologie, j'ai l'impression qu'elle pourrait nettement aider l'ensemble des problèmes des troubles de santé mentale. Les Instituts de recherche en santé du Canada auxquels je suis associé en tant que président d'un conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations, a mis sur pied un groupe de travail qui devrait nous permettre d'élaborer un agenda de recherche au fil des ans notamment à partir de l'an prochain.

Jaimerais faire ressortir quelques points. Contrairement à la toxicologie et en partie aux maux de dos, la santé mentale en milieu de travail est déjà un sujet conflictuel. Il y a une question de compensation qui se présente à l'horizon et vous comprendrez que pour une partie des travailleurs de faire reconnaître les problèmes de santé mentale automatiquement devrait se traduire par la compensation des Commissions des accidents du travail. Les employeurs ne savent pas comment gérer la situation. Ils voient l'ampleur du problème et de toute évidence ils sont inquiets des coûts énormes qui y sont associés.

In discussing matters of mental health, we are not dealing with something that is cut and dried. My board of directors was made up of seven employers and seven union representatives and I can tell you that it was not smooth sailing. It is an extremely interesting subject and we have been able to make great progress.

The solution will certainly require involvement on the part of the workplace. We cannot consider the workplace as if it were a school or a hospital. It is an entity in itself, a family with its own rules and its own way of behaving and we cannot do without its involvement.

Is there some way of bringing closer together those involved in research and the stakeholders? We must realize that we cannot remove the problem from the workplace but we can take a worker out of his workplace and refer to him as a patient.

I have no choice then but to work with the different workplaces and their representatives to come up with regional solutions. The experience with back problems, among other possible examples, demonstrates that when research is accompanied by action — we must emphasize the importance of action because urgent measures must be taken — the knowledge at our disposal increases. When there is this increase in the knowledge available, then the problem of disagreement or conflicting views is not as serious because of a better understanding of the situation. The example of the treatment for back problems, something which is now facilitated by the Canadian Institutes of Health Research, illustrates the way in which interprovincial and multidisciplinary research can be useful in the field of mental health. That is the proposal being made by the group of institutes in their brief.

[English]

Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health: It is a pleasure to have the opportunity to speak to you about mental health and the role that Canadian employers can play in that. I am here representing the Global Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, and also as the president of our country's largest provider of employee assistance programs. I will deal with some of the statistics and information that the roundtable provides as well as a perspective as a private sector provider of mental health services.

Former finance minister Michael Wilson and former Liberty Health CEO Bill Wilkinson founded the roundtable in 1998 after reviewing a study that had been produced by the Harvard School of Public Health and the World Health Organization. The study dealt with the effects of depression and mental health and projected that mental health — particularly depression — would be the second leading cause of disability in the world by the year 2020.

Lorsque nous parlons de santé mentale au travail nous allons nécessairement naviguer en eaux troubles. Mon conseil d'administration comptait sept employeurs et sept syndiqués, et je peux vous dire ce que c'est que de naviguer en eaux troubles. C'est une eau extrêmement intéressante et qui nous permet de faire avancer les choses.

La solution va nécessairement passer par l'implication des milieux de travail. Nous ne pouvons pas considérer les milieux de travail comme une école, comme un hôpital. C'est une entité en soi, c'est une famille en soi avec ses règles et son art d'agir et nous ne pourrons pas le faire sans eux.

Y aurait-il moyen que l'ensemble des acteurs de la recherche et des intervenants se rapprochent les uns des autres? Il faut comprendre que l'on ne peut pas sortir le problème du milieu de travail, mais l'on peut sortir un travailleur de son milieu de travail et l'appeler un patient.

Je dois donc travailler avec les milieux de travail et l'ensemble de leurs représentants afin de trouver des solutions originales. L'expérience sur les maux de dos, entre plusieurs autres exemples possibles, démontre que quand la recherche accompagne l'action — il ne faudrait surtout pas arrêter l'action, parce qu'il est urgent que des mesures soient prises en ce sens — le bassin des connaissances augmente. Quand le bassin des connaissances augmente, la problématique des discussions ou des réactions adverses diminue, parce qu'un meilleur éclairage est apporté à la situation. L'exemple sur le traitement des maux de dos, qui est maintenant facilité par les Instituts de recherche en santé du Canada, illustre la façon dont les recherches interprovinciales et multidisciplinaires pourraient être reprises en santé mentale. C'est ce que le groupe des instituts propose de faire dans son mémoire.

[Traduction]

M. Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health: C'est un plaisir d'avoir l'occasion de venir vous parler de la santé mentale et du rôle que les employeurs canadiens peuvent jouer à cet égard. Je suis ici à titre de représentant de la Global Economic Roundtable on Addiction and Mental Health et aussi à titre de président du principal fournisseur de programmes d'aide aux employés au pays. Je vous parlerai de certaines des statistiques et des données que la table ronde fournit et je vous ferai part de notre perspective en tant que fournisseur de services de santé mentale du secteur privé.

L'ancien ministre des Finances, Michael Wilson, et l'ancien président et directeur général de Liberty Health, Bill Wilkinson, ont fondé la table ronde en 1998 après avoir examiné une étude qui avait été préparée par la Harvard School of Public Health et l'Organisation mondiale de la santé. L'étude portait sur les effets de la dépression et de la santé mentale et projetait que la santé mentale — particulièrement la dépression — serait la deuxième cause principale d'incapacité dans le monde d'ici 2020.

The roundtable produces information and analysis and it brings together about 100 of the most senior business leaders in Canada to talk about mental health as an economic issue and as a business issue, under the leadership of Mr. Wilson and Mr. Wilkinson.

Drawing attention to these issues, the roundtable reported that mental illness costs Canadian businesses an \$11 billion in lost production every year. Furthermore, burnout, stress and disengagement probably you can double that number.

There are a few other statistics for which I provide the sources in my background material. Major insurers such as Manulife, Great West Life, Sun Life estimate that upwards of 40 per cent of their disability claims now have a mental health component. That is a very big number if you think of the amount of money that employers are spending around disability. Absenteeism in Canada averages about 8.5 per cent according to Stats Canada. It is estimated that over half of that is related to mental illness or mental health issues such as stress. Something called "presenteeism" — the workplace version of absenteeism is when people are there, but they are not there, if you know what I mean — is estimated to affect about three times as many employees as are absent. A recent Gallup study said that about half of all workers are disengaged as a result of stress and other things in the workplace. Finally, about 14 per cent of the net annual profits of companies in Canada is lost as a result of mental health issues.

These represent some big numbers for business and, therefore, for Canadians. We, at Warren Shepell Consultants and at the roundtable, believe that the linkage between the health of workers and the health of the economy is quite close.

I would like to touch briefly on mental illness, mental health and our definition of those terms. Mental illness is a series of diagnosable mental disorders: Depression, substance abuse, and other mental illnesses that prevent people from remaining in the workplace or being productive.

Mental health is basically a state where people can be optimally productive and effective. Good mental health or wellness is defined usually as an active process of becoming aware and making choices towards a more successful existence encompassing physical, social, occupational, intellectual and emotional aspects of living.

We differentiate between "mental illness," which is a portal through which people enter the systems that help them — and is something our company does not deal with — and "mental health" — which is what we do in helping Canadian employees and their employers maintain a high level of productivity in their workplaces.

Organizations such as the Centre for Addiction and Mental Health, the Canadian Mental Health Association, and the Canadian Psychiatric Association estimate that approximately

Le table ronde qui réunit environ une centaine des principaux chefs d'entreprise au Canada donne de l'information et fait une analyse relativement à la santé mentale en tant que problème économique et commercial, sous la direction de M. Wilson et de M. Wilkinson.

La table ronde signale que les coûts de la santé mentale pour les entreprises canadiennes représentent une perte au chapitre de la production de 11 milliards de dollars par an. Par ailleurs, si l'on ajoute l'épuisement professionnel, le stress et le désengagement, ce chiffre peut sans doute doubler.

Il y a quelques autres statistiques dont je donne les sources dans la documentation que je vous ai remise. Les grands assureurs comme Manulife, la Great West Life, la Sun Life, estiment que jusqu'à 40 p. 100 de leurs sinistres l'invalidité comportent maintenant une composante de santé mentale. C'est un pourcentage très élevé si l'on songe au montant d'argent que les employeurs dépensent pour l'invalidité. L'absentéisme au Canada se situe en moyenne à environ 8,5 p. 100 selon Statistique Canada. On estime que plus de la moitié est liée à des problèmes de maladie mentale ou de santé mentale comme le stress. Ce qu'on appelle le «présentéisme» — par opposition à absentéisme, quoique les employés sont au travail, mais ne sont pas vraiment là, si vous voyez ce que je veux dire — touchera environ trois fois plus d'employés que l'absentéisme. Un récent sondage Gallup révèle qu'environ la moitié des travailleurs sont désengagés en raison du stress ou d'autres problèmes au travail. Enfin, les problèmes de santé mentale représentent une perte de profits annuels nets de 14 p. 100 pour les entreprises canadiennes.

Ces pertes sont importantes pour l'entreprise et, par conséquent, pour les Canadiens. Nous, les Consultants Warren Shepell et la table ronde, sommes d'avis qu'il y a un lien très étroit entre la santé des travailleurs et la santé de l'économie.

J'aimerais aborder brièvement la maladie mentale, la santé mentale et notre définition de ces termes. La maladie mentale est une série de troubles mentaux qui peuvent être diagnostiqués: la dépression, la toxicomanie et d'autres maladies mentales qui empêchent les gens de rester au travail ou d'être productifs.

La santé mentale est essentiellement un état dans lequel les gens peuvent être les plus productifs et les plus efficaces. On définit habituellement une bonne santé mentale comme étant un processus actif de sensibilisation permettant de faire des choix de vie plus réussis et qui tiennent compte des aspects physique, social, professionnel, intellectuel et émotionnel de la vie.

Nous faisons une distinction entre la maladie mentale, qui est un portail qui permet aux gens d'accéder aux systèmes qui les aident — ce que notre entreprise ne fait pas — et la santé mentale — ce qui est exactement ce que nous faisons, c'est-à-dire aider les employés canadiens et leurs employeurs à maintenir un niveau élevé de productivité au travail.

Des organismes comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'Association canadienne pour la santé mentale, et l'Association des psychiatres du Canada estiment qu'environ un

one in five Canadians — close to 20 per cent — will be affected by mental illness. We know that the number of people who do not have optimal mental health is much higher than that.

Health Canada suggests that only about one in ten individuals with mental health disorders receive proper diagnosis and care. This happens for a variety of reasons that I am sure you have heard, around the shortage of services and other factors. Effectively, it means that many people are not getting the service they need.

In the workplace, the concern is that a majority of people not receiving treatment are also employees or potential employees. Given recent estimates that about 75 per cent of the new jobs in the economy have to do with cognitive ability, not physical ability, and that the heavy lifting in the economy is now being done with people's minds, not with their backs, this aspect of mental disability is more significant than it might have been a number of years ago.

With respect to mental health, we need to think of the workplace in four ways. First, workplaces are a portal for mental health services, where the majority of working Canadians have access to some form of wellness or employee assistance programs. It is a place wherein both employees and often their dependents can get some sort of support.

Second, the workplace is an environment where mental illness and a lack of mental health can cause significant harm and significant cost. There are issues around substance abuse as well as lost productivity.

Third, it is an environment that may — directly or indirectly — contribute to the level of stress in society. Many of the issues that are causing some of the mental health issues that you will be hearing about are related to changes in the economy and the general stresses around people needing to make a living.

Finally, through their health promotion programs and leadership, employers have the opportunity to help reduce these types of stresses. It is a portal for existing services, but it is an opportunity as well for the future.

Employee assistance programs, EAPs, play a role in the current system of how mental health is delivered in Canada. Essentially, they provide professional assessment, short-term counselling, and referral services as a benefit to employees. In most cases, Canadian EAPs also cover employees and their dependents, similar to drug or other employee benefit plans.

Warren Shepell Consultants is one of the original EAPs. We are also one of the 10 largest employee assistance program providers in North America. To give you a sense of scope, this year, we will deal with about 300,000 clinical sessions for people, through about 1,400 counsellors that we have across Canada through 84 offices. Our experience has been that the need is

Canadien sur cinq — soit près de 20 p. 100 — sera touché par une maladie mentale. Nous savons que le nombre de personnes qui n'ont pas une santé mentale optimale est beaucoup plus élevé.

Santé Canada laisse entendre qu'environ seulement une personne sur dix souffrant de troubles de santé mentale est bien diagnostiquée et reçoit des soins appropriés, et ce, pour toutes sortes de raisons dont vous avez entendu parler, j'en suis certain, que ce soit la pénurie de services ou d'autres facteurs. En effet, cela signifie que bon nombre de gens n'obtiennent pas les services dont ils ont besoin.

En milieu de travail, le problème c'est qu'une majorité de gens qui ne reçoivent pas de traitement sont également des employés ou des employés éventuels. Comme on a évalué récemment qu'environ 75 p. 100 des nouveaux emplois dans l'économie exigent une capacité cognitive, non pas une capacité physique, et que les gens ne travaillent plus autant avec leur dos qu'avec leur cerveau, cet aspect de l'incapacité mentale a davantage d'importance qu'il y a quelques années.

Pour ce qui est de la santé mentale, nous devons songer au milieu de travail de quatre façons. Tout d'abord, le lieu de travail est un portail pour les services de santé mentale, où la majorité des travailleurs canadiens ont accès à une forme de programmes d'aide aux employés ou de bien-être. C'est un endroit où les employés et souvent leurs personnes à charge peuvent obtenir de l'aide.

Deuxièmement, le lieu de travail est un environnement où la maladie mentale et l'absence de santé mentale peuvent causer des torts importants et entraîner des coûts élevés. Il y a des problèmes de toxicomanie et de perte de productivité.

Troisièmement, c'est un environnement qui peut directement ou indirectement contribuer au niveau de stress dans la société. Bon nombre des problèmes à la source de certains troubles de santé mentale dont vous allez entendre parler sont liés aux changements dans l'économie et au stress en général que subissent les gens qui doivent gagner leur vie.

Enfin, grâce à leurs programmes de promotion de la santé et à leur leadership, les employeurs ont l'occasion de réduire ces types de stress. C'est un portail pour les services existants, mais c'est également une occasion pour l'avenir.

Les programmes d'aide aux employés, les PAE, jouent un rôle dans le système actuel pour ce qui est de la façon dont les programmes de santé mentale sont offerts au Canada. Essentiellement, ils offrent aux employés des services d'évaluation professionnelle, du counselling à court terme et des services d'aiguillage. Dans la plupart des cas, les PAE au Canada visent les employés et leurs personnes à charge, tout comme les autres régimes d'avantages sociaux des employés ou tout autre régime d'assurance-médicaments.

La firme de consultants Warren Shepell a été l'une des premières à offrir des PAE. Par ailleurs, nous sommes l'un des dix principaux fournisseurs de programmes d'aide aux employés en Amérique du Nord. Pour vous donner une idée de ce que nous faisons, cette année, nous avons environ 1 400 conseillers répartis dans 84 bureaux au Canada qui ont offert 300 000 séances

growing, and that the issues people are facing are more severe. There are many similar providers, so you can multiply that across a whole industry and see that there is a significant private sector component in terms of delivering these programs.

Between 60 and 80 per cent of Canadians who are employed in a medium- or large-sized company, which is over 500 employees, have access to some form of an employee assistance program. There is already a group of people who have access to this sort of short-term program. In fact, EAPs have become the primary portal through which working Canadians often get their first access to the mental health care system.

In many cases, in our experience, you would have about 85 per cent of the people who we see in a given year getting sufficient treatment through the EAP program that they would require no further treatment. About 15 per cent of the people would then be referred into community programs or into the public health care system.

EAPs also have a strong prevention component. Much of the work being done with employers focuses on wellness programs and other preventive aspects that would support a good, healthy, mental health environment.

We would suggest that employers are already bearing a significant burden of the costs associated with mental health in Canada. In that sense, they are subsidizing what we have in the public health care system and, in some cases, compensating for deficiencies in that system. The employers have a vested interest to support a strong mental health system as a result of absenteeism, or loss of productivity, and financial losses. We would suggest that there are opportunities for them to be partners in this and that the committee should consider those opportunities — whether through things such as joint service delivery or tax incentives or other aspects of legislation that could support the existing network of therapists and people providing short-term counselling.

As you look at these issues and ways to alleviate the costs and consequences of poor mental health, we would suggest that the EAPs and other aspects of the health and wellness industry could play an important role in providing both an existing clinical network and an understanding of mental health issues in the workplace.

We already collect and analyze information based on our clients' experience and share it with individuals. We distributed a recent study we did around stress in the workplace as part of this presentation, which showed a 10 per cent increase in people reporting high stress in the workplace over the last three years.

cliniques aux gens. Notre expérience nous a permis de constater que le besoin augmente et que les problèmes auxquels les gens sont confrontés sont plus graves. Il y a de nombreux autres fournisseurs semblables, de sorte que l'on peut multiplier cela dans toute l'industrie et constater qu'il y a une composante importante du secteur privé pour ce qui est de l'exécution de ces programmes.

Entre 60 et 80 p. 100 des Canadiens qui ont un emploi au sein d'une moyenne ou d'une grande entreprise, c'est-à-dire plus de 500 employés, ont accès à une forme de programmes d'aide aux employés. Il y a déjà un groupe de gens qui ont accès à ce genre de programme à court terme. En fait, les PAE sont devenus le principal portail qui permet souvent aux Canadiens d'accéder pour la première fois à un régime de soins de santé mentale.

Dans de nombreux cas, d'après notre expérience, environ 85 p. 100 des gens que nous voyons au cours d'une année reçoivent un traitement suffisant dans le cadre des programmes d'aide aux employés et ne nécessitent aucun autre traitement. Environ 15 p. 100 des gens sont ensuite aiguillés vers des programmes communautaires ou vers le régime de soins de santé public.

Les PAE comportent également une importante composante de prévention. La plupart du travail qui se fait au niveau des employeurs met l'accent sur les programmes de bien-être et d'autres aspects de prévention pour appuyer un bon et sain environnement de santé mentale.

Nous sommes d'avis que les employeurs paient déjà une partie importante des coûts liés à la santé mentale au Canada. En ce sens, ils subventionnent ce que nous avons dans le régime de soins de santé public et, dans certains cas, cela compense pour les lacunes de ce régime. Les employeurs ont directement intérêt à appuyer un bon régime de santé mentale en raison de l'absentéisme, de la perte de productivité et des pertes financières. Nous sommes d'avis que les employeurs ont l'occasion d'être partenaires à cet égard et que le comité devrait envisager ces possibilités — soit grâce à des mesures comme la prestation de services conjointe, des incitatifs fiscaux ou d'autres aspects de la loi qui pourraient appuyer le réseau existant de thérapeutes et de personnes qui offrent du counselling à court terme.

Lorsque vous examinerez ces problèmes et les façons d'atténuer les coûts et les conséquences d'une mauvaise santé mentale, nous vous suggérons de tenir compte du fait que les PAE et d'autres aspects de l'industrie de la santé et du bien-être pourraient jouer un rôle important car elle offre déjà un réseau clinique et elle comprend bien les problèmes de santé mentale en milieu de travail.

Nous recueillons et analysons déjà de l'information à partir de l'expérience de nos clients et nous la partageons avec les gens. Nous avons distribué récemment une étude que nous avons faite au sujet du stress en milieu de travail dans le cadre de cet exposé, étude qui révélait une augmentation de 10 p. 100 de gens qui ont signalé un stress élevé en milieu de travail au cours des trois dernières années.

We can share a lot of information. Through groups such as the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health and through committees such as this, we think the EAP industry can be very supportive of the objectives of your committee in terms of ensuring optimal mental health for Canadians.

Mr. Kevin Kelloway, Director, CN Centre for Occupational Health and Safety: Honourable senators, thank you for inviting me here. I am associated with Saint Mary's University so I am an academic by background. I will try to hit the highlights in my talk today.

Sigmund Freud was asked what a healthy person should be capable of. His answer was telling for the work of this committee. He said that a healthy person should be able "to work and to love." That association of work and health has been central throughout history. In this century in particular, a much research has accumulated on the effects of work stress on both mental and other forms of health.

Issues of mental health are not confined to the psychological or the mental domain. There is a large body of literature relating issues of stress and issues of mental health to a wide variety of outcomes. There are certainly psychological outcomes; there are disturbances of affect and cognition at the low end — at the level of just having a bad day. At the high end, we are into clinical disorders and clinical depression. We have heard some statistics on the increase in those disorders.

We also have a variety of other outcomes. There are very direct and well-established links between psychological stress in the workplace and coronary heart disease. The Whitehall studies — studies of the public service in the United Kingdom — suggest that individuals who worked in a job that allowed very little control over their work environment were 1.5 to 1.8 times as likely to have or incur a heart condition in a five-year follow-up study.

Work stress is one of the risk factors for coronary heart disease. It is also linked to suppression of immune functioning, increased susceptibility to infectious disease and musculoskeletal pain, and to a wide variety of physical conditions. Work stress is also linked directly to behavioural outcomes, lifestyle factors, substance use, smoking, and alcohol use — a decrease in positive lifestyle factors. People under stress tend not to exercise and tend to eat at McDonalds more than a salad bar. All of those things have implications for health care costs.

In organizations, we have already heard some mention that work stress is associated with absenteeism and the notion of presenteeism, whereby people are at work; they are just not doing a good job while they are there.

Nous pouvons partager beaucoup d'information. Grâce à des groupes comme la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health et des comités comme le vôtre, nous pensons que l'industrie des PAE peut considérablement appuyer les objectifs de votre comité afin d'assurer aux Canadiens la meilleure santé mentale possible.

M. Kevin Kelloway, directeur, CN Centre for Occupational Health and Safety: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité ici. Je suis associé à l'Université Saint Mary's, alors je suis un universitaire de formation. Je vais tenter de vous faire présenter les principaux points de mon exposé aujourd'hui.

Quelqu'un un jour a demandé à Sigmund Freud ce qu'il pensait qu'une personne en santé devrait être capable de faire. Sa réponse était révélatrice pour votre comité. Il a dit qu'une personne en santé devrait être capable de «travailler et d'aimer». Cette association du travail et de la santé a toujours été importante. Au cours de ce siècle en particulier, beaucoup de recherches ont été faites sur les conséquences du stress au travail pour la santé mentale et d'autres formes de santé.

Les problèmes de santé mentale ne se limitent pas au domaine psychologique ou mental. De nombreux écrits font le lien entre les problèmes de stress et de santé mentale et toute une gamme de conséquences. Il y a certainement des conséquences psychologiques; les moins graves sont des perturbations affectives et cognitives — lorsqu'on a, par exemple, une mauvaise journée. Parmi les conséquences plus graves, il y a les troubles cliniques et la dépression clinique. Nous avons entendu certaines statistiques concernant l'augmentation de ces troubles.

Nous avons également une variété d'autres conséquences. Il y a des liens très directs et très bien établis entre le stress psychologique en milieu de travail et la coronopathie. Les études Whitehall — des études de la fonction publique au Royaume-Uni — révèlent que les personnes qui occupaient un emploi qui leur permettait d'avoir très peu de contrôle sur leur environnement de travail risquaient 1,5 à 1,8 fois plus d'avoir un problème cardiaque au cours d'une étude de suivi sur cinq ans.

Le stress au travail est l'un des facteurs de risque de la coronopathie. Il est par ailleurs lié à la suppression du fonctionnement immunitaire, à une plus grande susceptibilité aux maladies infectieuses et à la douleur musculo-squelettique, et à une grande variété d'affections physiques. Le stress au travail est aussi directement lié à des résultats comportementaux, à des aspects du mode de vie, à la toxicomanie, au tabagisme et à l'alcoolisme — à une diminution des aspects positifs du mode de vie. Les gens stressés ont tendance à ne pas faire d'exercices et à manger chez McDonald plutôt que dans un bar à salades. Toutes ces choses influent sur les coûts des soins de santé.

Dans des organisations, on nous a déjà mentionné que le stress professionnel est lié à l'absentéisme et à la notion de présentisme, c'est-à-dire lorsque les gens sont présents au travail mais ne font tout simplement pas un bon travail.

There are safety implications. There are clear links between increased stress and safety in the workplace. One Dutch study found that bus drivers under extreme time pressure were four times as likely to have an accident as bus drivers who worked a more relaxed schedule.

My first major point that I want to emphasize is that the costs of mental ill health are not just mental. Most of the estimates that we see that focus on stress leave and issues of psychological disability are gross underestimates of the costs we are experiencing.

We have a very good understanding of the causes of mental health in the workplace — that is, the job design feature associated with well-being in the workplace. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) in the U.S. identifies six major categories of stressors: Workload and pace, how fast you have to work, how much you have to do. The role stressors: Role ambiguity — not knowing what is expected of you. Role conflict — having conflicting expectations and/or conflict between work and family roles.

There are Career and reward issues: Issues of job insecurity that are so prevalent in a workforce that continually emphasizes short-term and contracts and the contingent workforce. There are issues of work scheduling: working night shift and weekends or overtime. In respect of interpersonal relations in the workplace, aggression in the workplace is becoming a serious issue for a variety of occupations and not always the ones we think of. Occupations that are at high-risk for violence and aggression include nursing, teaching and counselling and not just police and emergency services.

There are the effects of poor leadership in the workplace. There are clear links. Some surveys have found that employees attribute about 70 per cent of their work stress to their boss. It suggests that this is one point of leverage we have to positively affect peoples' mental health. Job design is a factor — does the job allow one to use one's skills. Does it permit control over the work?

All of these features are associated with mental health and the impairment of mental health. There is also a growing recognition that work is a health resource. Through work, we gain a sense of mastery, confidence, hope and aspiration. All of these things are, by definition, positive mental health.

If I were speaking before a committee on how to design jobs to maximize job performance and economic productivity, I would use the same set of slides. The job design characteristics associated with positive mental health are exactly the job design

Il y a des conséquences au niveau de la sécurité. Il y a clairement un lien entre le stress accru et la sécurité en milieu de travail. Une étude hollandaise révèle que les chauffeurs d'autobus qui ont des contraintes de temps extrêmes risquaient quatre fois plus d'avoir un accident que les chauffeurs d'autobus qui avaient un horaire plus souple.

La première question que je veux vraiment porter à votre attention est le fait que les coûts d'une mauvaise santé mentale ne se limitent pas uniquement au niveau mental. La plupart du temps, les études qui portent sur les congés liés au stress et sur les troubles psychologiques sous-estiment de façon flagrante les coûts qui s'y rattachent.

Nous comprenons très bien les causes de la santé mentale en milieu de travail — c'est-à-dire, l'élément conception des tâches lié au bien-être en milieu de travail. Le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) aux États-Unis détermine six grandes catégories d'agents stressants: la charge de travail et le rythme de travail, la vitesse à laquelle il faut travailler, la quantité de travail qu'il faut accomplir. Les agents stressants au niveau du rôle: l'ambiguïté du rôle — ne pas savoir ce qu'on attend de vous. Le conflit au niveau du rôle — avoir des attentes contradictoires ou des conflits entre le travail et la famille.

Il y a les problèmes liés à la carrière et à la reconnaissance: des problèmes d'insécurité d'emploi qui sont tellement prévalents en milieu de travail que l'on met constamment l'accent sur le court terme et les contrats et les travailleurs occasionnels. Il y a des problèmes d'ordonnancement du travail: travailler la nuit, les week-ends ou en surtemps. Pour ce qui est des relations interpersonnelles en milieu de travail, l'agression en milieu de travail est en train de devenir un problème grave pour toutes sortes de professions, et pas toujours celles auxquelles nous songeons. Les professions qui présentent un risque de violence et d'agression élevé sont notamment les soins infirmiers, l'enseignement et le counselling, et pas seulement les services policiers et d'urgence.

Il y a les conséquences d'un mauvais leadership en milieu de travail. Les liens sont clairs. Certaines études révèlent que les employés attribuent environ 70 p. 100 de leur stress professionnel à leur patron. Cela signifie que c'est un moyen d'affecter positivement la santé mentale des gens. La conception des tâches est un facteur — l'emploi permet-il à la personne d'utiliser ses propres compétences? Permet-il à cette personne d'avoir un certain contrôle sur son travail?

Tous ces éléments sont liés à la santé mentale et aux problèmes de santé mentale. On reconnaît de plus en plus que le travail est une ressource en matière de santé. Grâce au travail, on obtient un sentiment de maîtrise, de confiance, d'espoir et d'aspiration. Toutes ces choses sont, par définition, positives pour la santé mentale.

Si je devais expliquer à un comité comment concevoir les tâches pour maximiser le rendement au travail et la productivité économique, j'utiliserais la même série de diapos. Les caractéristiques de la conception des tâches liées à une santé

characteristics associated with performance and motivation in the workplace.

A recent meta-analysis shows this very clearly. The individuals who did the research took measures of job satisfaction. They measured how workers felt about their jobs and whether they were engaged, motivated and involved. They found, at the business unit level, that those two variables were linked to customer loyalty, firm profitability, productivity, turnover and safety.

The conclusion from all of the data that I have seen is very clear: What is good for individual mental health is good for firm performance and it is good for the economy of the country. In this light, the evidence is compelling that the issues of mental health are issues of competitive advantage. There is no incompatibility between promoting mental health in the workplace and achieving a financially viable firm.

Work in the U.S and the literature suggests that there are at least three components to a truly effective approach to work and mental health. First, we need assessment. It would not surprise you that an academic is calling for more research, but we need to understand the job characteristics under which Canadians work. Through such a national assessment program, you can also start to generate standards for job design that can be implemented.

We need a focus on primary intervention. With due respect to my panellists, we will always need employee assistance programs. We will always need treatment. There is no doubt in that.

I have a quote that I would like to paraphrase. Researchers at the National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, in the United States used to have a very nice line that said something to the effect that we are not aware of any epidemic in the course of human history that has been eliminated through treatment. That is as true for mental health as it is for anything else. The focus on primary prevention, improving job design, improving leadership in organizations, and trying remove the causes of mental ill health will, in the long run, be a much more effective strategy.

Finally, we need more education and training. We need to educate business people as to the existence of these relationships, and what they can do about them; and we need to educate mental health professionals about how organizations work. One of the adverse features of our current educational system is we train people in silos. If you are interested in mental health, you train as a clinician and you never learn anything about organizations. If you are interested in business, you train in business and you never learn anything about mental health. We need to bring the two together to truly effect change.

mentale positive sont exactement les mêmes que les caractéristiques de conception des tâches liées au rendement et à la motivation au travail.

Une méta-analyse récente le montre très clairement. Les personnes qui ont fait la recherche ont évalué la satisfaction au travail. On a évalué ce que les travailleurs pensaient de leur travail et s'ils étaient engagés et motivés. On a constaté, au niveau de l'unité d'affaires, que ces deux variantes étaient liées à la fidélisation de la clientèle, à la rentabilité de l'entreprise, à la productivité, au roulement et à la sécurité.

La conclusion à tirer de toutes ces données est très claire: ce qui est bon pour la santé mentale d'une personne est bon pour le rendement de l'entreprise et pour l'économie du pays. On doit donc conclure que les questions de santé mentale sont des questions d'avantages concurrentiels. Il n'y a aucune incompatibilité entre la promotion de la santé mentale en milieu de travail et la rentabilité de l'entreprise.

Des travaux effectués aux États-Unis et certains documents laissent entendre qu'une approche vraiment efficace en matière de travail et de santé mentale doit comporter au moins trois éléments. Tout d'abord, il faut procéder à une évaluation. Il ne vous étonnera pas d'apprendre qu'un universitaire réclame davantage de recherche, mais nous devons comprendre les caractéristiques des postes qu'occupent les Canadiens. Grâce à un tel programme d'évaluation nationale, on peut aussi commencer à établir des normes pour la conception des emplois, qui peuvent être mises en oeuvre.

Nous devons mettre l'accent sur l'intervention primaire. Sauf le respect que je dois à mes collègues, nous avons toujours besoin de programmes d'aide aux employés. Nous aurons toujours besoin de traitements. Cela ne fait aucun doute.

J'ai une citation que j'aimerais paraphraser. Les chercheurs au National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, aux États-Unis ont fait la réflexion suivante, qui est très intéressante, selon laquelle on ne connaît aucune épidémie dans l'histoire de l'humanité qui a été éliminée grâce à un traitement. Cela vaut tout autant pour la santé mentale. Il sera beaucoup plus efficace, à long terme, de mettre l'accent sur la prévention primaire, d'améliorer la conception des tâches, d'améliorer le leadership au sein des organisations et d'essayer d'éliminer les causes de la mauvaise santé mentale.

Enfin, nous devons accroître la sensibilisation et la formation. Nous devons sensibiliser les gens d'affaires à l'existence de ces liens, et des mesures qu'ils peuvent prendre à cet égard; et nous devons sensibiliser les professionnels de la santé mentale au fonctionnement des organisations. L'une des faiblesses de notre système d'éducation actuel, c'est le cloisonnement de la formation. Si vous vous intéressez à la santé mentale, vous recevez une formation de clinicien et vous ne recevez aucune formation à propos des organisations. Si vous vous intéressez à l'entreprise, vous recevez une formation commerciale et vous n'apprenez rien à propos de la santé mentale. Pour favoriser véritablement le changement, nous devons rassembler ces deux éléments.

Ms. Patti Bregman, Director of Programs, Canadian Mental Health Association — Ontario Division: I also want to thank the Senate committee, not only for inviting us but also for undertaking a really significant piece of work. You have the capacity to make a difference.

I will start by giving you a little background because you gave me the perfect lead in. The reason we are here, as opposed to other mental health agencies, is that three years ago we initiated a program called "Mental Health Works." My background is as a lawyer, but I am interested in mental health; and part of our initiative was to cross those silos.

Our approach in Mental Health Works was to take the wonderful work that the roundtable has been doing and bring the CEOs together and answer the questions we always got when we went out to talk to people: What do we actually do? What concrete steps can we take in the workplace? I want to start by saying I agree with all three of others, and I am going to skip over those pieces.

I have a couple of key messages that will carry through, and some concrete ideas, based on the fact that we have now been doing this for three years. I have worked in disability law and health policy for about 15 years, so some of this experience regarding disability accommodation and how you make these kinds of changes in the workplace comes from actually working with employers and being in the workplace.

I think the committee can make a huge step forward by bringing recognition to this problem. There is a World Health Organization number and it is important to understand what that number is. They are not talking about prevalence of mental illness, but about how many days you cannot have a good quality of life because of your mental illness. If any other disease were listed as about to become the number one or two in the world in 15 years, there would be a public health emergency declared and crisis. I think we need to start thinking of this as a challenge to be met, not an inevitable consequence.

We have 15 years to change the way in which work and health care deal with these issues, so that the mental illness may be present, but the quality of life and the days lost to disability will not be number one. I would like to see a target set that we want to lower that expectation. It is a very important message; because when you hear that number all the time, it sounds like nothing can be done. I do not think that is right.

The second point is that there is progress in mental health. We need to start communicating to the public that recovery and remission are possible. It is a chronic illness. You may not be cured, but you can improve your life. We need to do whatever it

Mme Patti Bregman, directrice des programmes, Association canadienne de la santé mentale — Division de l'Ontario: Je tiens aussi à remercier le comité sénatorial, non seulement de nous avoir invités mais aussi d'avoir entrepris un travail vraiment important. Vous pouvez changer les choses.

Je commencerai par vous donner un peu le contexte parce que vous m'avez donné la parfaite entrée en matière. La raison pour laquelle nous sommes ici, contrairement à d'autres agences de santé mentale, c'est qu'il y a trois ans nous avons lancé un programme intitulé «Mental health Works». J'ai fait des études d'avocate, mais je m'intéresse à la santé mentale; et notre initiative visait entre autres à faire tomber ces cloisons.

Dans le cadre du programme que je viens de mentionner, nous nous sommes inspirés du remarquable travail fait par la table ronde et avons réuni les PDG afin de répondre aux questions qu'on nous pose toujours lorsque nous allons prendre la parole devant des gens: Que faisons-nous au juste? Quelles sont les mesures concrètes que nous pouvons prendre en milieu de travail? Je tiens à commencer par dire que je suis d'accord avec les trois autres intervenants, et je vais donc sauter ces éléments.

J'ai quelques messages clés à transmettre et certaines idées concrètes, compte tenu du fait que nous effectuons ce travail depuis trois ans. Je me suis occupé pendant une quinzaine d'années des lois concernant les personnes handicapées et de la politique sur la santé. Par conséquent, une partie de cette expérience concernant les adaptations à l'intention des personnes handicapées et la façon d'apporter ce type de changement en milieu de travail provient de mon travail auprès des employeurs et de ma connaissance du milieu de travail.

Je crois que le comité fait un énorme pas en avant en favorisant la prise de conscience de ce problème. L'Organisation mondiale de la santé a établi un chiffre et il est important de comprendre ce qu'il représente. Il ne s'agit pas de la prévalence de la santé mentale, mais du nombre de jours où la maladie mentale vous prive d'une bonne qualité de vie. Si toute autre maladie était sur le point de figurer parmi les deux maladies les plus répandues au monde dans une quinzaine d'années, on déclarerait alors qu'il s'agit d'une urgence et d'une crise en matière de santé publique. Je crois que nous devons commencer à envisager cela comme un défi à relever et non pas comme une conséquence inévitable.

Nous avons 15 ans pour modifier la façon dont le milieu de travail et le milieu de la santé s'occupent de ces questions afin que, malgré l'existence de la maladie mentale, elle ne sera pas la principale cause de la détérioration de la qualité de vie et des journées de travail perdues. J'aimerais que l'on se donne comme objectif de réduire ces chiffres. C'est un message très important car lorsqu'on entend constamment ce genre de chiffres, on a l'impression qu'il n'y a rien à faire. Je ne crois pas que ce soit le cas.

Le deuxième point, c'est que des progrès sont possibles en matière de santé mentale. Nous devons commencer à informer le public que le rétablissement et la rémission sont possibles. Il s'agit d'une maladie chronique. Vous ne serez peut-être pas guéri, mais

takes to help people live better quality of lives. Obviously, the workplace is an extremely important place for this to happen.

We have approached it as an accommodation issue and a health issue. It is important to do both. When we were looking at the workplace, it is critical that the CEOs take a stand. However, it is equally important that the people in the workplace — the managers and supervisors who have to deal with people's mental illness — get the education and information they need. I was at the roundtable with Mr. Phillips a couple weeks ago, and there are some wonderful things happening.

The number of events we get invited to — last Friday, Mr. Phillips and I were at another one — *Benefits Canada* is doing a special supplement of this, and brought together 10 people to talk about it. I sat with John Hunkin from CIBC and talked about it recently. I speak at other conferences where I have the managers and supervisors, and they say, well, John Hunkin just came in and one of his performance goals is that we improve employment of people with disabilities. How do we do it? Mental Health Works is really designed to answer that question.

I have some recommendations for you that will also focus on that — what do you do? Your focus is health and I have focused my recommendations on where the health component is. However, I would urge you to keep in mind that there is another piece that is not just health.

The first thing we need is research — very practical research, data collection. Research is important for two things: First, it tells us what we are doing wrong and what we are doing right. Second, it makes the case. We live in a world where problems do not get recognized as important unless we have data to back it up. That is why you will hear us talk about the \$10, \$20, \$30 billion productivity loss. There is work being done at the Institute for Work and Health, there is a roundtable on return to work, there are numerous psychiatrists working at the Centre for Addiction and Mental Health.

However, we need more than research. The gap I would like to see you make recommendations on talks about dissemination, implementation and monitoring. At the Mental Health Association, we work with a research group. Our role is getting those research results out to the public and to government, and putting them into practice. In other words, we have wonderful research, but people do not know it is happening and we do not have a coordinating voice for it.

vous pourrez améliorer votre vie. Nous devons prendre toutes les mesures nécessaires pour aider les gens à améliorer leur qualité de vie. De toute évidence, le milieu de travail a un rôle extrêmement important à jouer à cet égard.

Nous avons abordé cette question sous l'angle de l'adaptation et de la santé. Il est important de conjuguer ces deux aspects. Lorsque nous examinons le milieu de travail, il est fondamental que les PDG prennent position. Cependant, il est tout aussi important que les gens en milieu de travail — les gestionnaires et les superviseurs qui doivent composer avec la maladie mentale des employés — reçoivent la formation et la formation dont ils ont besoin. J'ai assisté à une table ronde à laquelle a participé M. Phillips il y a quelques semaines, et il y a des choses remarquables qui sont en train de se faire.

Nous sommes invités à un grand nombre d'événements — vendredi dernier, M. Phillips et moi-même avons assisté à un autre événement — et d'ailleurs la revue *Benefits Canada* prépare un supplément spécial sur cet événement et a réuni 10 personnes pour en parler. J'ai rencontré John Hunkin de la CIBC récemment avec qui j'en ai parlé. J'ai pris la parole à l'occasion d'autres conférences réunissant des gestionnaires et des superviseurs et qui ont dit que John Hunkin venait de leur indiquer que l'un de ses objectifs de rendement était que nous améliorions l'emploi des personnes handicapées. Comment y arrive-t-on? Le programme Mental Health Works est vraiment conçu pour répondre à cette question.

J'ai formulé certaines recommandations à votre intention qui mettront aussi l'accent sur cet aspect — comment procède-t-on? Votre étude met l'accent sur la santé et j'ai axé mes recommandations sur les aspects qui se rattachent à la santé. Cependant, je vous encourage à ne pas oublier qu'il y a d'autres éléments dont il faut tenir compte qui ne concernent pas uniquement la santé.

Il nous faut tout d'abord faire de la recherche — de la recherche très pratique, de la collecte de données. La recherche est importante pour deux raisons: Tout d'abord elle nous indique nos points faibles et nos points forts. Deuxièmement, elle nous permet de faire valoir nos arguments. Nous vivons dans un monde où on ne reconnaît l'importance des problèmes que si on dispose de données. C'est la raison pour laquelle vous nous entendiez parler de pertes de productivité s'élargissant à 10, 20, 30 milliards de dollars. L'Institut de recherche sur le travail et la santé est en train de faire du travail sur cette question, il existe une table ronde sur le retour au travail, il y a de nombreux psychiatres qui travaillent au Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Cependant, la recherche à elle seule ne suffit pas. Il existe une lacune au niveau de la diffusion, de la mise en œuvre et du contrôle et j'aimerais que vous fassiez des recommandations à cet égard. À l'Association de la santé mentale, nous travaillons en collaboration avec un groupe de recherche. Notre rôle est de transmettre les résultats de cette recherche au public et au gouvernement, et de les mettre en pratique. Autrement dit, la recherche qui est faite est remarquable, mais personne n'en est au courant et nous n'avons aucun porte-parole pour en assurer la coordination.

It does not mean all the researchers are the same, but we need to start letting people know that, for example, \$35,000 a year will keep people in treatment and off the street. It is a great research number, but if you do not hear about it, if there is no strategy about how to take the results of that research and make change to respond to that research, it is not very helpful. Therefore, if you can think about how you can recommend talking about dissemination and implementation to make sure that the best practices get implemented.

I look to other health sectors, where you have best practices and guidelines. It would be unthinkable not to implement the best practices and guidelines for cancer treatment, for example. We do not do that in mental health. There are, in fact, some very good guidelines, but there is no implementation. There is no attention to the implementation; there is no funding for it. It is a really critical piece in that respect.

I also think we need to talk about monitoring follow-up. The National Quality Institute is doing a lot of very good work in terms of healthy workplaces. They have a strategy for how you do that follow-up. We need to look at that. Whether we call it a health care auditor or a monitoring and implementation group — we need a body that does not review and try to be punitive or mark people and say they are number one and two, but to give an annual report and say, are guidelines being followed? Do we know if people are being prescribed the appropriate drugs? Do we know that it is making a difference in the workplace? Again, it is a constantly evolving quality standard.

We need really good access to both information and services. In terms of information, I often hear people in the workplace ask, "What do we know about mental health?" "How do we find out what the drugs are?" "How do we help employees who come to us with a question?"

We need be careful. We do not want to turn supervisors and managers into medical practitioners. The thing that scares them the most when we talk about workplace mental health is that we have an expectation that they will be diagnosing or treating or spending a lot of time listening to people. That is not what this is about.

They do need to know where to get information for their employees and how do talk about mental illness in the workplace. The hardest thing is what do you say to people? How do you disclose to other employees? Making it something that is everyday — in the same way we talk about cancer — comes from having good, accurate information.

They also need access to services. At a recent roundtable, I heard the head of occupational health and safety for Dupont speak. We have been doing some work with them and Dofasco and some other companies who are now saying that mental health problems in the workplace are their leading cause of disability and

Cela ne veut pas dire que tous les chercheurs sont pareils, mais nous devons commencer à informer les gens que, par exemple, un montant de 35 000 \$ par année permettra d'assurer le traitement d'une personne et de lui éviter de se retrouver à la rue. C'est un chiffre très intéressant, mais si vous n'en entendez pas parler, s'il n'existe aucune stratégie permettant d'utiliser les résultats de cette recherche pour apporter les changements voulus, il ne sera pas d'une grande utilité. Par conséquent, il serait bon que vous recommandiez des moyens de diffuser et de mettre en oeuvre les résultats de cette recherche pour faire en sorte que l'on adopte des pratiques exemplaires.

Il y a d'autres secteurs de la santé où il existe des pratiques exemplaires et des lignes directrices. Il serait inconcevable de ne pas adopter des pratiques exemplaires et de suivre les lignes directrices pour le traitement du cancer, par exemple. Cela n'existe pas dans le secteur de la santé mentale. Il existe en fait de très bonnes lignes directrices, mais elles ne sont pas mises en oeuvre. On ne se préoccupe pas de la mise en oeuvre et aucun financement n'est prévu à cette fin. C'est vraiment un aspect fondamental.

Je crois également que nous devons parler du suivi. L'Institut national de la qualité fait du très bon travail pour ce qui est d'assurer des milieux de travail sains. Il a établi une stratégie de suivi. Nous devons l'examiner. Qu'il s'agisse d'un vérificateur des soins de santé ou d'un groupe de contrôle et de mise en oeuvre — nous avons besoin d'une instance dont le rôle n'est pas d'examiner, de sanctionner ou de coter les gens, mais de préparer un rapport annuel qui indique que les lignes directrices sont suivies. Savons-nous si les médicaments appropriés sont prescrits? Savons-nous si cela a une influence dans le milieu de travail? Ici encore, il s'agit d'une norme de qualité en constante évolution.

Nous avons besoin d'un accès vraiment efficace à l'information et aux services. Sur le plan de l'information, j'entends souvent les gens en milieu de travail demander «Que savons-nous à propos de la santé mentale?» «Comment pouvons-nous déterminer quels sont les médicaments appropriés?» «Comment pouvons-nous aider les employés qui s'adressent à nous?»

Nous devons faire preuve de prudence. Nous ne voulons pas transformer les superviseurs et les gestionnaires en médecins. Ce qui les effraie le plus lorsque nous parlons de la santé mentale au travail, c'est qu'on s'attend à ce qu'ils fassent des diagnostics, qu'ils traitent les gens ou qu'ils passent beaucoup de temps à les écouter. Ce n'est pas ce dont il s'agit.

Il faut qu'ils sachent où obtenir l'information dont ont besoin leurs employés et comment parler de la maladie mentale au travail. Le plus difficile consiste à savoir quoi dire aux gens? Comment communique-t-on la chose aux autres employés? Grâce à des renseignements exacts, on pourra en parler comme on parle de toute autre maladie, le cancer, par exemple.

Ils ont aussi besoin de services. Lors d'une récente table ronde à laquelle j'ai assisté, le chef de l'hygiène et de la sécurité au travail pour Dupont a pris la parole. Nous avons fait du travail avec eux ainsi qu'avec Dofasco et d'autres entreprises qui indiquent maintenant que les problèmes de santé mentale au travail sont

long-term care claims. The problem they are facing is that although early identification is wonderful and talking about it more is wonderful, the waiting lists can be six months or a year to two years.

We need to be careful to ensure that we are tracking, and that we do not get the situation where people identify mental illness and then cannot do anything about it. I think Mr. Phillips alluded to that. We need to come up with some creative solutions that include the public sector available funds. While the EAP programs are great, not everybody has insurance. For small companies, this is a serious problem.

If we can put those pieces together, starting with leadership from government and from the business community, to raise the issue to make it an important thing to do. We need to ensure that we are addressing the workplace needs of managers and supervisors, with research implementation dissemination. As a result, we will see the days lost to disability reduced because people will be able to work.

There is a remarkable study out of Boston University Rehab. They followed 500 senior executives who had been hospitalized for having a mental illness, which is pretty serious. At the end of two years, when they returned to work they had a 70 per cent retention rate. They were staying at work. When asked why, it was because they felt they could ask for accommodation. They felt as though they had the information and their colleagues had the information to give them support.

It is about removing stigma. We talk a lot about public education. I am not sure that that is as effective as simply providing good concrete information that gives people the real facts.

I hope we have lots of questions. I am looking forward to your report because we will do what we recommend you do, which is we will take your report and work to ensure that it is implemented. I think that is our responsibility.

The Chairman: Thank you all for some very interesting and provocative comments.

Mr. Savoie, at the end of your paper you had short-term action plan. You wrote the paper in March. Has that plan actually been done? Do we know what has happened?

Mr. Savoie: It is underway now. A small group has met and has prepared the basis for action. Then we will enlarge the group with all the stakeholders and other partners to ensure that it is not only a research group, but it represents all the concerned parties. The goal is to have national and international workshop next March at the latest.

la principale cause des réclamations d'invalidité et de soins à long terme. Le problème auquel font face ces entreprises, c'est que même si le diagnostic précoce est remarquable et qu'il est merveilleux d'en parler toujours, les listes d'attente peuvent être de six mois ou d'un an à deux ans.

Il faut donc assurer un suivi pour éviter qu'une fois que l'on diagnostique une maladie mentale, on ne puisse alors rien faire pour aider cette personne. Je pense que M. Phillips y a fait allusion. Nous devons trouver des solutions créatives qui consistent entre autres à faire appel aux fonds disponibles dans le secteur public. Même si les programmes d'aide aux employés sont formidables, certaines personnes n'ont pas d'assurance et pour les petites entreprises, c'est un grave problème.

Il faut rassembler tous ces éléments, en commençant par le leadership du gouvernement et des milieux d'affaires, de façon à sensibiliser les intéressés à l'importance de telles mesures. Nous devons nous assurer de répondre aux besoins en milieu de travail des gestionnaires et des superviseurs, grâce à la recherche, la mise en oeuvre, la diffusion de l'information. Nous constaterons alors une diminution du nombre de jours de travail perdus à cause de l'invalidité parce que les gens seront en mesure de travailler.

Il existe une remarquable étude faite par le Boston University Rehab. On a suivi 500 cadres supérieurs qui avaient été hospitalisés parce qu'ils avaient une maladie mentale, ce qui est assez grave. Au bout de deux ans, lorsqu'ils sont retournés au travail, ils affichaient un taux de maintien en fonction de 70 p. 100. Ils ont continué à travailler. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, c'est parce qu'ils considéraient pouvoir demander un aménagement en milieu de travail. Ils considéraient qu'ils disposaient de l'information nécessaire et que leurs collègues avaient les renseignements voulus pour les appuyer.

Il s'agit d'éliminer les préjugés. Nous parlons beaucoup de sensibilisation du public. Je ne suis pas sûre que cela soit aussi efficace que de fournir simplement des renseignements concrets qui établissent les faits tels qu'ils sont.

J'espère que vous nous poserez beaucoup de questions. J'attends avec impatience votre rapport parce que nous ferons ce que nous vous recommandons de faire, c'est-à-dire veiller à ce que votre rapport soit mis en oeuvre. J'estime que c'est notre responsabilité.

Le président: Je tiens à remercier chacun d'entre vous pour des commentaires très intéressants et qui donnent à penser.

Monsieur Savoie, vous proposez à la fin de votre document un plan d'action à court terme. Vous avez écrit ce document en mars. Le plan a-t-il été mis en oeuvre? Savons-nous ce qui s'est passé?

Mr. Savoie: Il est en cours à l'heure actuelle. Un petit groupe s'est réuni et a jeté les bases des mesures à prendre. Nous comptons étendre la participation à tous les intéressés et à d'autres partenaires pour nous assurer qu'il ne s'agit pas uniquement d'un groupe de recherche, mais qu'il représente toutes les parties intéressées. L'objectif est de mettre sur pied un atelier national et international en mars prochain au plus tard.

The Chairman: Could you or your organization keep us informed?

Mr. Savoie: We certainly will.

The Chairman: Ms. Bregman, at the end of your paper you have a number of recommendations. I do not need an answer now but would you think about how we ultimately make them even more specific?

Perhaps the value of our last major health report was that, in contrast to some other health reports, we were very concrete in our recommendations. We had costed everything, we knew who should be involved, and we had some very good details. To the extent that you can over the next several months talk to our staff to make the recommendations — I would say this to the roundtable as well — make the recommendations even more specific. The more hard-nosed they are — recognizing they may not please everyone — the better it will be.

One statement you made in your brief stunned me. You made an observation that public health community health budgets in Ontario have been frozen for 12 years. It is essentially an 18 per cent to 20 per cent reduction in real purchasing power. That is a staggering number. I cannot think of any other government service that has been frozen for 12 years.

Ms. Bregman: There is not. It is not just the providers. In Ottawa for example, there is a five-year waiting list for case management services for people with serious mental illnesses. Half the people on that waiting list have attempted suicide.

The Chairman: A five-year list?

Ms. Bregman: Yes. These are staggering figures. Keep in mind that the other thing that is distinctive about mental health is that government funds only services for people with serious mental illness. That is why getting access to services for employees is so difficult because we do not fund mental health services beyond those very specific targeted groups.

I think that primary care practitioners provide 75 per cent of all mental health services. It is becoming a growing part of their practice. It is a huge issue in terms of getting access to really good service.

The Chairman: We are not looking at this purely from the narrow mental health issue.

I am fascinated by the rise in the stress issue. Let me be provocative to make a point. How do you know that it is a real issue, as distinguished from a phoney issue? When someone breaks a leg, it is obvious they have broken a leg. With back pain, I was fascinated by the fact that new protocols were developed and back pain disappeared and stress emerged. There is a lot of

Le président: Pourrez-vous, vous-même ou votre organisation, nous tenir au courant?

M. Savoie: Nous n'y manquerons pas.

Le président: Madame Bregman, à la fin de votre document vous formulez un certain nombre de recommandations. Il n'est pas nécessaire que vous me répondiez maintenant, mais pourriez-vous songer à la façon dont nous pourrions les rendre encore plus précises?

Sans doute que l'utilité de notre dernier grand rapport sur la santé, par comparaison à certains autres rapports sur la santé, est attribuable au fait que nous avons formulé des recommandations très concrètes. Nous avons déterminé le coût de chaque mesure, nous savions qui devaient être les participants, et nous avions des précisions très utiles. Il serait bon, si vous le pouvez, qu'au cours des prochains mois vous parliez à vos collaborateurs pour formuler des recommandations encore plus précises — et cela vaut aussi pour les membres de la table ronde. Plus elles seront fermes — car il est probable qu'elles ne plairont pas à tout le monde — mieux ce sera.

J'ai été stupéfié par l'une des déclarations que vous faites dans votre mémoire. Vous avez indiqué que les budgets de la santé communautaire dans le domaine de la santé publique en Ontario sont gelés depuis 12 ans. Il s'agit essentiellement d'une réduction de 18 à 20 p. 100 du réel pouvoir d'achat. C'est un chiffre effarant. Je n'arrive pas à songer à d'autres services gouvernementaux dont les budgets sont gelés depuis 12 ans.

Mme Bregman: Il n'y en n'a pas d'autres. Il ne s'agit pas simplement des fournisseurs. À Ottawa, par exemple, il existe une liste d'attente de cinq ans pour les services de gestion de cas concernant des personnes ayant des maladies mentales graves. La moitié des gens sur cette liste d'attente ont fait des tentatives de suicide.

Le président: Une liste de cinq ans?

Mme Bregman: Oui. Ce sont des chiffres stupéfiant. Il ne faut pas oublier que l'autre aspect par lequel la santé mentale se distingue, c'est que les fonds gouvernementaux ne servent qu'à financer des services à l'intention des personnes ayant de graves maladies mentales. C'est pourquoi il est si difficile pour les employés d'avoir accès aux services parce que nous ne finançons les services de santé mentale qu'à l'intention de ces groupes cibles très précis.

Je crois que les fournisseurs de soins primaires assurent 75 p. 100 de tous les services de santé mentale. Cela est en train de devenir un aspect de plus en plus important de leur travail. L'accès à des services vraiment efficaces est un énorme problème.

Le président: Nous n'examinons pas cette question sur le plan strict de la santé mentale.

Je suis fasciné de constater à quel point le stress est devenu un problème répandu. Je vais faire un peu de provocation. Comment distinguez-vous un problème réel d'un problème factice? Lorsque quelqu'un se casse une jambe, il est évident qu'il a une jambe cassée. Dans le cas des douleurs au dos, j'ai été fasciné de constater que de nouveaux protocoles ont été élaborés et que les

skepticism in the country. There is the view that people say they are stressed in part because they are allowed a number of days of sick leave and they need a reason to take them so they can have a few days off. Back pain used to be the way of doing it. Now it is switched to stress.

I am saying that to be deliberately provocative, but one of the important issues with which a committee such as ours must grapple is to separate fact from fiction — or to understand true reality. That is not to argue that there are not significant mental illnesses in the workplace; it is obvious there are. How do you suggest that we come to grips with that issue?

Ms. Bregman: I am not a clinician, but we actually send that same message when we go out and speak, because we want to ensure that employers are differentiating between stress and mental illness and it is a continuum. I do not think it is a one or the other.

In respect of criteria that are used for diagnosis of a mental illness — depression for example — there is a list of symptoms and a question as to whether you had a certain kind of symptoms for more than a two-week period. There are clinical criteria that can be used to determine a mental illness. Stress can make a mental illness worse and it may even trigger it. However, it is important to make that distinction in your report.

Senator Morin: Mr. Kelloway is giving a completely different picture and I fully agree with the chairman. There is the stress of work, but there is also the stress of being unemployed. There is always stress and some people work better under stress — whatever stress means. I think it is a vague concept. It is like “burnout,” many people do not agree on the definition of the term.

I am surprised that no one has spoken about this. There is stress, but there is also the employment of schizophrenic patients and no one has mentioned that. There is the employment of patients with depression. I think that is something we should address.

If you work too much you are stressed; if you do not work enough, you are stressed. If you are in a position of responsibility, you are stressed; if you are not in a position of responsibility and have no control over your work, you are stressed. If you are bored, you are stressed. You are stressed all the time. The alternative is being unemployed and what is the stress level of being unemployed?

I worked in hospitals all my life and I see people in the emergency department and so forth who work under all sorts of pressures and stress. They are certainly not unhappy. This is what they have chosen.

I am extremely worried because if we go down this line, everyone will take leave for stress. Senator Robertson has been stressed from sitting next to me right now.

douleurs au dos ont disparu et ont fait place au stress. Il y a beaucoup de scepticisme dans ce pays. On considère que les gens disent être stressés en partie parce qu'on leur autorise un certain nombre de jours de congés de maladie et qu'ils ont besoin d'une raison pour les prendre afin d'avoir quelques jours de repos. Auparavant, on invoquait les douleurs au dos. Maintenant, on invoque le stress.

Je dis cela délibérément pour provoquer, mais une chose importante qu'un comité comme le nôtre doit faire, c'est de faire une distinction entre les faits et la fiction — ou de comprendre la vraie réalité. Je ne veux pas dire qu'il n'y a pas d'importantes maladies mentales en milieu de travail; il est évident qu'il y en a. À votre avis, comment pouvons-nous nous attaquer à ce problème?

Mme Bregman: Je ne suis pas clinicienne, mais en fait nous envoyons le même message lorsque nous allons parler aux employeurs, car nous voulons nous assurer que ces derniers font la distinction entre le stress et la maladie mentale, et c'est un continuum. Je ne pense pas que ce soit l'un ou l'autre.

Pour ce qui est des critères qui sont utilisés pour diagnostiquer une maladie mentale — la dépression, par exemple — il existe une liste de symptômes et on demande si la personne a eu un certain type de symptômes pendant une période de plus de deux semaines. Il y a des critères cliniques qui peuvent être utilisés pour déterminer une maladie mentale. Le stress peut empirer une maladie mentale ou même la déclencher. Cependant, il est important de faire cette distinction dans votre rapport.

Le sénateur Morin: M. Kelloway brosse un tableau tout à fait différent et je suis entièrement d'accord avec le président. Il y a le stress au travail, mais il y a également le stress du chômage. Il y a toujours du stress et certaines personnes fonctionnent mieux lorsqu'elles sont stressées — selon ce que signifie le stress. Je pense que c'est un concept plutôt vague. C'est comme l'épuisement professionnel, bien des gens ne sont pas d'accord sur la définition du terme.

Je suis surpris que personne n'en ait parlé. Il y a le stress, mais il y a aussi des schizophrènes qui travaillent et personne ne l'a mentionné. Il y a des gens qui souffrent de dépression qui travaillent. Je pense que c'est une question que nous devrions aborder.

Si on travaille trop, on est stressé; si on ne travaille pas assez, on est stressé. Si on a un poste de responsabilité, on est stressé; si on n'a pas de poste de responsabilité et si on n'a aucun contrôle sur son travail, on est stressé. Si on s'ennuie, on est stressé. On est tout le temps stressé. L'autre possibilité c'est d'être au chômage, et quel est le niveau de stress lorsqu'on est au chômage?

J'ai travaillé dans des hôpitaux toute ma vie et en urgence, il y a des gens qui travaillent constamment sous pression et avec beaucoup de stress. Ils ne sont certainement pas malheureux. C'est ce qu'ils ont choisi.

Je suis extrêmement inquiet car si nous continuons ainsi, tout le monde prendra congé en raison du stress. Le sénateur Robertson subit un stress en ce moment parce qu'elle est assise à côté de moi.

Mr. Phillips: The issue of back pain is an interesting corollary. If you want the toughest adjudication of these issues and whether they are real, a good place to start is the insurance industry.

Let us put aside the word stress for a moment because that might be a popularized glom of many mental health issues. Insurance adjudicators, by and large, are not softies looking for reasons to give away their employers' money. If over 40 per cent of disability claims they are paying now are related to mental illness and mental health related issues then that is one way to answer your question of focusing on the real importance of this. They are not in the business of giving away money; if anything, they are in the business of not.

In terms of characterization of stress, let me tell you the good thing about the fact that people refer to being stressed. Talking about being depressed or being schizophrenic are tough topics for people. One of the huge issues around dealing with this matter is the stigma, which Ms. Bregman mentioned.

We now have a popularized term — "stress" — with which people feel comfortable. In fact, it leads them into the potential for treatment; it leads them into conversations about the nature of their problem and challenge. Sometimes it is merely the fact that they are working really hard and having a hard time coping with it. A number of other times, there are real issues that can be treated.

In respect of the realm of physical health, everything everyone does is not healthy every day at work. There are things in a workplace that we would suggest people do not do because it is unsafe or not good for their physical health. People will continue to do them anyway. That does not mean there is not a better way to do it. That does not mean that some of the issues around how you can structure work cannot be improved.

There probably is a clinical definition of stress, but I am not a clinician so I do not want to speak to what I do not know. However, it is a gateway through which the people who need support can feel comfortable starting to get it. For that reason, I do not think it should be minimized.

Mr. Kelloway: Obviously, if you see my report, I am not as willing to dismiss the concept of stress.

The Chairman: Let me be clear. We did not indicate we are willing to dismiss it. It is important that we ask the tough questions because the reality is that a significant group of people is highly skeptical. Since much of this skepticism exists within major decision-makers in the public and private sectors, unless we can find a way to address that scepticism, progress will be really hard to achieve.

Mr. Kelloway: A lot of the scepticism seems to orient around the fact that the only way you know I am stressed is to ask me, so you have to accept my word for it. There are no other indicators — or not exact indicators. There are some physiological correlates of stress such as increased blood pressure, cardiac reactivity, and

M. Phillips: Le problème du mal de dos est un corollaire intéressant. Si l'on veut voir l'adjudication la plus rigoureuse de ces questions et vérifier si les problèmes sont réels, l'industrie de l'assurance est un bon point de départ.

Mettons un instant le mot stress de côté, car c'est peut-être un terme popularisé pour bien des problèmes de santé mentale. Les compagnies d'assurance en général ne cherchent pas des raisons pour dépenser l'argent de leurs employeurs. Si plus de 40 p. 100 des sinistres d'invalidité qu'ils paient à l'heure actuelle sont liés à la maladie mentale et à des questions liées à la santé mentale, alors c'est une façon de répondre à votre question concernant l'importance de tout cela. Ils ne sont pas là pour distribuer de l'argent; je dirais que c'est plutôt le contraire.

Pour ce qui est du stress, laissez-moi vous dire ce qui est bien lorsque les gens disent qu'ils sont stressés. Il est difficile pour les gens de dire qu'ils sont déprimés ou schizophrènes. Comme Mme Bregman l'a dit, la stigmatisation de ces maladies pose énormément de problèmes.

Nous avons maintenant un terme populaire — stress — avec lequel les gens se sentent à l'aise. En fait, cela les amène à aller chercher un traitement; cela les amène à parler de la nature de leur problème et du défi. Parfois, il s'agit tout simplement du fait qu'ils travaillent très fort et qu'ils ont de la difficulté à composer avec la situation. À d'autres moments, ils ont des problèmes réels qui peuvent être traités.

Lorsqu'on parle de la santé physique, tout le monde n'est pas toujours en santé tous les jours au travail. Il y a des choses en milieu de travail que les gens ne devraient pas faire parce que ce n'est pas sécuritaire ou ce n'est pas bon pour leur santé physique. Les gens continuent de les faire de toute façon. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas une meilleure façon de le faire. Cela ne veut pas dire que ces mêmes problèmes sur la façon de structurer le travail ne peuvent pas être améliorés.

Il existe sans doute une définition clinique du stress, mais je ne suis pas clinicienne de sorte que je ne veux pas parler de ce que je ne connais pas. Quoi qu'il en soit, c'est une façon pour les gens qui ont besoin de soutien de se sentir à l'aise pour aller chercher de l'aide. Pour cette raison, je ne pense pas que cela devrait être minimisé.

Mr. Kelloway: De toute évidence, si vous voyez mon rapport, vous constaterez que je ne suis pas aussi disposé à rejeter le concept du stress.

Le président: Soyons bien clairs. Nous n'avons pas dit que nous étions prêts à rejeter ce concept. Il est important que nous posions des questions difficiles car la réalité c'est que beaucoup de gens sont très sceptiques. Puisqu'il y a autant de scepticisme au sein des principaux décisionnaires des secteurs public et privé, à moins que nous puissions trouver une façon d'éliminer ce scepticisme, il sera très difficile de faire des progrès.

Mr. Kelloway: Le scepticisme semble en grande partie attribuable au fait que la seule façon pour vous de savoir si je suis stressé est de me poser la question, et vous devez me croire sur parole. Il n'y a pas d'autres indicateurs — pas d'indicateurs précis. Il y a des corrélats physiologiques du stress, notamment

salivary cortisol measures — all kinds of things you can use. When you use those, you find they correlate very well with self-reports.

When we go to objective measures of job conditions — not measured by what people think their job is like, but very objective measures such as deriving from the employer or job analysis or something like that, you get essentially the same results.

There are also a variety of other areas where we rely on the individual to report symptoms and we accept his or her word for it. When I get back to Halifax on Monday, I am going to my optometrist. When he checks my vision and asks if I can see better when he changes the lens, he accepts my answer as my word.

There is always the potential for fraud, but there is very good evidence that, in fact, objective work conditions are associated with stress. Stress is associated with all kinds of objectively measured outcomes, including coronary heart disease and physical symptoms, so I do not see any reason to suspect them. I realize there is a problem, because we are not willing to trust people when they tell us that they are experiencing a lot of stress. It is complicated by the fact there are individual differences in stress tolerance. Some individuals may be able to tolerate more or less stress.

Mr. Savoie: I would like to make the remark that back pain has not disappeared. Eighty per cent of people will have back pain at some point in life. What has changed is that the prevention measures in the workplace have improved; but also the disability case management has tremendously improved over the years.

With mental health, we could sort of disregard the problem and say it does not exist. However, the reality in the workplace is it is there. What are we going to do about it? My feeling is that we think that if we put too much attention on that issue, we will take money away from other health care services. We will put it to mental health where maybe it might not be justified.

Let me remind you again, the major part of the solution will come within the workplace itself. This is not a money burden for the health system. It might in fact save money. I agree with Mr. Kelloway; it has been demonstrated again and again. Some people may lie, but most people do not lie all the time. When people tell you something, normally you sit down and listen carefully.

Is it like a mood or something that will disappear over time? I do not think it will disappear in the very short future. However, again, what back pain has shown is that we can do something about it. If we put ourselves together, there are things we can do.

une tension artérielle plus élevée, la réactivité cardiaque et les mesures de cortisol dans la salive — on peut utiliser toutes ces choses. Lorsqu'on les utilise, on constate qu'il y a une corrélation avec l'auto-évaluation.

Lorsque nous mesurons de façon objective les conditions de travail — non pas une évaluation selon ce que les gens pensent de leur travail, mais une évaluation objective à partir de l'employeur ou de l'analyse des fonctions ou quelque chose du genre, on obtient essentiellement les mêmes résultats.

Il y a toute une série d'autres domaines dans lesquels on compte sur la personne qui signale ces symptômes et nous la croyons sur parole. Lorsque je rentrerai à Halifax lundi, j'irai voir mon optométriste. Lorsqu'il vérifie ma vision et me demande si je vois mieux lorsqu'il change la lentille, il me croit sur parole lorsque je lui réponds.

Il y a toujours possibilité de fraude, mais tout indique qu'en fait, les conditions de travail objectives sont liées au stress. Le stress est lié à toutes sortes de résultats mesurés de façon objective, notamment la coronopathie et les symptômes physiques, de sorte que je ne vois aucune raison de les soupçonner. Je comprends qu'il y a un problème, car nous ne sommes pas prêts à faire confiance aux gens lorsqu'ils nous disent qu'ils ont beaucoup de stress. Tout cela se complique du fait qu'il y a des différences individuelles au niveau de la tolérance du stress. Certaines personnes sont peut-être en mesure de mieux tolérer le stress que d'autres.

M. Savoie: Je voudrais dire que le mal de dos n'a pas disparu. Quatre-vingt pour cent des gens auront mal au dos à un certain moment donné au cours de leur vie. Ce qui a changé, c'est que les mesures de prévention en milieu de travail se sont améliorées; mais la gestion des cas d'invalidité s'est également beaucoup améliorée au fil des ans.

En ce qui a trait à la santé mentale, nous pourrions en quelque sorte ne pas tenir compte du problème et dire qu'il n'existe pas. Cependant, la réalité en milieu de travail est que le problème existe. Qu'allons-nous faire pour y remédier? J'ai l'impression que nous pensons que si nous accordons trop d'attention à la question, nous devrons aller chercher des fonds dans d'autres services de soins de santé pour les diriger vers la santé mentale ou ce n'est peut-être pas justifié.

Permettez-moi encore une fois de vous rappeler que la solution viendra en grande partie du milieu de travail lui-même. Ce n'est pas un fardeau financier pour le régime de soins de santé. En fait, cela pourrait peut-être permettre d'épargner de l'argent. Je suis d'accord avec M. Kelloway; cela a été prouvé à de nombreuses reprises. Il y a peut-être des gens qui mentent, mais la plupart des gens ne mentent pas tout le temps. Lorsque les gens vous disent quelque chose, habituellement vous les écoutez attentivement.

Est-ce comme un état d'esprit ou quelque chose qui disparaîtra avec le temps? Je ne pense pas que cela disparaîtra à très court terme. Toutefois, je le répète, ce que le mal de dos a montré, c'est que nous y pouvons quelque chose. Si nous nous y mettons, il y a des choses que nous pouvons faire.

To manage the world, we used to divide the world; and to manage research, we divided research. Clinical research, health research, sociology and many other disciplines will contribute. This issue affects everyone in business — from managers to engineers to workers. It is the same in research. The linkage among all the entities has not yet been done. I think we must look at it that way.

Senator Roche: The witnesses should know that this committee brings a lot of sympathy to the subject of mental illness. We have heard some heart-rending testimony over the past few months that has really affected me, and I think my colleagues as well.

We do not want to dilute the importance of our forthcoming report by letting the skeptics overcome the real message of mental illness that we want to get out with our recommendations — that is, doing something about it in an appropriate way. If we were to take the avenue that depression will be the leading cause of work days lost and the growth in stress as a reason for paying attention to mental illness, I am concerned that we will have diverted public attention — and maybe governmental attention — away from the centrality of our message.

As a layman here, I am uncertain of the relationship between stress and mental illness. As Senator Morin says, we all feel stressed. I am wondering if the increase in stress is not so much like mental illness, but a growing inability of so many people to cope with the crises of the world. There are crises all over the world, all over our country — SARS, beef, the Middle East. Stress is everywhere. I wonder if the pressures of the modern world and the pressures of coping with all the things we have to deal have become so extreme that it is adding to stress to be sure. However, is it necessarily building up mental illness?

If we pitch our report on the growing stress and growing depression and pay attention to us — I think I have said enough. You get my feeling here. I am worried that we will have diluted the attention I want to pay to the clinical problems of mental illness that need to be repaired.

Ms. Bregman: Perhaps I can help put together a framework. We are all saying similar things but from different perspectives. I do not want to dismiss stress as something that is not important. There is some relationship between stress and building to mental illness. However, I do think, as you said, we do need to differentiate for a couple of reasons. One is because we do have to start acknowledging mental illness. It is as much about saying the word as it is about solving the problem. The other thing is that solutions are different. We need to focus on what we say about them. Talking about stress is not necessarily something that

Pour mener le monde, nous avions l'habitude de le diviser; et pour mener la recherche, nous l'avons divisée. La recherche clinique, la recherche en santé, la sociologie et de nombreuses autres disciplines fourniront un apport. Cette question touche tout le monde — des gestionnaires aux ingénieurs en passant par les travailleurs. Il en est de même pour la recherche. La liaison entre toutes les entités n'est pas encore faite. Je pense que c'est de cette façon que nous devons l'envisager.

Le sénateur Roche: Les témoins doivent savoir que le comité se préoccupe beaucoup de cette question de la maladie mentale. Au cours des derniers mois, nous avons entendu des témoignages déchirants qui m'ont vraiment touché, et je pense qu'il en est de même pour mes collègues.

Nous ne voulons pas minimiser l'importance de notre prochain rapport en laissant les sceptiques obscurcir le véritable message que nous voulons faire passer au sujet de la maladie mentale dans nos recommandations — c'est-à-dire faire quelque chose à ce sujet et de façon appropriée. Si nous devions soutenir qu'il faut s'intéresser à la maladie mentale parce que la dépression deviendra la principale cause d'absentéisme et que le stress augmentera, je crains que nous ne détournions ainsi l'attention du public — et peut-être aussi celle du gouvernement — de l'essentiel de notre message.

En tant que profane, je ne connais pas bien le lien qui existe entre le stress et la maladie mentale. Comme l'a dit le sénateur Morin, nous ressentons tous du stress. Je me demande si l'augmentation du stress n'est pas beaucoup apparentée à la maladie mentale, mais plutôt une incapacité grandissante d'un grand nombre de gens de faire face aux crises qu'il y a dans le monde. Il y a des crises partout dans le monde, partout dans notre pays — le SRAS, la maladie de la vache folle, la crise au Moyen-Orient. Le stress est omniprésent. Je me demande si les pressions de la vie moderne et la nécessité de composer avec toutes les choses qui se passent ne sont pas devenues si lourdes qu'elles ajoutent certainement au stress. Quoi qu'il en soit, est-ce que cela conduit nécessairement à la maladie mentale?

Si nous axons notre rapport sur la montée du stress et de la dépression et centrons l'attention sur nous — je pense en avoir assez dit. Vous voyez ce que je veux dire. Je crains que nous ne détournions l'attention que je veux accorder aux problèmes cliniques que pose la maladie mentale et auxquels il faut remédier.

Mme Bregman: Peut-être puis-je vous aider à délimiter un cadre de travail. Nous disons tous des choses apparentées, mais d'un point de vue différent. Je ne veux pas diminuer l'importance du stress. Il existe une relation entre le stress et l'apparition de la maladie mentale. Toutefois, je pense bel et bien, comme vous l'avez dit, que nous devons effectivement établir une différence pour deux ou trois raisons. D'abord nous devons effectivement commencer à reconnaître l'existence de la maladie mentale. L'appeler par son nom est la première étape vers la solution au problème. L'autre chose, c'est que les solutions diffèrent. Nous

would dilute your report if what you say about stress is focused on the solutions for stress, not depression, and then move along the continuum.

For example, if you prescribe an exercise program such as yoga for someone who is stressed, that kind of primary prevention is great; it improves people's sense of health and well-being. However, that will not treat depression. Part of the reason we make that distinction is to make people understand that just dealing with the things that help with stress will not assist with mental illness. We need to talk about the continuum of responses that are available.

Stress, as you said, is defined as how you respond to the world. When we do stress-prevention education, we are helping people to change the way in which they respond to the things they face. That is not what we do with depression.

Therefore, I would encourage you to make sure that when you address each of these issues, you encourage the appropriate responses to them — be they mental illness or stress. They are not the same. The responses required in the workplace are not the same.

Senator Roche: It is clear that stress is not the same thing as mental illness. I am stressed all the time, but I do not think I am mentally ill.

Ms. Bregman: I am not a clinician. There is a continuum and there is a significant amount of discussion about this. Definitions are always the hardest thing to do. I do some consulting from time to time. I am writing a paper for the European commission on defining disability for new legislation. These things are a struggle. Maybe we can go back and look for some research that might assist you.

Senator Roche: Are you distinguishing between stress and depression?

Ms. Bregman: Yes, I am.

Senator Roche: Stress does not lead to mental illness, but depression is a form of mental illness?

Ms. Bregman: There is some research that indicates that stress may lead to mental illness. When you tease out the definitions, the World Health Organization number 2020 talks about unipolar depression only. It is not even the whole range of mental illness. We tend to make it more generic.

Mr. Kelloway: There is some terminology confusion going on. Part of that is disciplinary. When I think of mental health, I do not think of mental illness. I would distinguish between the two. I mean in no way to dispute the focus that the committee would like to place in their report. I would be fully supportive of a report that dealt with mental illness and how we treat mental illness.

devons nous concentrer sur ce que nous en disons. Parler du stress ne va pas nécessairement diluer le message de votre rapport si ce que vous dites au sujet du stress est concentré sur les solutions au stress, et non pas sur la dépression, et que vous poursuivez ensuite sur cette voie.

Par exemple, si l'on prescrit un programme d'exercices comme le yoga pour quelqu'un qui est stressé, une prévention primaire de ce type est excellente; elle améliore l'état de santé et le bien-être de l'intéressé. Cependant, cela ne traitera pas l'état dépressif. Une des raisons pour lesquelles nous établissons cette distinction, c'est pour que les gens comprennent que de se contenter des choses qui contribuent à réduire le stress ne va pas réduire la maladie mentale. Nous devons parler du continuum des soins qui sont disponibles.

Le stress, comme vous l'avez dit, est lié à la façon dont on réagit au monde. En matière de prévention du stress, nous aidons les gens à changer la façon dont ils réagissent aux choses auxquelles ils font face. Ce n'est pas ce que nous faisons dans le cas de la dépression.

Alors je vous encouragerais donc, quand vous traitez de chacune de ces questions, à veiller à y apporter les réponses appropriées — maladie mentale ou stress. Ce n'est pas la même chose. Les réponses dont on a besoin en milieu de travail ne sont pas les mêmes.

Le sénateur Roche: Il est clair que le stress n'est pas la même chose que la maladie mentale. Je suis tout le temps stressé, mais je ne pense pas avoir de maladie mentale.

Mme Bregman: Je ne suis pas clinicienne. Il y a un continuum et ces questions font l'objet de beaucoup de discussions. Le plus dur à faire, c'est toujours de trouver des définitions. Je donne des consultations de temps à autre. Je suis en train de rédiger un document pour la Commission européenne sur la façon de définir l'incapacité en prévision d'un nouveau texte législatif. C'est extrêmement compliqué. Peut-être pourrions-nous tenter de trouver des travaux de recherche qui pourraient vous aider.

Le sénateur Roche: Établissez-vous une distinction entre le stress et la dépression?

Mme Bregman: Oui, bien sûr.

Le sénateur Roche: Le stress ne mène pas à la maladie mentale, mais la dépression est une forme de maladie mentale?

Mme Bregman: Des recherches indiquent que le stress peut mener à la maladie mentale. Quand on démêle les définitions, on constate que le bulletin 2020 de l'Organisation mondiale de la santé ne traite que de la dépression unipolaire. Ce n'est même pas toute la gamme de la maladie mentale. Nous avons tendance à en parler de façon plus générique.

M. Kelloway: Il y a une confusion dans les termes. C'est en partie une affaire de discipline. Quand je pense santé mentale, je ne pense pas maladie mentale. Je ferais une distinction entre les deux. Loin de moi l'idée de contester l'optique que le comité aimeraient donner au rapport. J'appuierais entièrement un rapport qui porterait sur la maladie mentale et la façon dont nous la

That is a crucial issue for society. I do not think of it as a mental health issue, I do not think of it as the sole definition of mental health.

I respect your view. If you include a wide variety of mental health issues, you will write a report that deals with mental health, but may not have a very clear focus on mental illness.

The Chairman: Can I be clear? I think we all understand what we mean by mental illness, but you are saying that someone could have a mental health problem but not be mentally ill?

Mr. Kelloway: That is correct.

The Chairman: In some sense, mental illness is very clearly defined from a clinical standpoint. We all have mental health of some form or another, some of it may be a 10 out of 10-point scale and some of it may be on a two. Two does not mean you are mentally ill, it means you are not mentally healthy?

Mr. Kelloway: Agreed. There is the diagnostic and statistical manual of the American Psychiatric Association that is used to establish the diagnostic criteria for mental illnesses. The diagnostic criteria for something like depression, is very much a continuum. We have chosen a level of symptomatology and said if you hit that level we will diagnose you as being clinically depressed — suffering unipolar depression.

The Chairman: You are into the mentally ill category?

Mr. Kelloway: If you are two steps back from that you have a mental health problem.

Senator Morin: You are not unhealthy? If you have a cold, are you ill or unhealthy? What you are saying is it is a grading of symptoms. It is the only field of medicine where you have this distinction. In any other field, you are either healthy, or unhealthy, or sick. If you are sick, you have a diagnosis. What you are saying is you are unhealthy but there is no name to it. That is unbelievable.

This distinction between mental health and mental illness creates an unbelievable disservice to the patients who really need our help: the schizophrenics. Here you are talking about the workplace. Nobody has mentioned the fact of the employment of those patients who are unemployed and need work. These are the schizophrenics, the mood disorders and all these patients.

We are talking about someone who had a fight with his boss. Twenty years ago, he would have wept on his wife's shoulder and the next day he would be back to work. Now he can take a week off for that. That is it. Of course, he is stressed.

How could you put this in the same field as a patient with a mood disorder and with schizophrenia who is facing unbelievable problems in the workplace? They cannot find a job. They are

traitons. La question est cruciale pour la société. Je ne la perçois pas comme une question de santé mentale, je n'y vois pas la seule définition de santé mentale.

Je respecte votre opinion. Si vous incluez une vaste gamme de questions touchant la santé mentale, vous rédigerez un rapport qui portera sur la santé mentale, mais on n'y traitera peut-être pas très clairement de maladie mentale.

Le président: Puis-je être clair? Je pense que nous comprenons tous ce que nous voulons dire par maladie mentale, mais vous dites que quelqu'un pourrait avoir un problème de santé mentale sans avoir de maladie mentale?

Mr. Kelloway: C'est juste.

Le président: En un sens, la maladie mentale est clairement définie du point de vue clinique. En matière de santé mentale, nous avons tous quelques faiblesses, dans certains cas elle peut-être de 10 sur une échelle de 10 et dans d'autres de deux seulement. Quand on a un deux, ça ne veut pas dire qu'on a une maladie mentale, ça veut dire qu'on n'a pas une bonne santé mentale?

Mr. Kelloway: C'est cela. Il y a le manuel statistique et diagnostique de l'American Psychiatric Association dont on se sert pour établir les critères de diagnostique pour les maladies mentales. Le critère diagnostic pour la dépression, par exemple, est essentiellement un continuum. Nous avons choisi un niveau de symptomatologie et dit que si l'on atteint ce niveau, on pose un diagnostic de dépression clinique — c'est-à-dire qu'on souffre de dépression unipolaire.

Le président: On parle ici de maladie mentale?

Mr. Kelloway: Si on se situe à deux degrés en deçà de ce niveau, on dit qu'on a un problème de santé mentale.

Le sénateur Morin: On n'est pas en bonne santé? Si on a un rhume, est-on malade ou pas en bonne santé? Êtes-vous en train de dire que c'est une gradation des symptômes. C'est le seul domaine de la médecine où l'on a cette distinction. Dans tout autre domaine, soit on est en bonne santé, ou pas en bonne santé, ou malade. Si on est malade, on pose un diagnostic. Ce que vous dites, c'est que quelqu'un n'est pas en bonne santé sans avoir de nom pour cet état. C'est incroyable.

La distinction entre la santé mentale et la maladie mentale nuit de façon incroyable aux patients qui ont vraiment besoin de votre aide: Les schizophrènes. Ici vous parlez du milieu de travail. Personne n'a parlé de l'emploi de ces patients qui sont sans travail et qui ont besoin de travailler. Ce sont les schizophrènes, ceux qui ont des troubles de l'humeur et tous ces patients.

Nous parlons de quelqu'un qui a eu une querelle avec son patron. Il y a 20 ans, il aurait pleuré sur l'épaule de sa femme et le lendemain il serait rentré au travail. Maintenant il peut s'absenter une semaine pour cela. C'est cela. Bien sûr, il est stressé.

Comment pouvez-vous mettre cela sur le même plan qu'un patient qui a des troubles de l'humeur et qui est atteint de schizophrénie et qui connaît d'incroyables difficultés en milieu de

discriminated against; nobody is out there to help them. They are unemployed all their life.

I am not alone saying that. I heard a professor who wrote a paper specifically on this topic. He spoke to it at the mental health advisory board — it was not at this committee. He spoke at the advisory board of the mental health institute of CIHR. He said it is creating a great disservice to those patients with mental illness.

I am not saying that there is not a gradation. A cold is not SARS. I am sorry if I get a bit upset on this, but there is a danger here. The employers should also address the problem of mental illness, not only mental health. I know why they are not doing it: there are problems associated with employing a schizophrenic. We should address that.

Mr. Savoie: I will throw a rock in the pond. Senator Morin is saying that the industry in general does not do its job by hiring people with mental health problems and mental diseases. I agree with him completely. On the reverse, if I have a company and I say I have a problem and you will not listen, that is a dichotomy. There is no possible dialogue. You are trying to tell the industry what they should do and they are asking you for help. You say that it is not sufficiently important; they should not receive help.

If we want to have more people integrated into the workplace, there is knowledge to develop there. It might start with the industry's problem and then once they learn how to do it, they can start hiring other people. I am not talking on behalf of employers here; I am totally neutral. However, that is the feeling that I have. They have a problem. They want to express it. If we do not listen to that, because it is not important enough, they will not listen to ours.

Mr. Phillips: The passion about it is fantastic. Perhaps we are not dealing with some of the more difficult clinical situations you raised — I think you answered yourself — because many of those people are not in the workplace. The response on one level would be whether it is an employer's responsibility or not, they are trying to address those people in the workplace where there are issues.

Although the issues can be minimized, they do not seem minimal to the person whose spouse just phoned them at work and said they are leaving and walked out, or the person who is dealing with substance abuse or other serious issues. The glaring piece of this is that we have a public health care system in Canada that does not deal with this. There are provinces in Canada where they screen people who have an EAP and will not let them into the public system if they have one. They prefer to off-load them to employers.

In a system where we pay taxes to have the government handle health care, the employers are already dealing with a very significant burden around providing basic mental health care — not dealing

travail? Il ne peut pas trouver d'emploi. Il est victime de discrimination; personne n'est là pour l'aider. Ces gens sont sans emploi toute leur vie.

Je ne suis pas le seul à le dire. J'ai entendu un professeur qui a justement rédigé un ouvrage sur cette question. Il en a parlé à un conseil consultatif sur la santé mentale — il ne s'agissait pas de ce comité-ci. Il prenait la parole au conseil consultatif de l'Institut de santé mentale des IRSC. Il a dit que cela nuisait grandement aux patients ayant une maladie mentale.

Je ne dis pas qu'il n'y a pas de gradation. Un rhume, ce n'est pas le SRAS. Je suis navré de m'emporter un peu à ce sujet, mais il y a là un danger. Les employeurs devraient aussi se pencher sur le problème de la maladie mentale, et ne pas parler que de santé mentale. Je sais pourquoi ils ne le font pas: embaucher un schizophrène pose des problèmes. Nous devrions en tenir compte.

M. Savoie: Je vais jeter un pavé dans la marre, je le sais. Le sénateur Morin dit que le marché du travail de façon générale devrait embaucher des gens qui ont des problèmes de santé mentale et des maladies mentales et ne le fait pas. Je suis tout à fait d'accord avec lui. En revanche, si j'ai une entreprise et que je dis que j'ai un problème et que l'on ne m'écoute pas, il y a dichotomie. Aucun dialogue n'est possible. Vous essayez de dire au marché du travail ce qu'il devrait faire et il vous demande de l'aide. Vous dites que ce n'est pas assez important; qu'il ne devrait pas recevoir d'aide.

Si nous voulons intégrer davantage de gens au marché du travail, il y a des connaissances à acquérir. On pourrait commencer par le problème qu'a le marché du travail et une fois qu'on y aura appris comment s'y prendre, on pourra alors commencer à embaucher d'autres personnes. Je ne parle pas au nom des employeurs ici; je suis tout à fait neutre. Cependant, c'est l'impression que j'ai. Il ont un problème. Ils veulent en parler. Si nous ne les écoutons pas, parce que ce n'est pas assez important, ils ne nous écouteront pas à leur tour.

M. Phillips: Il est fascinant de voir la passion que cela suscite. Peut-être que nous ne traitons pas des situations cliniques les plus difficiles que vous avez mentionnées — je pense que vous avez vous-même fourni la réponse — parce que beaucoup de ces gens ne sont pas sur le marché du travail. La réponse d'une certaine façon consisterait à savoir s'il incombe ou non à l'employeur d'essayer de composer avec ces gens dans le milieu de travail quand ces questions se posent.

Bien qu'on puisse atténuer la gravité de ces questions, elles ne semblent pas minimes pour celui dont le conjoint vient de téléphoner du travail pour dire qu'il s'en va et part, ou pour la personne qui fait face à la toxicomanie ou à d'autres questions graves. Ce qui crève les yeux, c'est que nous avons au Canada un système de soins de santé public qui ne s'occupe pas de ces problèmes. Il y a au Canada des provinces où l'on ne peut pas avoir accès au système public si l'on bénéficie d'un programme d'aide aux employés. On préfère se décharger de ces cas sur les employeurs.

Dans un système où l'on paie des impôts pour que le gouvernement assure des soins de santé, les employeurs assument déjà une très lourde part du fardeau en assurant des

with mental illness in a substantive way, but basic mental health care. When it can take from six months to five years to get assistance, I think it is not just employers who are on the hook for not meeting their responsibilities.

Ms. Bregman: I want to address Senator Morin's comments. It is important to note that there actually is work going on as well for people who are seriously mentally ill. That is the population we are addressing. It is the only population that our initiative is addressing.

We did not put a lot about it in our brief because it is addressed from our perspective as an accommodation issue. We have been working with CIBC and Scotia Bank now for three years on improving employment opportunities for people with disabilities — mental illness in particular. We have material on our Web site and we have developed training for managers and supervisors that focuses on that. It focuses on how to have the conversation with someone? When you notice it is a performance issue and that they have a serious problem, what can you do about it? What are the steps that you can take?

What is encouraging to me, having done this in different contexts over 12 years, is that employers are now much more interested in this. That is for a couple of reasons. First, prevalence is higher. Second, the legal framework of human rights has forced them to ensure that they are complying with human rights. The banks, in particular, are doing it because of federal employment equity legislation. In addition, mental illness hits people when they are older. They are finding that their very valued employees are suddenly sick, so there is a connection.

Within the corporate sector, we are finding a willingness to begin to address some of these problems. We talk to them about accommodating. You can do very cost-effective accommodation for people with a mood disorder, with schizophrenia. We ask, "How do you talk to their colleagues? How do you have that interview?" We have actually done a little 10-minute video of a good interview and a bad interview to show the managers and supervisors. Those are the people who are dealing with it.

However, there is a disconnect. The business leaders are now talking about it, which is really good. However, the people on the ground have been dealing with this for a long time. I think there is a crying need out there for information, not only about accommodation. They want to know about the medication a person might be on so that they can understand it. They want good, factual information about mental illness so they can better understand it. Their fear is they will become the clinicians. That is where the question of access to services becomes so essential.

soins primaires en matière de santé mentale — il ne s'agit pas de s'occuper réellement de maladie mentale, mais d'offrir des soins primaires en matière de santé mentale. Quand il peut falloir de six mois à cinq ans pour obtenir de l'aide, je pense que ce ne sont pas que les employeurs à qui il faut reprocher de ne pas assumer leurs responsabilités.

Mme Bregman: J'aimerais parler de ce qu'a dit le sénateur Morin. Il est important de rappeler qu'il y a en fait du travail qui se fait aussi au sujet des gens qui sont atteints de maladie mentale grave. C'est la population que nous visons. C'est la seule population que vise notre initiative.

Nous ne nous y sommes pas attardés dans notre mémoire, parce que nous l'envisageons comme une question d'adaptation. Nous travaillons avec la CIBC et la Banque Scotia depuis trois ans maintenant à améliorer les perspectives d'emploi des personnes handicapées — la maladie mentale notamment. Nous avons des choses sur notre site Web et nous avons conçu à l'intention des gestionnaires et des superviseurs un programme de formation qui porte là-dessus. Il traite justement de la façon de converser avec quelqu'un. Quand vous voyez que c'est une question de rendement et qu'ils ont un problème grave, que pouvez-vous y faire? Quelles sont les mesures que vous pouvez prendre?

Ce que je trouve encourageant, après avoir travaillé là-dessus dans différents milieux depuis plus de 12 ans, c'est que les employeurs y accordent maintenant beaucoup plus d'attention. Pour diverses raisons. D'abord, la prévalence est plus grande. Ensuite, la protection juridique des droits de la personne les force à s'assurer qu'ils respectent ces droits. Les banques, en particulier, y veillent en raison de la loi fédérale sur l'équité en matière d'emploi. De plus, la maladie mentale frappe les gens quand ils vieillissent. On se rend compte que des employés très estimés sont subitement malades, et le lien se fait.

Dans le secteur des entreprises, nous voyons qu'on est disposé à commencer à s'occuper de certains de ces problèmes. Nous leur parlons d'adaptation. Nous pouvons prendre des mesures d'adaptation très utiles dans le cas des gens qui ont des troubles de l'humeur, qui sont atteints de schizophrénie. Nous demandons: «Comment parlez-vous à leurs collègues? Comment menez-vous cette entrevue?» Nous avons en fait réalisé une vidéo de 10 minutes pour montrer aux gestionnaires et aux superviseurs ce qu'est une bonne entrevue et une mauvaise entrevue. Ce sont les gens qui font face à ces situations.

Toutefois, il y a une faille. Les dirigeants du secteur des affaires en parlent maintenant, ce qui est vraiment bien. Cependant, les gens sur le terrain font face à cela depuis longtemps. Je pense qu'il y a un besoin criant d'information, et pas seulement au sujet des mesures d'adaptation. Ils veulent savoir quels médicaments la personne peut prendre afin qu'ils puissent comprendre ce qui se passe. Ils veulent une bonne information concrète sur la maladie mentale afin de mieux pouvoir comprendre. Ce qu'ils redoutent, c'est de devenir les cliniciens. C'est là la question de l'accès aux services qui devient si essentielle.

If someone walks into their office — and they do every day, I get a lot of call from the corporate world — and says, “I have this problem,” the first thing they ask is, “What can we do?” That is where they are stymied. I agree it is a really critical thing and we do need to talk to it. We also need to send that message of encouragement that mental illness is a chronic disease, that you can have recovery-remission; but it requires dedicated treatment when you are at that level. That is what we are not seeing.

Senator Cook: You have said that you not clinicians and I understand that. Your focus is a healthy workplace with a healthy person sitting in it — a workplace that is governed on one end with me receiving remuneration for being employed and on the other by that balance sheet. You are looking at competing forces in this workplace.

At what point along the continuum will your mental health be compromised? Is it when you become dysfunctional when you are doing your daily tasks? What are the triggers that the employer-employee relationships begin? Again, in the complexity of the workforce, you have the person who hired you. You have regulations. You have unions. You have people who advocate for you. It is almost like a vortex.

I know that mental health is desirable for outcomes and industry. Somewhere along the continuum, if those stressors are in place, you will become mentally ill. That is what my mind is trying to unravel — that point along the continuum.

That may be okay for Bell Canada, the large drug and multinational companies where you can write off A, B and C on your balance sheet. However, for the smaller businesses, where people work for minimum wages, how do we manage a workplace to ensure that the people in it are healthy, recognizing that there are stressors along the way that will move you over the line?

Mr. Kelloway: I am not sure that I have the whole answer, but I have a couple of observations. This analogy of a continuum works very well for some mental illnesses, depression being the obvious example. It does not work quite as well for schizophrenia, bipolar affective disorder or a host of other “psychoses” that have biological as well as environmental determinants.

That notion that as we continue to stress people they will eventually develop a mental illness is debatable depending on the form of the illness. I would not at all be prepared to argue that one develops bipolar disorder or schizophrenia as a result of increased workplace stress. There is much stronger evidence for depression. I do not want to focus too much on the continuum. Even within the diagnostic manual, there are very clear distinctions between classic psychoses and other forms of mental illness.

Mr. Phillips: Your question had two parts: one was around smaller business and one was looking at how and when. There are certain things that we see in what we do that can anticipate issues within workplaces. We provide EAP services for about 75 per cent of the health care institutions, hospitals and others in the GTA right now. Senator Roche mentioned the issues of situational events and

Si quelqu'un entre dans leur bureau — et cela se fait tous les jours, je reçois beaucoup d'appels du secteur des affaires — et dit: «J'ai tel problème», la première chose qu'ils demandent c'est, «Que pouvez-vous faire?» Ils sont alors dans une impasse. Je reconnaît que c'est vraiment critique et que nous avons effectivement besoin d'en parler. Nous devons aussi pour les encourager faire comprendre que la maladie mentale est une maladie chronique, qu'il y a rétablissement, rémission; mais quand on en est là, il faut un traitement spécifique. Or, nous n'en voyons pas.

Le sénateur Cook: Vous avez dit ne pas être clinicienne et je le comprends bien. Ce que vous visez c'est un milieu de travail sain où évoluent des travailleurs en bonne santé — un milieu de travail où d'une part on est rémunéré pour le travail qu'on effectue et où d'autre part il y a des exigences de rentabilité. Il y a des intérêts opposés dans ce milieu de travail.

À quel moment la santé mentale est-elle compromise? Est-ce quand l'accomplissement de vos tâches quotidiennes vous rend dysfonctionnel? Qu'est-ce qui déclenche la relation employeur-employé? Encore là, dans la complexité du marché du travail, il y a la personne qui vous a embauché, il y a les règlements, il y a les syndicats. Il y a les personnes qui ont pris votre défense. C'est presque une spirale.

Je sais qu'une bonne santé mentale, ça contribue au succès de l'industrie. Si on est en présence de facteurs de stress, on sera atteint d'une maladie mentale tôt ou tard. Voilà ce que j'essaie d'identifier — le déclencheur.

C'est peut-être bien pour Bell Canada, les grandes compagnies pharmaceutiques et les multinationales qui peuvent absorber telle ou telle perte. Par contre, pour les petites entreprises, où les employés touchent le salaire minimum, comment est-il possible de gérer la main-d'œuvre pour assurer sa santé, sachant qu'il y a des facteurs stressants qui risquent de vous faire perdre pied?

Mr. Kelloway: Je n'ai pas tous les éléments de réponse, mais j'aimerais faire quelques observations. Vous avez fait référence à un laps de temps, analogie qui convient parfaitement à certaines maladies mentales, par exemple, la dépression. Par contre, elle s'applique moins bien à la schizophrénie, au trouble bipolaire et à bien d'autres «psychoses» qui s'expliquent par des phénomènes biologiques aussi bien qu'environnementaux.

L'hypothèse selon laquelle le stress continu même inexorablement à la maladie mentale ne s'applique pas à toutes les formes de troubles. Je ne pourrais pas vous dire, par exemple, que le trouble bipolaire ou la schizophrénie sont causés par une augmentation du stress au travail. Par contre, le lien est beaucoup plus marqué pour ce qui est de la dépression. Je ne veux donc pas m'attarder sur cette question de continuum. Même dans le manuel de diagnostic, il existe une distinction très claire entre les psychoses classiques et les autres formes de maladie mentale.

Mr. Phillips: Votre question avait deux volets: l'un portait sur les PME et l'autre sur le quand et le comment. Il y a des signes précurseurs qui nous permettent d'anticiper des problèmes en milieu de travail. Actuellement, nous assurons la prestation de programmes d'aide aux employés dans 75 p. 100 des établissements de soins de santé, des hôpitaux, entre autres,

things that put stress on people. There are things that happen in an outside environment and an inside environment within an organization — restructuring, downsizing — that can point to additional pressures and can be triggers. Those are reasonably definable on a broad base of experience. Then you can call for additional support in those cases to prevent moving from just a difficult situation to mental illness.

The key we see — and it would be the same for small or large workforces — relates to supervisors and supervisory training. Most often, it is people for whom people work or work with who see the symptoms, if they know how to identify them. If they can learn to identify those symptoms, they are most likely to see what amounts to a change of behaviour, or an unexplained change in behaviour. If they are educated — as they are in some workforces — they can then do something whether it is a small or a large workplace.

What that something is, is another question. To emphasize your point, smaller workplaces are far less likely to have the kind of built-in supports through benefits and other things that would allow people access to EAP programs, or even drug benefits that would allow them to use anti-depressants or other things in a comfortable fashion. It is a more significant problem in those sorts of workplaces. The mechanisms to work with those workplaces are not all there.

The roundtable, however, has taken some initiatives because the CEOs of the five large banks are participants in the roundtable. For instance, the network and relationships that almost all workplaces have to have with the bank might be a point we can use as a node to educate people, because we know that they are interfacing with their bank. The bank might be the cause of their stress in some cases, but we know they are interfacing with their bank. That becomes an opportunity to reach out to those small workplaces that are typically going to have fewer resources across a range of health related services.

Mr. Savoie: I am taking Senator Morin's comments very seriously because I think the case has to be made. In regard to long-term disability, the insurance companies' figures show that these are the highest rates they have seen in years. When one applies for disability, he or she sees many specialists and is analysed thoroughly. There is something there. It is not artificial; it is real. That is an increase of disease, not only the diminution of mental health.

It is clear that if we must treat the problem as it comes into the workplace. I agree there is no one single stress factor that leads to a disease. This is a more statistical approach. A number of factors could affect a person over time and result in the development of a disease. If we do not act on that, the burden will come directly to the health care system. Affected persons will go out of the business and into the health care system.

dans la grande région de Toronto. Le sénateur Roche a mentionné les facteurs situationnels et d'autres facteurs stressants. Il existe des pressions supplémentaires qui peuvent agir comme déclencheurs dans l'environnement externe ainsi que dans l'environnement interne, au sein d'une organisation — la restructuration, la réduction des effectifs. L'expérience acquise permet d'identifier ces facteurs assez facilement. On peut alors demander une aide supplémentaire dans ces cas, évitant ainsi que la situation difficile ne se transforme en maladie mentale.

D'après nous, l'élément clé, qui est valable pour les grandes et les petites entreprises, c'est les superviseurs et leur formation. En général, ce sont les personnes pour qui on travaille ou avec lesquelles on travaille qui vont remarquer les symptômes, si elles sont en mesure de les identifier. Ainsi, elles sont les mieux placées pour remarquer un changement de comportement ou un changement de comportement inattendu. Si ces personnes sont formées, comme c'est le cas dans certaines entreprises, alors elles peuvent jouer un rôle important, que ce soit dans une petite ou une grande entreprise.

Pour ce qui est du rôle à proprement parler, c'est une autre paire de manches. Pour revenir sur le point que vous avez soulevé, il est moins probable que les petites entreprises aient des structures et des avantages permettant à la main-d'œuvre de profiter de programmes d'aide aux employés, ni même des avantages médicaux qui permettraient de rendre abordables les antidépresseurs et autres médicaments. C'est un problème plus important dans ce genre de sociétés. Les mécanismes appropriés n'ont pas toujours été mis en place.

Par contre, certaines initiatives ont été lancées grâce à la présence des PDG de cinq des plus grandes banques à la table ronde. Par exemple, les relations que doivent entretenir presque toutes les entreprises avec la banque pourraient servir d'outils de sensibilisation. Nous savons que dans certains cas, la source du stress, c'est la banque, mais nous savons aussi qu'il existe une relation entre les entreprises et leur banque. C'est l'occasion d'établir un contact avec les petites entreprises qui ont en général moins de ressources pour assurer la prestation de services de santé.

M. Savoie: Je prends les observations du sénateur Morin très au sérieux car c'est une réalité qui doit être révélée. Pour ce qui est de l'invalidité à long terme, les statistiques des compagnies d'assurance nous montrent que nous avons atteint des taux records. Lorsqu'une personne fait une demande de prestations d'invalidité, elle doit consulter un grand nombre de spécialistes et son cas est analysé en profondeur. Ce n'est pas un problème fictif, mais tout à fait réel. On constate une augmentation de la maladie, et non seulement un appauvrissement de la santé mentale.

Il est clair qu'on doit s'attaquer à ce problème dans le milieu de travail. Il est vrai qu'il n'y a pas uniquement un facteur de stress qui cause la maladie. Il s'agit là d'une approche statistique. À la longue, bien des facteurs peuvent avoir des répercussions sur une personne avant qu'elle ne soit atteinte d'une maladie. Si nous n'agissons pas à ce niveau-là, le fardeau reposera directement sur le système de soins de santé. Les personnes touchées vont arrêter de travailler et vont se tourner vers le système de soins de santé.

I used the example of back pain. Do you know what happened with people after one or two years? They ended up on social assistance. They lost their jobs and there was nothing left. Their expenses were assumed by the society. Senator Morin has a point. We have to show the relative importance of the problem. If we do not look at it, two things will happen. First, the costs for business will become too heavy and there will be less income for the rest of the society. Second, the burden will be supported by the health system.

Ms. Bregman: The small business point is an important issue when you are talking about accommodation. We have been trying to work with small business. We have to address the fact that they will rely heavily on the publicly available services. They are going to be the most hurt by the fact that those services are not available. At the same time, often the small businesses actually know the people that work for them.

From our perspective, moving away from stress or the non-stress, there are a couple of things we have learned. One is that when you are talking about serious mental illnesses such as mood and affective disorders, there is evidence that early intervention helps. You want to identify it and treat it fast. If you do that, people tend to stay at work.

Where people end up on long-term disability — and, as a lawyer, I can tell you that getting long-term disability for stress is not an easy thing to do — for longer than six months, the likelihood of return is much lower. The goal should be how to address it so that it can be recognized in the workplace and treatment can be sought. Some of the barriers we have identified have to do with the unwillingness to disclose. I hear people say that they are afraid to go to their supervisor and say, "I am depressed." In our video we use a vignette where the supervisor says, "I am stressed, too." There is this downplaying of mental illness that we need to be able to differentiate and say this is not just about feeling blue today.

We recently did a session with the Ontario Hospital Association. That is a stressed out sector; they have one of the highest rates of people off from mental illness in everything — particularly with SARS right now in Toronto. They had two consumers who both spoke about the 10 years they spent in hospitals with postpartum depression and the problems they had. People would say, "I had postpartum depression and I cried for a day or two." This was someone who seriously wanted to kill her child.

We need to have that education and awareness. We also have to talk about and in some ways use stress as the entryway to talk about mental illness. It is building on what Mr. Savoie was saying. Use the opportunity of conversation about stress in the workplace to educate about mental illness. Take the door that is open to us to remove the stigma.

J'ai utilisé l'exemple des douleurs lombaires. Savez-vous ce que sont devenues ces personnes un ou deux ans plus tard? Des assistés sociaux. Elles ont perdu leur emploi et il ne restait plus rien. C'est la société qui a dû les prendre en charge. Le sénateur Morin a raison. Nous devons démontrer l'importance relative du problème. Autrement, il y aura deux conséquences. D'abord, les charges des entreprises deviendront trop importantes et le reste de la société aura moins de revenus. Ensuite, c'est le système de soins de santé qui devra assumer le fardeau.

Mme Bregman: La souplesse est un aspect important, surtout pour les PME. Nous avons tenté de travailler avec ces entreprises, sachant qu'elles dépendront de façon marquée des services publics. C'est pour elles que le manque de disponibilité de ces services sera le plus difficile. En même temps, c'est dans les petites entreprises que la direction connaît ses employés.

De notre côté, et je m'écarte de la distinction entre le stress et l'absence de stress, nous avons tiré deux leçons. Premièrement, dans le cas des troubles mentaux graves, comme les troubles affectifs ou les troubles de l'humeur, il a été démontré que l'intervention précoce est efficace. Il faut identifier puis traiter la maladie rapidement. Il est alors probable que l'employé ne quittera pas son emploi.

Pour les personnes qui touchent des prestations d'invalidité à long terme — en tant qu'avocat, je peux vous assurer que c'est très difficile d'obtenir ce genre de prestations en raison du stress — pendant plus de six mois, le retour au travail est beaucoup moins probable. L'objectif devrait être la reconnaissance en milieu de travail et le traitement. Le refus de déclaration est l'un des obstacles que nous avons identifiés. Certaines personnes m'ont dit qu'elles avaient peur de dire à leur chef: «Je suis déprimée.» Notre vidéo comprend un scénario où le chef répond: «Moi aussi, je suis déprimé.» On a tendance à sous-évaluer l'importance de la maladie mentale. Il faut qu'on fasse la part des choses et qu'on arrête de dire: «Aujourd'hui, je ne suis pas dans mon assiette.»

Nous avons récemment organisé une séance avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario. C'est un secteur très stressant; c'est là qu'on retrouve le taux le plus important de personnes qui sont en congé de maladie pour cause de maladie mentale — particulièrement en raison de la crise du SRAS que connaît actuellement Toronto. Deux patients ont parlé des 10 années qu'ils ont passées dans des hôpitaux car ils souffraient de dépression post-partum, ils nous ont parlé de leurs problèmes. On a tendance à dire «Je souffre de dépression post-partum; j'ai pleuré pendant toute une journée, sinon deux». Nous, nous avons vu des personnes qui voulaient véritablement tuer leur enfant.

Cette sensibilisation est essentielle. Je pense que le stress nous donne l'ouverture dont on a besoin pour soulever la question de la maladie mentale. Ça rejoint ce que disait M. Savoie. Il faudrait profiter du débat qui a lieu sur le stress en milieu de travail pour sensibiliser les gens à la maladie mentale. Saisir cette occasion pour essayer d'arrêter la stigmatisation.

When I talk to managers' groups, it is almost inevitable that someone will say, "I am so glad you came in." I always say to them that the first thing they should do, as a corporation, is make it clear to people that you have an accommodation policy and you are willing to address the subject of mental illness. You do not identify everyone. Every single time someone discloses. That is what happens when you work in mental health. When I do a media conference I will have the cameraman come over and say, "my sister committed suicide." We need to open the door to communication. Then we need solid communication and treatment to follow it. Those steps are critical in this process.

Senator Cook: I am trying to relate this to Senator Morin's principle. Let me give you a case in point. A 20-year-old young man with a master's degree in administration develops behavioural problems. He is in and out of the psychiatric wards for a period of two to three years. Then the system determines that he is able to return to his job, which is a challenging one with a multinational company. He had to fight human resources to get his job back because the system would not believe he was competent for work. Yet, they allowed it to move along a two to three-year timeline. He developed schizophrenia in his 20s. That is what you are talking about, that piece?

Senator Robertson: This will be one of the more difficult tasks that this committee has. As you can see, it can be all over the map. The care, whether it is in the home, school or the workplace — as we all know — really starts with prevention. I want to be very specific, because I want to focus on work-related stress and problems that come from that work-related stress.

Earlier, One of you talked about how the health of the worker and the health of the economy are interwoven. That relationship is extremely important for the success and the development of any country. We must be cognizant of the problems that we are facing in the employment field.

What I should like to ask you is how other developed countries have handled these issues? Where is Canada in that line-up?

Other witnesses have told us that we are lagging very badly on other issues, not work-related stress. We have the usual problems of too few professional and para-professional people. Is there somewhere we can turn to get guidance on how to proceed in a more logical manner? Not very long ago, we were told that the age of technology was going to free up people to have plenty of time off and life was going to be rosy. Well, people are working longer because they cannot get the phone out of their ear; they have their systems at home, so they never get away from their work field. I do not know how other countries are handling it, but I would be most interested to know.

It is not easy, but is there a shining example of good progress in this area of work-related stress?

Quand je m'adresse à des groupes de gestionnaires, il y a toujours quelqu'un pour me dire: «Je suis ravi que vous soyez venu.» Je leur dis systématiquement que leur première tâche, en tant que société, c'est de faire comprendre à leurs employés qu'une politique d'adaptation a été mise en place et que vous êtes prêts à aborder le sujet de la maladie mentale. On n'identifie personne. Il y a toujours quelqu'un qui révèle un cas. Dans le domaine de la santé mentale, ça fait partie du travail. Il arrive, par exemple, qu'un cameraman me dise: «Ma sœur s'est suicidée» lors d'une conférence de presse. Il faut amorcer la communication, qu'il faut ensuite renforcer tout en traitant la maladie. Il s'agit là d'étapes cruciales dans le processus.

Le sénateur Cook: J'essaie d'établir un lien avec tout ceci et le principe du sénateur Morin. Je vais donner un exemple. Un jeune homme de 20 ans, qui a une maîtrise en administration, commence à avoir des problèmes de comportement. Pendant deux ou trois ans, il se retrouve à plusieurs reprises dans des hôpitaux psychiatriques. Par la suite, on détermine, au sein du système, qu'il est apte à retourner au travail; il occupe un poste important dans une société multinationale. Il a dû mener une lutte avec les ressources humaines pour reprendre son travail parce qu'on doutait de sa compétence. Et pourtant, cela a duré pendant deux ou trois ans. Il souffre de schizophrénie depuis la vingtaine. C'est de cela dont vous parlez, n'est-ce pas?

Le sénateur Robertson: C'est l'une des tâches les plus ardues qui ait été confiée au comité. Comme vous avez pu le constater, c'est un domaine très vaste. Les soins, que ce soit au domicile, à l'école ou en milieu de travail — comme nous le savons tous — doivent tout d'abord être préventifs. Je veux être très précis parce que je veux cibler le stress lié au travail et les problèmes qui découlent du stress en milieu de travail.

L'un d'entre vous a parlé précédemment du lien étroit qui existe entre la santé des travailleurs et la santé de l'économie. Cette interconnexion est extrêmement importante pour la réussite et le développement de tout pays. Il faut être conscient des problèmes auxquels nous devons faire face dans le domaine de l'emploi.

Je voudrais savoir comment d'autres pays développés se sont attaqués à ces problèmes. Où se situe le Canada?

Certains témoins nous ont dit qu'on accusait un retard important dans d'autres domaines, autre que le stress lié au travail. Nous faisons face aux problèmes répandus du manque de professionnels et de para-professionnels. Existe-t-il un pays qui pourrait servir d'exemple en nous aidant à procéder de façon plus logique? Il n'y a pas si longtemps, on disait que la nouvelle ère technologique nous ferait gagner du temps, que nous aurions davantage de temps libre et que tout irait bien. Eh bien, tout le monde travaille plus parce qu'on est incapable de se séparer de son téléphone; on a des ordinateurs à la maison, ce qui veut dire qu'il n'y a jamais de coupure entre la vie professionnelle et la vie privée. Je ne sais pas comment les autres pays ont réagi, mais ça m'intéresse particulièrement.

Ce n'est pas facile, mais existe-t-il un exemple éclatant de progrès réalisés dans le domaine du stress lié au travail?

Mr. Kelloway: I do not know how shining they are. In 1990, the National Institute for Occupational Safety and Health in the United States did two things. First, they published their list of the 10 leading causes of workplace death. Stress was clearly identified as one of those 10; and they articulated the national strategy for the prevention of stress-related disorders in the workplace, upon which I drew heavily. That is where I came up with assessment, education and primary intervention — these are really their ideas.

The second major thing they did was partner with the American Psychological Association. The joint effort for that was actually the emergence of a new field known as occupational health psychology. They instituted graduate training to try to address the issue that we train in silos. If we are going to deal with work-related disorders, we need to cross those silos. They are trying to deal with that.

Very similar things have happened in the European Union — particularly in the U.K., but there are also very exciting things happening in Holland much along the same lines. This new field has been emerging and there is training in very concentrated research in this area.

In Canada, we have suffered from the lack of a unitary organizing body such as they have in the States. Those formal structures have not been put in place. Canadians are among the main contributors to this research literature. However, there is no formal training, for example, in occupational health psychology within Canada. If you wanted to make this a specialty, you could not. The best you could do is go to an institution such as St. Mary's, or Queen's, find people who do this work and work with them. However, you could not actually specialize in that discipline. In that sense we are very much behind.

Mr. Savoie: Occupational health research at large was not even mentioned in the Medical Research Council's, MRC, time. It was only mentioned when the Canadian Institutes for Health Research, CIHR, was created, amazingly. Second, there are two provinces that took the lead from the Workers' Compensation Board money: Quebec, with the Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, IRSST, and Ontario, with the Institute for Work and Health, IWH, that funded research in that area.

If you do research with a social partner, there are certain things that are harder to touch than others. Mental health in the workplace is conflictual, so very little was done on that issue. Although we may lag behind, I think the new CIHR structure is a great facilitator of this interlinkage, not only among health researchers but all those who are in the outside partners in

M. Kelloway: Je ne sais pas à quel point ils sont éclatants. En 1990, le National Institute for Occupational Safety and Health aux États-Unis a fait deux choses. Premièrement, il a publié une liste des 10 premières causes d'accidents mortels. Le stress y figurait de façon très évidente. L'Institut a également conçu une stratégie nationale de prévention des troubles liés au stress en milieu de travail, de laquelle je me suis fort inspiré. C'est de cette stratégie que j'ai tiré les principes d'évaluation, de sensibilisation et d'intervention précoce — ces idées sont en fait celles de cette institution.

Deuxièmement, un partenariat a été établi entre l'Institut et la American Psychological Association. De leurs efforts communs est né le nouveau domaine de la psychologie de la santé au travail. Des programmes de formation universitaire ont été créés pour remédier au problème de manque de contact entre les programmes d'enseignement. Si on nourrit véritablement l'espoir de traiter ces troubles liés au travail, il va falloir que des liens soient établis. L'association se penche là-dessus.

Une évolution très semblable a eu lieu dans l'Union européenne, en particulier au Royaume-Uni, mais il y a eu aussi des événements passionnantes et très semblables en Hollande. Ce nouveau domaine est en pleine émergence et il se fait de la formation et de la recherche très pointue dans ce domaine.

Au Canada, nous avons souffert de l'absence d'une entité organisatrice unitaire comme il en existe aux États-Unis. Aucune structure formelle n'a été mise en place. Les Canadiens sont parmi les principaux contributeurs à la documentation dans ce domaine de recherche. Il n'y a toutefois aucune formation officielle, par exemple en psychologie du travail, au Canada. Si quelqu'un veut se spécialiser dans ce domaine, il ne le peut pas. Le mieux qu'il puisse faire, c'est d'aller dans un établissement comme St. Mary's ou Queen's, trouver des gens qui font des travaux dans ce domaine et travailler avec eux. Mais il est impossible de se spécialiser véritablement dans cette discipline. En ce sens, nous avons beaucoup de retard.

M. Savoie: La recherche sur la santé au travail, au sens large, n'était même pas mentionnée à l'époque du Conseil de recherche médicale, le CRM. Il en a été fait mention seulement au moment de la création des Instituts canadiens de recherche en santé, IRSC, ce qui est renversant. Deuxièmement, il y a deux provinces qui ont pris l'initiative en utilisant les fonds de la Commission des accidents du travail: le Québec, avec l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, l'IRSST, et l'Ontario, avec l'Institut de recherche sur le travail et la santé, l'IRTS, qui finance des travaux de recherche dans ce domaine.

Si l'on fait de la recherche avec un partenaire social, il y a certains éléments qui sont plus difficiles à aborder que d'autres. La santé mentale au travail est conflictuelle et il s'est donc fait très peu de travaux dans ce domaine. Nous avons peut-être du retard, mais je crois que la nouvelle structure des ICRS facilite énormément les associations croisées, non seulement entre les

research, but close by to help research. What was not feasible a few years ago suddenly becomes not only feasible but also very interesting.

As an example, there is currently a summer school for disability or handicap prevention about low back pain that involves all the provinces across Canada at one place. That would not have been possible before CIHR. This handicap prevention program deals with some mental health concerns also.

Mr. Phillips: If I use the presence of an EAP program as one proxy for a commitment to the mental health, Canada would track about 5 per cent or 10 per cent behind the United States in terms of the penetration of these programs into large workplaces.

Furthermore, generally speaking, employee assistance programs are a North American phenomenon. From that perspective, that particular aspect of employers investing in mental health, Canada would rank well relative to Europe and other places. As an employer, the Government of Canada and other public sector governments in Canada lag behind the United States in taking a leadership role. I say this carefully, because the Senate of Canada has a wonderful EAP program provided by Warren Shepell.

However, generally speaking, our programs are of a lower quality relative to the U.S. government, which has seen their 4 million-employee base as an opportunity to walk the talk, if you will. They also require suppliers to the U.S. government to have some form of EAP — particularly around addiction and drug issues. They have used their buying power and leverage in the market to promote high-quality programs.

In the United States, there is a presidential commission and someone who reports directly to the office of the president who deals with mental health and addiction issues. It was started by President Clinton and has been continued and enhanced by the current president. That office and function has responsibilities around organizing — both from an industry perspective and from a public sector perspective — mental health professionals and the delivery of mental health services in the workplace. That is a very specific commitment from the most senior levels of their government.

Ms. Bregman: We were talking about it on our way here because it is a complicated question to answer. In the U.K., for example, the government has set up a work life balance trust to actually spend a lot of time — they have employers and the government involved — to focus on this work life balance issue. Yet, in Europe and the U.K., there has been no disability discrimination legislation until the last couple of years. For the

chercheurs en santé, mais entre tous ceux qui sont des partenaires de l'extérieur, mais qui sont proches quand il s'agit d'aider à la recherche. Ce qui n'était pas faisable il y a quelques années est subitement devenu non seulement faisable, mais aussi très intéressant.

À titre d'exemple, il y a actuellement des cours d'été sur la prévention de l'invalidité ou des handicaps causés par les douleurs lombaires réunissant toutes les provinces du Canada en un seul endroit. Cela n'aurait pas été possible avant les ICRS. Ce programme de prévention des handicaps aborde aussi certaines questions de santé mentale.

M. Phillips: Si j'utilise la présence d'un programme d'aide au personnel comme témoin d'un engagement dans le domaine de la santé mentale, le Canada se situerait à environ 5 à 10 p. 100 derrière les États-Unis en matière de pénétration de ces programmes dans les lieux de travail comptant de nombreux employés.

En outre, de façon générale, les programmes d'aide au personnel sont un phénomène nord-américain. De ce point de vue, cet aspect précis de l'investissement des employeurs dans la santé mentale, le Canada se classe avantageusement par rapport à l'Europe et à d'autres endroits. En tant qu'employeur, le gouvernement du Canada et d'autres organismes du secteur public au Canada marquent du retard par rapport aux États-Unis pour ce qui est de prendre l'initiative dans ce domaine. Je dis cela en toute circonspection, car le Sénat du Canada a un merveilleux PAP dispensé par Warren Shepell.

Cependant, de façon générale, nos programmes sont d'une qualité inférieure à ceux du gouvernement américain, qui considère son effectif de 4 millions d'employés comme une occasion de prêcher par l'exemple, si vous voulez. Le gouvernement des États-Unis exige aussi que ses fournisseurs aient une forme quelconque de PAP, surtout en ce qui a trait aux drogues et à la toxicomanie. Il se sert donc de son pouvoir d'achat comme levier pour promouvoir des programmes de grande qualité.

Aux États-Unis, il y a une commission présidentielle et quelqu'un qui relève directement de la présidence s'occupe des dossiers de santé mentale et de toxicomanie. C'est le président Clinton qui a créé cet organisme et le président actuel l'a reconduit dans ses fonctions et renforcé. Ce bureau et cette fonction assument des responsabilités en matière d'organisation, dans les secteurs privé autant que public, des professionnels de la santé mentale et de la prestation des services de santé mentale en milieu de travail. C'est un engagement très précis de la part de l'instance gouvernementale suprême dans ce pays.

Mme Bregman: Nous en avons justement parlé en venant ici parce que c'est une question compliquée à laquelle il est difficile de répondre. Au Royaume-Uni, par exemple, le gouvernement a créé une organisation financée par une dotation et comptant des représentants des employeurs et du gouvernement, qui se penche sur toute cette question de l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale. Pourtant, en Europe et au Royaume-Uni, il y a à peine

most part, mental illness is not recognized as a disability issue. The recognition in the workplace is quite different; you do not have the right to work if you have a disability.

I hear a lot about where you place this issue. Half the people — whether it is in Canada, the U.S., Australia or New Zealand — who are looking at this issue, will place it in occupational health and safety. That is true when you go into the corporate world as well: half the time we are dealing with the occupational health and safety department, other half with the equity people.

My question is how do we bring all these pieces together? I think, in certain areas, Canada is looked to as a leader. The National Quality Institute here has done some very good work on wellness in the workplace. In other areas, we lag behind. However, comparisons are very hard to do because of very different legal structures, health care structures and access to services.

The Workplace Safety and Insurance Board, WSIB in Ontario, has basically said that workplace stress is not a compensable illness unless it is very specific post-traumatic stress in very limited ways. We are sending a message that it is not something employers have to worry about. That is a concern. We can debate whether stress should be compensable and how you would discuss it, but when they removed compensable illness as a potential workplace problem, that does send a message that we do not need to care about it.

Even though I am a lawyer, and I used to litigate disability rights cases, the law really is not the way to solve it. Conflictual resolution is not the best way to go. However, laws do send a message. You need to look and see where policy and public support are. I think they are not there.

Senator Robertson: Usually there are measurements in various fields that you can look at to see how well you are doing. I do not know what the yardsticks would be here, but I suppose national productivity might be one. Perhaps we should compare our national productivity with other national productivities. I am just musing out loud here now.

Does a four-day workweek in France work? Has that increased productivity and reduced health problems for the country?

Mr. Phillips: It sounds good to me.

Mr. Savoie: I think they live longer, but maybe that is because of wine.

The Chairman: I have been working on that solution myself.

deux ou trois ans que l'on a légiférés pour interdire la discrimination contre les personnes handicapées. La plupart du temps, la maladie mentale n'est pas reconnue comme une invalidité. Sur les lieux de travail, la reconnaissance est très différente: les personnes handicapées n'ont pas le droit de travailler.

J'entends beaucoup parler de la question de savoir dans quelle catégorie on doit placer ce dossier. La moitié des gens qui se penchent sur la question, que ce soit au Canada, aux États-Unis, en Australie ou en Nouvelle-Zélande, considèrent que cela relève de la santé et de la sécurité au travail. C'est également vrai dans le milieu des grandes entreprises: la plupart du temps, nous traitons avec le service chargé de la santé et sécurité au travail, l'autre moitié du temps avec les responsables de l'équité.

Ma question est celle-ci: comment rassembler les diverses pièces du casse-tête? Je pense qu'à certains égards, le Canada est considéré comme un chef de file. L'Institut national de la qualité a fait du très bon travail sur le bien-être en milieu de travail. Dans d'autres domaines, nous avons du retard. Cependant, il est très difficile de faire des comparaisons, parce qu'il y a de grandes différences sur le plan du régime juridique, des structures de soins de santé et de l'accès aux services.

En Ontario, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ou CSPAAT, a essentiellement décreté que le stress au travail n'est pas une maladie pouvant donner lieu à une indemnisation à moins qu'il s'agisse d'un stress post-traumatique très pointu et très circonscrit. Le message que nous envoyons est que les employeurs n'ont pas à s'en préoccuper. Voilà qui est préoccupant. On peut discuter de savoir si le stress devrait donner lieu à des indemnisations, mais quand on a retiré ce facteur de la liste des maladies professionnelles pouvant donner lieu à indemnisation, le message que l'on a envoyé est qu'il n'est pas nécessaire de s'en soucier.

Même si je suis avocate et même si j'ai déjà plaidé des causes faisant appel aux droits des handicapés, le droit n'est pas vraiment la solution au problème. Les litiges ne sont pas le meilleur moyen de procéder. Cependant, les lois transmettent un message. Vous devez chercher à voir où se situent les appuis à l'égard des politiques. Je pense qu'ils ne sont pas là.

Le sénateur Robertson: Habituellement, il y a dans divers domaines des mesures qui permettent d'évaluer le succès. J'ignore quels pourraient être les points de comparaison dans ce cas-ci, mais je suppose que la productivité nationale pourrait en être un. Peut-être devrions-nous comparer notre productivité nationale à celle d'autres pays. Je pense tout haut.

Est-ce que la semaine de travail de quatre jours fonctionne bien en France? A-t-elle accru la productivité et réduit l'ampleur des problèmes de santé dans ce pays?

Mr. Phillips: Cela me semble une bonne idée.

Mr. Savoie: Je pense qu'ils vivent plus longtemps, mais c'est peut-être à cause du vin.

Le président: Je suis moi-même un adepte de cette solution.

Mr. Savoie: I am not familiar with that. However, a public health specialist from the United States told me that France really has better hope of living healthy than we do. However, again, it could be wine; I do not know.

Mr. Kelloway: I do not know specifically about a four-day workweek. I do know that in the Scandinavian countries — and now more broadly spread through the European Union — there has been a greater focus on regulating the workweek. For example, in the Scandinavian countries, they have much more vacation time than we do, and tend to work a shorter workweek. I do not know the comparable productivity figures off the top of my head, but I have not heard any suggestion that their economy was in collapse lately. I do not think it has done them a great deal of damage.

The Chairman: Mr. Phillips, I want to come back on your comment that Canadian companies are second to the United States in terms of the amount of money they are putting into mental health. I want to be sure that number is not misleading. I do not know the answer so I am asking the question. To what extent are public mental health programs in European countries, for example, significantly better than ours? If they were, there would be no need for the employers in those countries to make that investment, in which case, while your statement would be factually true, it would also be misleading.

Mr. Phillips: To be clear, the penetration of employees with EAP is lower. I do not know the direct investment figures between Canada and the United States. My perception is that in some parts of Europe, they have a more integrated social welfare system that probably supports a number of the issues that contribute to mental illness. It is also an emerging field — for our company and others in Europe — which would suggest that there is a market for it.

The Chairman: One has to be careful with international comparisons, because to the extent that the public infrastructure is better, the private sector does not need to do it?

Mr. Phillips: The Canada-U.S. comparison is interesting because, although there is difference in the principal delivery of health care, we have similar economies in terms of the nature of the workforce and other culture-related issues.

Senator Léger: Mr. Kelloway, may I ask you to repeat what you said about Freud in your first sentence?

Mr. Kelloway: Freud was asked — in German so this is the rough translation — what are the capabilities of a healthy individual and his response was “to work and to love.”

Senator Léger: I guess that is quite the base, the value of work.

M. Savoie: Je ne connais pas bien le dossier. Cependant, un spécialiste de la santé publique des États-Unis m'a dit que les Français ont de meilleures chances que nous de vivre en bonne santé. Évidemment, c'est peut-être le vin; je n'en sais trop rien.

M. Kelloway: Je ne connais pas précisément le dossier de la semaine de travail de quatre jours. Je sais que dans les pays scandinaves — et cela commence à se répandre dans l'ensemble de l'Union européenne —, on s'est attaché davantage à réglementer la semaine de travail. Par exemple, dans les pays scandinaves, ils ont des vacances beaucoup plus longues que nous, et leur semaine de travail est généralement plus courte. Je ne connais pas par cœur les chiffres comparatifs quant à la productivité, mais je n'ai pas entendu dire que leur économie était menacée d'effondrement dernièrement. Je ne pense pas que cela ait causé beaucoup de tort.

Le président: Monsieur Phillips, je veux revenir à votre commentaire, quand vous avez dit que les compagnies canadiennes se classent derrière celles des États-Unis quant aux montants d'argent qu'elles investissent dans la santé mentale. Je veux m'assurer que ce chiffre n'est pas trompeur. J'ignore la réponse et je pose donc la question. Dans quelle mesure les programmes publics de santé mentale dans les pays européens, par exemple, sont-ils sensiblement meilleurs que les nôtres? S'ils l'étaient, les employeurs de ces pays-là n'auraient pas besoin de faire un tel investissement, auquel cas, quoique votre énoncé serait factuellement vrai, il serait également trompeur.

M. Phillips: Pour être bien clair, le pourcentage d'employés touchés par les PAP est plus bas. Je ne connais pas les chiffres de l'investissement direct au Canada et aux États-Unis. J'ai l'impression que dans certains pays d'Europe, il existe un régime de sécurité sociale plus intégré permettant probablement d'intervenir dans un certain nombre de dossiers contribuant à la maladie mentale. Par ailleurs, c'est un nouveau domaine, pour notre compagnie et d'autres en Europe, et tout indique qu'il existe un marché à cet égard.

Le président: Il faut être prudent quand on fait des comparaisons internationales, parce que dans la mesure où l'infrastructure publique est meilleure, le secteur privé a moins besoin de s'en occuper.

M. Phillips: La comparaison entre le Canada et les États-Unis est intéressante parce que, même s'il y a une différence au niveau de la prestation concrète des soins de santé, nous avons des économies semblables quant à la nature de la population active et du point de vue culturel.

Le sénateur Léger: Monsieur Kelloway, pourrais-je vous demander de répéter ce que vous avez dit au sujet de Freud dans votre première phrase?

M. Kelloway: On a demandé à Freud — en allemand donc c'est une traduction approximative — quelles sont les capacités d'une personne en santé et il avait répondu «travailler et aimer».

Le sénateur Léger: Je suppose que c'est le fondement même, la valeur du travail.

[Translation]

There is a particular image that comes to my mind. I am thinking of the song by Félix Leclerc where he talks about how you can kill a man. He can be hanged, gassed or electrocuted. But the surest way to kill a man is to give him money to do nothing.

[English]

I think the value of work should be in between the lines.

There is much research being done on the mental health of the employees. Do we have an equivalent for the employers — that is, the managers and supervisors? I do not know if I will go to the CEOs because they are usually quite well set, mentally. Is there an equivalent amount of research being done at the same time, with the same degree of importance, for the supervisors and managers?

Mr. Kelloway: There is an established line of research on executive stress — and I hate to say stress now — but on the stresses experienced by those in management. One interesting line is when we put programs in place to deal with some of these disorders, they are almost always excluded at the managerial level. Therefore, if we put in place a program to help people deal with work family arrangements, whereby you can work part-time, or from home, or have flexible hours, managers are told — subtly or not so subtly — they can take advantage of that program but if they do their career is over. Even as we open things up and make things available to employees, we are often excluding the managers.

Ms. Bregman: Most of the studies do not differentiate between managers and line employees. I think that is an area where there is more research needed.

Your comment about the CEOs was interesting. We seeing an increase in the number of business leaders who are coming out and talking about their own mental illnesses —not only minor ones. This was lead, for example, by the Lieutenant Governor of Ontario, who has been very open about the fact that he has a mental illness, has been suicidal and continues to be on medication. Another example is the former CEO of CNN who was interview by Larry King about his illness.

It is true that bipolar disorder may prevent some people from getting to the top. However, there is some research that suggests that certain kinds of mental illnesses might actually help people move up. An example might be someone who is manic and works for 24 hours a day. We encourage certain of the traits that are related to certain mental illnesses. I worked at a Bay Street law firm where if you worked 24 hours a day that was a good thing. People survive. It is important to ensure that the programs cover everyone.

Senator Léger: Because there must be a relationship between the employee and the employer?

[Français]

J'aimerais citer une analogie qui m'a toujours frappée. Il s'agit d'une chanson de Félix Leclerc qui dit comment tuer un homme. On peut le pendre, on peut le gazer, on peut l'électrocuter. Mais la meilleure façon de tuer un homme est de lui donner de l'argent pour ne rien faire.

[Traduction]

Je pense que la valeur du travail se situe entre les lignes.

Il se fait beaucoup de recherche sur la santé mentale des employés. Avons-nous l'équivalent pour les employeurs, c'est-à-dire les gestionnaires et les superviseurs? J'ignore si j'irais jusqu'aux PDG, parce qu'ils sont habituellement d'une grande stabilité mentale. Est-ce qu'il se fait une quantité équivalente de recherche, parallèlement, avec le même degré d'importance, pour les superviseurs et les gestionnaires?

M. Kelloway: Il existe des travaux de recherche bien définis sur le stress des cadres — je déteste maintenant utiliser le mot stress, mais enfin disons les stress que ressentent les gestionnaires. Il est intéressant de constater que, quand on met en place des programmes pour traiter certains troubles de ce genre, les cadres sont presque toujours exclus. Par conséquent, si nous mettons en place un programme pour aider les gens à équilibrer leur vie professionnelle et familiale, permettant par exemple de travailler à temps partiel, ou de faire du télétravail, ou d'avoir un horaire flexible, les cadres se font dire, subtilement ou pas qu'ils peuvent profiter de ce programme mais s'ils le font, leur carrière est finie. Même si nous mettons des programmes à la disposition des employés, nous excluons souvent les gestionnaires.

Mme Bregman: La plupart des études ne font pas la distinction entre les gestionnaires et les employés. Je pense que c'est un domaine où il faut approfondir la recherche.

Votre commentaire sur les PDG était intéressant. On voit de plus en plus de dirigeants d'entreprises parler publiquement de leurs troubles mentaux, et pas seulement des troubles mineurs. Le lieutenant gouverneur de l'Ontario a donné l'exemple quand il a parlé très franchement de sa maladie mentale; il a dit qu'il a eu des idées suicidaires et qu'il continue de prendre des médicaments. Un autre exemple et l'ancien PDG de CNN, qui a été interviewé par Larry King au sujet de sa maladie.

Il est vrai que le trouble bipolaire peut empêcher certaines personnes d'arriver au sommet. Cependant, certains travaux de recherche tendent à démontrer que certains types de maladies mentales peuvent en fait aider les gens à grimper les échelons. On pourrait donner l'exemple d'une personne qui, dans sa phase maniaque, travaille 24 heures par jour. Nous encourageons certains traits de personnalité qui sont associés à certaines maladies mentales. J'ai travaillé dans un cabinet d'avocats de la rue Bay où il était bien vu de travailler 24 heures sur 24. Les gens survivent. Il est important de veiller à ce que les programmes englobent tout le monde.

Le sénateur Léger: Parce qu'il doit y avoir un rapport entre l'employé et l'employeur?

Ms. Bregman: The Boston study to which I referred did look at senior level managers and CEOs and executives. There were 500, which is a fairly large study. These are all people who have been hospitalized for a mental illness. They talked about their ability to return to work. They indicated that it is easier for them to return to work because at that level, they have the respect of their colleagues. In addition, they have more control over their ability to work. Those are important components of accommodation.

Senator Léger: Every time I hear reports about work in industry or the research, the accent is put on productivity, not on health. We lose so many millions of dollars through absenteeism and so on. It is not necessarily the health message that I receive as an ordinary citizen. I receive the message that we are not producing enough and so the economy is going down. The accent is on that too often. When the industries do want to participate in helping, you do not hear the word health too often.

Mr. Phillips: We are in an interesting dilemma as an industry that provides mental health services, because many people will accept the services because they are good for their employees. They want them to be healthy, happy employees and they want to be a best-in-class employer. I guess I see it as dual pressures. There are altruistic employers who provide the service for good reasons. In every CEO, or every CFO as well, there is another part of their personality — which is the part they deal with 98 per cent of time and that is the people who demand that their quarterly or their annual results be good.

The correlation that is drawn, in the case of our work, between productivity in is to help with that other 98 per cent of the time. We believe there is clear a connection. It is not just demonstrated by the research and numbers used, but by common sense. It makes employers feel better about encouraging and promoting a healthy workplace.

The orientation you are talking about is simply the orientation of business. We find it in the public sector as well — there is more orientation around service delivery versus strictly the health of their employee.

Senator Léger: Sick leave did not exist in the past; therefore, we all lived up to 9 to 5. We raised families, tended the farm from five o'clock in the morning on took care of the animals or fished. There was no sick leave then.

Today there is all this stress and coping with events of the world around us as Senator Roche pointed out. That is something that we must look into. We should put emphasis on the situation of actual life day in our report. There was no sick leave before. Today, everyone uses it up.

There are other things in the same line. You see the word "multi-tasks." We are proud of that. People are killing themselves, working 24 hours a day — I am a victim of that. It is treated as a good thing. Then we are zapping all over the place;

Mme Bregman: L'étude dont j'ai parlé et qui a été menée à Boston portait également sur les cadres supérieurs et les PDG. Il y en avait 500, ce qui est une étude d'assez grande ampleur. Ce sont tous des gens qui ont été hospitalisés pour soigner une maladie mentale. Ils ont discuté de leur capacité de retourner au travail. Ils ont dit que, pour eux, c'était plus facile de retourner au travail parce que, à ce niveau-là, ils ont le respect de leurs collègues. De plus, ils ont davantage de contrôle sur leur capacité de travailler. Ce sont des éléments importants de l'adaptation.

Le sénateur Léger: Chaque fois que j'entends parler de rapports sur le travail dans l'industrie ou de travaux de recherche, on met toujours l'accent sur la productivité, et non pas sur la santé. Nous perdons tant de millions de dollars à cause de l'absentéisme, et cetera. Le message que je perçois en tant que citoyenne ordinaire ne met pas nécessairement l'accent sur la santé. Le message qu'on m'envoie, c'est que nous ne produisons pas assez et que l'économie décline. On met trop souvent l'accent là-dessus. Quand les entreprises veulent participer et aider, on n'entend pas trop souvent prononcer le mot santé.

M. Phillips: Nous avons un dilemme intéressant, en tant qu'industrie qui dispense des services de santé mentale, parce que bien des gens acceptent ces services parce qu'ils sont bons pour leurs employés. Ils veulent que ceux-ci soient en bonne santé et heureux et ils veulent être au premier rang en tant qu'employeurs. Je discerne donc une double pression. Il y a des employeurs altruistes qui offrent ce service pour de bonnes raisons. Dans chaque PDG, et aussi dans chaque directeur financier, il y a un autre aspect de leur personnalité, lequel entre en jeu 98 p. 100 du temps, à savoir qu'ils sont confrontés à des gens qui exigent que leurs résultats trimestriels ou annuels soient bons.

La corrélation qui existe, dans le cas de notre travail, entre la productivité et... c'est pour aider à satisfaire cet aspect qui intervient 98 p. 100 du temps. Nous croyons qu'il y a un lien très net. Il n'est pas seulement démontré par la recherche et les statistiques, mais par le simple bon sens. Cela incite les employeurs à encourager et promouvoir la santé au travail.

L'orientation que vous évoquez est simplement l'orientation du monde des affaires. On peut faire le même constat dans le secteur public: on s'intéresse davantage à la prestation des services qu'à la santé des employés à strictement parler.

Le sénateur Léger: Les congés de maladie n'existaient pas dans le passé; par conséquent, nous vivions tous de neuf à cinq. Nous devions éléver nos familles et nous occuper de la ferme à partir de cinq heures du matin, ou encore s'occuper des animaux ou aller à la pêche. Il n'y avait pas de congés de maladie à cette époque.

Aujourd'hui, il y a beaucoup de stress et nous sommes confrontés aux événements qui surviennent dans le monde entier, comme le sénateur Roche l'a fait remarquer. Il faut se pencher là-dessus. Nous devrions mettre l'accent, dans notre rapport, sur la vie quotidienne. Il n'y avait pas de congés de maladie auparavant. Aujourd'hui, tout le monde en a et les prend.

Il y a encore autre chose. On entend parler de la «polyvalence des employés». Nous en tirons fierté. Les gens se tuent au travail, ils travaillent 24 heures sur 24 — j'en suis moi-même victime. C'est considéré comme une bonne chose. Et puis, nous nous

we jump from one thing to the other. That I think should come out in our report too. Is that not mental weaknesses — not to say mental disorders?

Mr. Savoie: I do not have the answer to that. However, I would like to make two points.

About 20 years ago, I met with the union representative and a human resources director from a hospital. Bluntly, I asked what happened with older nurses on the wards where it is particularly demanding and tough. The union said that they did not have any problems. The human resources director said that they had a perfect record of health and safety.

The next day I received two phone calls. The first was from one from the union representative who said they had no problems because the nurses had all gone somewhere else. They had found other jobs, but that is not something that people can do easily now. Organizations have all been cut to the bone.

In the second call, the director of personnel told me that although they had a very good health and safety record, the health insurance costs had tripled over the previous two years., we have a very good health and safety record. The only problem is that the normal health insurance has tripled over the past two years. That is the transfer from one bank to the other, so they have not solved anything. I think that what we could do before, you cannot do anymore.

I was invited to the Chamber of Commerce because employers had problems with Workers Compensation Boards; they were stressed by the injured workers' cases and could no longer handle the volume. I asked them if they thought it was their real problem.

In my early days, we used to take a week to write letters and wait another week for a response. Then the fax machine came along. You could have an answer in about one day, but you still had time because you had to retype your response. Now everything is on-line. Some people like it, but others do not. The work pace has increased and there are a lot more stressors in real life than we used to have. I am not sure the evolution of the human species has kept pace with technology. That is a reality. The bottom line is the impact on industry is important.

Mr. Kelloway: There has been much empirical research that makes exactly that point. It is not so much what we are doing or how much we are doing; a lot is how we feel about what we are doing. If one really loves his or her work and works long hours at it, that can be a very healthy thing.

éparpillons; nous passons constamment d'une tâche à l'autre. Je pense que cela devrait aussi figurer dans notre rapport. N'est-ce pas un reflet des faiblesses mentales, pour ne pas dire maladies mentales?

M. Savoie: Je n'ai pas de réponse à cela. Je voudrais toutefois faire deux observations.

Il y a environ 20 ans, j'ai rencontré le délégué syndical et le directeur des ressources humaines d'un hôpital. J'ai demandé brutalement quel était le sort des infirmières âgées qui travaillent sur les étages où la tâche est particulièrement lourde et exigeante. Le délégué syndical a dit qu'elles n'avaient pas de problèmes. Le directeur des ressources humaines a dit que leur bilan de santé et de sécurité était impeccable.

Le lendemain, j'ai reçu deux coups de téléphone. Le premier était du délégué syndical, qui a dit qu'il n'y avait pas de problèmes parce que les infirmières étaient toutes parties travailler ailleurs. Elles avaient trouvé d'autres emplois, mais ce n'est pas facile à faire de nos jours. Toutes les organisations ont été dégraissées jusqu'à l'os.

Lors du deuxième appel, le directeur du personnel m'a dit que même s'ils avaient d'excellents antécédents en matière de santé et de sécurité, les coûts de l'assurance-santé avaient triplé depuis deux ans. Le seul problème, c'est que les coûts de l'assurance-santé ordinaire ont triplé au cours des deux dernières années. On a donc transféré l'argent d'un endroit à l'autre, mais cela n'a rien résolu. Ce qu'on pouvait faire auparavant, on ne peut plus le faire.

J'ai été invité à la Chambre de commerce parce que des employeurs avaient des problèmes avec les Commissions d'indemnisation des accidentés du travail. Le nombre des dossiers de travailleurs blessés créaient des pressions et ils ne pouvaient plus traiter un tel volume. Je leur ai demandé si c'était vraiment le problème à leur avis.

Quand j'étais plus jeune, il nous fallait généralement une semaine pour écrire les lettres et nous attendions une autre semaine avant d'obtenir la réponse. Puis, il y a eu les télecopieurs. Il était possible d'obtenir une réponse le lendemain, même s'il fallait encore prendre le temps de redactyographier la réponse. Maintenant, tout est en direct. Cela plaît à certains, à d'autres pas. Le rythme de travail a augmenté et il y a beaucoup plus de facteurs de stress dans la vie qu'il n'y en avait auparavant. Je ne suis pas certain que l'être humain ait évolué au même rythme que la technologie. C'est un fait. Le résultat, c'est que les répercussions sur l'industrie sont importantes.

M. Kelloway: De nombreuses recherches empiriques l'ont également démontré. Ce qui importe, ce n'est pas tant le travail que nous faisons ou quelle quantité nous en faisons, c'est plutôt le sentiment que nous avons par rapport à ce que nous faisons. Il n'est pas nécessairement malsain pour quelqu'un qui aime son travail de travailler durant de longues heures.

The people you really want to focus on, from a mental health perspective, are those who have to work two jobs to make ends meet and they hate both of them because they are such lousy work. That is where your mental health problems will emerge in the future. It is not how long you work, it is what you are doing.

Senator Roche: Mr. Savoie put his finger on it when he talked about the rapidity of instant communication adding to pressures of getting everything done. I do not know what we can do about that. However, it brings me to what I think has been a theme that I picked up here. The quality of the workplace is related to the subject of mental illness. Therefore, if you improve the quality of the workplace and you make a contribution to reducing mental illness.

Ms. Bregman said, in one of her last interventions, if we deal with employees on their stress, it opens the door to us to probe and get more empirical evidence on mental illness and so on. That seems to me to return us to where we were a little while ago, to the relationship of stress to mental illness.

I still have a concern that if we advocate a shortened workweek — a four-day workweek or something — to improve the quality of the workplace, we will divert attention and make a controversy over working conditions per se. That will take away the attention we want to focus on the clinical problems of mental illness that are so desperate and have, in my view, very little to do with the quality of the workplace as such.

I do not want to diminish the importance of the testimony that we have heard from the witnesses, Mr. Chairman. However, I leave here still a bit confused as to what degree improving the quality of the workplace will reduce mental illness.

Mr. Savoie: More than that has been said. It is not only improving the quality of the workplace. It is how to better foresee a case coming, how to better handle the cases, and how to better facilitate return to work. This is all within the mental illness process.

Second, we know that some work organization factors lead to problems and could be alleviated. However, you do not have to stop doing one thing to do the other. I understand your point that you would not want to deviate the interests of the population in your report or make recommendations that are too broad in focus. However, I think there are places for both in this issue. Workplaces are asking seriously for help and that could be provided without putting a high burden on the costs of the health system. This is a different approach.

The Chairman: I want to thank you all for coming. I also want to give you a challenge as much as a request for help. It picks up exactly on the point that Senator Morin and Senator Roche have made.

Du point de vue de la santé mentale, ce qui devrait vous intéresser, c'est le cas des gens qui doivent occuper deux emplois pour joindre les deux bouts et qui les détestent tous les deux parce que ce sont des emplois moches. C'est dans ces cas qu'il pourrait y avoir plus tard des problèmes de santé mentale. Ce qui importe, ce n'est pas le nombre d'heures de travail, c'est le travail qu'on fait.

Le sénateur Roche: M. Savoie a vraiment tapé dans le mille lorsqu'il a dit que la rapidité des communications instantanées ajoute aux pressions du travail. Je ne sais pas comment on pourrait corriger cela. Toutefois, j'ai l'impression qu'il en ressort un thème. Il existe un lien entre la qualité du milieu de travail et la maladie mentale. Par conséquent, en améliorant la qualité du milieu de travail, on contribue à la réduction de la maladie mentale.

Dans l'une de ses dernières interventions, Mme Bregman a dit que si l'on étudie le stress des employés, cela permet de faire de nouvelles analyses et d'obtenir davantage de preuves empiriques au sujet de la maladie mentale, entre autres. J'ai l'impression que cela nous ramène un peu en arrière, à la relation entre le stress et la maladie mentale.

J'ai encore l'impression que si nous préconisons d'abréger la semaine de travail — une semaine de quatre jours, par exemple — pour améliorer la qualité du milieu de travail, nous détournons l'attention des conditions de travail elles-mêmes et nous créons une controverse à ce sujet. Cela détournera l'attention que nous voulons accorder aux problèmes cliniques de la maladie mentale, des problèmes qui, à mon avis, sont si horribles et ont très peu à voir avec la qualité du lieu de travail.

Je ne veux pas minimiser l'importance des dépositions de nos témoins, monsieur le président. Je ne comprends toutefois pas vraiment comment on pourra réduire la maladie mentale en améliorant la qualité du milieu de travail.

M. Savoie: On a dit plus que cela. Il ne s'agit pas seulement d'améliorer la qualité du milieu de travail. Il faut voir comment on pourrait mieux prévoir les problèmes, comment on pourrait mieux les traiter et comment on pourrait faciliter le retour au travail de ces personnes. Tout cela fait partie du traitement de la maladie mentale.

Deuxièmement, nous savons qu'il y a des facteurs d'organisation du travail qui créent des problèmes et qui pourraient être atténués. Cependant, on ne peut pas arrêter de faire une chose pour en faire autre. Je comprends votre argument comme quoi vous ne voulez pas vous détourner des intérêts de la population dans votre rapport ou faire des recommandations trop vagues. Cependant, je pense que l'on pourrait accommoder les deux. Les milieux de travail demandent de l'aide qui pourrait leur être fournie sans augmenter les coûts du régime de santé. C'est une approche différente.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Je veux aussi vous lancer un défi et vous demander votre aide. Je reviens exactement à l'argument du sénateur Morin et du sénateur Roche.

There is no question that we will want to deal with the mental illness system. It is also very clear that there are problems in the workplace; there are economic costs associated with attitudinal problems or mental problems, on the part of employees. We want to produce a report that is useful. Therefore, we want to what I call "ring-fence" very tightly the conditions that must exist for someone to be included in a program when they are in the workplace. Let me give you two good examples.

Our last report is having a significant effect in terms of implementation because we did not talk about pharmacare; we talked only about catastrophic drugs. We gave an exact definition of the point at which the cost of the drugs became catastrophic to the individual. Therefore, none of the governments were scared off by a massive pharmacare program — it was "ring-fenced."

Similarly, on home care, we talked only about post-acute patients — those leaving the hospital and going into home care. That was the only way you could get into our home care program. It made economic sense because it was cheaper to move them out of a \$1400 a day hospital bed into a home-care bed. Again, that program is starting to develop interest in a number of provinces and the federal government precisely because we ring-fenced it so it was not seen as an open-ended thing.

The danger I see — and it is not just me, you have seen it with our colleagues today — in not very specifically ring-fencing the work issue is that it will be seen as an open-ended program that would be absolutely uncontrollable. If governments think it is open-ended, rather than do something, they generally opt to do nothing.

We can deal with the mentally ill problem. Where we really need your help in creating very tight definitions on what could be included in a work-related program that would, at the very least, make a step in the direction you people would like to go. We are not going to do everything all at once. However, we want to take a step that would deal with the issue of opening up a Pandora's box that is absolutely not containable.

Frankly, from a public policy standpoint, if we really want to do something on mental illness, we would make a huge strategic error if we entered into support for a program that was not tightly ring-fenced and therefore tightly cost-controllable. If we have to take the option of doing nothing in that area, versus having an open-ended solution, we will have to choose to do nothing. I am giving you pragmatic policy advice here, and that is what you have seen coming from my colleagues.

What we need from people like you over the next few months is criteria by which we can define that program. How do we get it ring-fenced so that it makes sense to start moving on the issues you have all raised? We all recognize the issues, but we need

Il ne fait aucun doute que nous allons vouloir traiter du système des maladies mentales. Il est aussi évident qu'il y a des problèmes dans les milieux de travail. Il y a des coûts associés aux problèmes attitudinaux ou mentaux que doivent assumer les employés. Nous voulons présenter un rapport utile. C'est pourquoi nous cherchons à bien définir, ce que j'appelle «clôturer», les conditions nécessaires pour qu'une personne qui travaille soit admissible à un tel programme. Je vais vous donner deux bons exemples.

Notre dernier rapport est assez bien mis en vigueur car nous n'avons pas parlé de l'assurance-médicaments; nous n'avons parlé que des médicaments catastrophiques. Nous avons donné une définition exacte du moment où le coût d'un médicament devenait catastrophique pour le patient. Par conséquent, aucun des gouvernements n'a eu peur d'un programme d'assurance-médicaments important — car nous l'avions «clôturé».

De la même façon, au sujet des soins à domicile, nous n'avons fait que parler des patients qui viennent de quitter l'hôpital pour recevoir des soins à domicile. C'était la seule façon d'être admissible à nos programmes de soins à domicile. C'était logique, sur le plan économique, parce que les soins à domicile sont moins chers qu'une hospitalisation, puisqu'une journée dans un lit d'hôpital coûte 1 400 \$. Encore une fois, ce programme a intéressé plusieurs provinces ainsi que le gouvernement fédéral, justement parce qu'il était «clôturé», et qu'il n'était pas complètement ouvert.

Le danger que je vois — et ce n'est pas juste moi, nos collègues en ont parlé aujourd'hui — ce n'est pas exactement le fait qu'il faille clôturer cette question, mais c'est que ce programme sera perçu comme un programme ouvert qui sera complètement incontrôlable. Si les gouvernements ont l'impression qu'il s'agit de quelque chose d'ouvert, plutôt que de l'accepter, ils choisiront généralement de ne rien faire.

Nous pouvons traiter du problème de personnes atteintes de maladies mentales. Nous avons vraiment besoin de votre aide pour formuler des définitions strictes de ce qui pourrait faire partie des programmes liés au travail. Ce serait un pas dans la direction que vous voulez prendre. Nous n'allons pas tout faire d'un coup. Cependant, nous voulons prendre des mesures pour éviter d'ouvrir une boîte de Pandore que nous ne pourrions pas contrôler.

Honnêtement, d'un point de vue de la politique des pouvoirs publics, si nous voulons vraiment nous attaquer à la question des maladies mentales, ce serait une erreur stratégique énorme que d'appuyer un programme qui ne soit pas clairement clôturé et donc clairement contrôlable en ce qui a trait aux coûts. Si nous avons le choix entre ne rien faire plutôt que d'avoir une solution ouverte, nous serons obligés d'opter pour ne rien faire. Je vous donne un avis pragmatique ici, et c'est ce que vous ont dit mes collègues également.

Dans les prochains mois, ce qu'il nous faut, c'est que vous nous fournissiez des critères pour définir ce programme. Comment le clôturer pour qu'il devienne logique de s'attaquer aux questions que vous avez soulevées? Nous reconnaissions tous que ces

proposals that do not leave us in the situation where we have opened up a Pandora's box resulting in the entire proposal being tossed out.

I am obviously not looking for an answer now. However, I ask you to go back to the roundtable and to the Canadian Mental Health Association and to others in employment groups. We really need your help. If you can give us that information over the next few months, that would be great.

Thank you all for coming.

The committee adjourned.

problèmes existent, mais nous avons besoin de propositions pour ne pas nous retrouver avec une boîte de Pandore ouverte. Sinon, tout ce programme sera rejeté.

Je ne m'attends pas évidemment à obtenir une réponse maintenant. Mais je vous demanderais de soumettre la question à la table ronde et à l'Association canadienne pour la santé mentale et à d'autres intéressés. Nous avons vraiment besoin de votre aide. Si vous pouvez nous donner ces renseignements au cours des prochains mois, ce serait formidable.

Je vous remercie tous d'être venus.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Mental Health Association — Ontario Division:

Ms. Patti Bregman, Director of Programs.

From the CN Centre for Occupational Health and Safety:

Mr. Kevin Kelloway, Director.

From the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:

Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants.

From the Canadian Institutes of Health Research:

Mr. Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health.

TÉMOINS

De l'Association canadienne de la santé mentale — Division de l'Ontario:

Mme Patti Bregman, directrice des programmes.

Du CN Centre for Occupational Health and Safety:

M. Kevin Kelloway, directeur.

De la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:

M. Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell.

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

M. Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations.