



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Tuesday, July 5, 2005

Issue No. 25

Thirty-seventh meeting on:
Mental health and mental illness

WITNESSES:
(*See back cover*)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mardi 5 juillet 2005

Fascicule n° 25

Trente-septième réunion concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Gill Johnson
Callbeck	* Kinsella (or Stratton)
Cochrane	LeBreton
Cook	Pépin
Cordy	Trenholme Counsell
Fairbairn, P.C.	

*Ex officio members

(Quorum 4)

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

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Gill Johnson
Callbeck	* Kinsella (ou Stratton)
Cochrane	LeBreton
Cook	Pépin
Cordy	Trenholme Counsell
Fairbairn, C.P.	

*Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, July 5, 2005
(47)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:02 a.m., this day, in room 257 East Block, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby and PÉpin (7).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Nicole Pogue, Intern, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse:

Lucie France Dagenais, Researcher.

Université du Québec en Outaouais:

Romaine Malenfant, Professor-Researcher.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal:

Sylvaine Raymond, Research Co-ordinator.

Université du Québec à Montréal:

Angelo Dos Santos Soares, Professor.

Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia:

Merv Gilbert, Psychologist.

Mental Health and Organizational Development:

Elizabeth Smailes, Director.

Community Health Sciences, University of Calgary:

JianLi Wang, Associate Professor, Psychiatry.

Technical Advisory Committee on Tax Measures for Persons with Disabilities:

Lembi Buchanan, President, Communications Resources and Member.

Canadian Mental Health Association, Ontario:

Mary-Ann Baynton, Director.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 5 juillet 2005
(47)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby et PÉpin (7).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, et Nicole Pogue, stagiaire, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse :

Lucie France Dagenais, chercheuse.

Université du Québec en Outaouais :

Romaine Malenfant, professeure-chercheuse.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal :

Sylvaine Raymond, coordonnatrice de la recherche.

Université du Québec à Montréal :

Angelo Dos Santos Soares, professeur.

Unité d'évaluation en santé mentale et de consultation communautaire, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique :

Merv Gilbert, psychologue.

Développement organisationnel et santé mentale :

Elizabeth Smailes, directrice.

Sciences de la santé communautaire, Université de Calgary :

JianLi Wang, professeur agrégé, psychiatrie.

Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées :

Lembi Buchanan, présidente, membre et ressource aux communications.

Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario :

Mary-Ann Baynton, directrice.

Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia:

Marc Corbiere, Assistant Professor.

Each of the witnesses made a statement and in a roundtable format a discussion followed.

At 11:47 a.m., the committee suspended its sitting.

At 12:15 p.m., the committee resumed its sitting.

The group continued its discussion in a roundtable format.

At 2:40 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Institut de recherche en promotion de la santé, Université de la Colombie-Britannique :

Marc Corbiere, professeur adjoint.

Les témoins font une déclaration. Une discussion s'ensuit sous forme de table ronde.

À 11 h 47, le comité suspend ses travaux.

À 12 h 15, le comité reprend ses travaux.

Le groupe poursuit la discussion sous forme de table ronde.

À 14 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, July 5, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9:02 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: Welcome. Before we begin, I will comment on the status of the committee's report on mental health and mental illness. The goal has been to produce a report by the end of the year, although it may be in the first or second week of January. One chapter of the report will be devoted to the issue of mental health in the workplace. While the report will cover a considerable number of across-the-generations topics, two or three chapters will be devoted to mental health and mental illness in specific subgroups of the population such as children, seniors and workers. For those chapters, the committee has tried to convene a round table such as this to allow people from across the country to provide their best advice on what the federal and provincial governments and the private sector could do to improve the situation. The aim of the committee, similar to that of its report on the acute care system in October 2002, is to lay out specific courses of action for all participants. This committee is not given to generating platitudes, however relevant they are, such as saying that the real solution to children's mental health is to eliminate poverty. While that happens to be true, it is hardly operational. The report will be specific, so I would ask that the witnesses be as specific as possible in their comments.

Today's meeting will end at 3 p.m. to allow senators to attend a possible vote in the chamber. Therefore, I would ask that speakers limit their comments to five or six minutes, after which there will sufficient time for a general discussion. With that, I would ask for self-introductions around the table. I am Michael Kirby, Chair of the Social Committee.

Mr. Marc Corbiere, Assistant Professor, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia: Good morning. I am a researcher and assistant professor at the University of British Columbia in Vancouver. I am interested in mental health and workplace health, and more specifically, in the predictors of work integration for this clientele. I am also interested in the continuum of mental health problems or mental illness, not just severe mental illness but also depression, sporadic depression and other issues. More recently, I was working on the co-morbidity of musculoskeletal disorders with depression.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 5 juillet 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 2 pour examiner les enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Soyez les bienvenus. Avant de commencer, je vais parler de l'état d'avancement du rapport du comité sur la santé mentale et la maladie mentale. Nous nous étions fixé comme objectif de produire un rapport avant la fin de l'année, mais ce sera peut-être pour la première ou la deuxième semaine de janvier. Nous allons consacrer un chapitre du rapport à la question de la santé mentale en milieu de travail. Même si le rapport abordera un nombre considérable de sujets qui transcendent les générations, deux ou trois chapitres seront consacrés à la santé mentale et à la maladie mentale dans des sous-groupes particuliers de la population, comme les enfants, les aînés et les travailleurs. Pour ces chapitres, le Comité a tenté de tenir une table ronde, comme celle d'aujourd'hui, pour permettre à des gens de partout au pays de prodiguer des conseils sur ce que les gouvernements fédéral et provinciaux et le secteur privé pourraient faire pour améliorer la situation. Tout comme il l'a fait dans son rapport sur le système de soins de courte durée en octobre 2002, le Comité cherche à décrire spécifiquement les options qui s'offrent à tous les intervenants. Notre Comité n'a pas tendance à débiter des platitudes, si pertinentes soient-elles, comme affirmer que la vraie solution, en ce qui concerne la santé mentale des enfants, c'est d'éliminer la pauvreté. Il se trouve que c'est vrai, mais ce n'est guère réalisable. Le rapport sera spécifique, et j'invite les témoins à être le plus spécifiques possible lorsqu'ils formulent des commentaires.

La rencontre d'aujourd'hui prendra fin à 15 heures, de façon à permettre aux sénateurs d'assister à un vote éventuel dans la Chambre. Par conséquent, j'invite les intervenants à limiter leurs commentaires à cinq ou six minutes, afin qu'on dispose de suffisamment de temps pour une discussion générale. Cela dit, j'invite tous les intervenants à se présenter. Je suis Michael Kirby, président du Comité des affaires sociales.

M. Marc Corbiere, professeur adjoint, Institut de recherche en promotion de la santé, Université de la Colombie-Britannique : Bonjour. Je suis chercheur et professeur adjoint à l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. Je m'intéresse à la santé mentale et à la santé en milieu de travail et, plus spécifiquement, aux facteurs qui favorisent l'intégration en milieu de travail de cette clientèle. Je m'intéresse également au continuum des problèmes de santé mentale — ou maladie mentale —, pas seulement aux maladies graves, mais aussi à la dépression, à la dépression sporadique et à d'autres problèmes. Plus récemment, j'ai travaillé sur la comorbidité entre les troubles musculosquelettiques et la dépression.

Senator Keon: I was a medical doctor prior to life in the Senate. However, my medical career was not very closely associated with mental health. I was a heart surgeon and a health administrator throughout my life.

Ms. Lucie France Dagenais, Researcher, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse: Good morning. I am from the Quebec Human Rights Commission. I am a sociologist and have done some empirical research on mental health at work.

[Translation]

I study situations where psychological health is affected, more particularly in the workplace, pursuant to section 46 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, which guarantees healthy working conditions, that is to say conditions that do not undermine the mental and physical well-being of individuals. Today, I am presenting my research findings.

[English]

Senator Cochrane: I am a senator from Newfoundland and Labrador. My background was teaching before I became a senator and I am very interested in disabilities and schizophrenia, especially as it pertains to children.

Ms. Mary-Ann Baynton, Director, Canadian Mental Health Association, Ontario: I am with Mental Health Works, which is a business within the non-profit Mental Health Association Ontario. We are hired by employers to help create an accommodation for people with mental illness, or to train managers on how to accommodate or work with people who have mental illnesses.

[Translation]

Ms. Romaine Malenfant, Professor Researcher, Université du Québec en Outaouais: My background in sociology has led me to take an interest in changes in the workplace and their impact on mental health, more particularly the increasing employment and labour market insecurity in recent years, that is to say their impact on work-life and work-maternity balance.

Senator Pépin: I am a former nurse specialized in gynecology and contraception. I am glad you are taking part in our committee, particularly since I am convinced it is the best one we have in the Senate.

[English]

Ms. Lembi Buchanan, President, Communications Resources and Member, Technical Advisory Committee on Tax Measures for Persons with Disabilities: I am a mental health advocate. I was involved with the Technical Advisory Committee on Tax Measures for Persons with Disabilities. I got involved with this issue particularly because the federal disability tax credit was

Le sénateur Keon : J'étais médecin avant ma vie au Sénat. Toutefois, ma carrière médicale n'était pas vraiment liée à la santé mentale. J'ai été cardiochirurgien et administrateur des services de santé pendant toute ma carrière.

Mme Lucie France Dagenais, chercheuse, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse : Bonjour, j'appartiens à la Commission des droits de la personne du Québec. Je suis sociologue, et j'ai effectué des recherches empiriques sur la santé mentale au travail.

[Français]

J'étudie les situations où il y a atteinte à la santé psychologique, plus particulièrement en milieu de travail, en conformité à l'article 46 de la Charte canadienne des droits et libertés garantissant des conditions de travail saines, c'est-à-dire qui n'affectent pas l'intégrité psychique et physique des personnes. Aujourd'hui, je présente les résultats de mes recherches.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Je suis sénateur, et je représente la province de Terre-Neuve-et-Labrador. J'étais enseignante avant de devenir sénatrice, et je m'intéresse beaucoup aux handicaps et à la schizophrénie, en particulier chez les enfants.

Mme Mary-Ann Baynton, directrice, Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario : Je travaille au sein de Mental Health Works, entreprise qui exerce ses activités sous l'égide de l'Association de santé mentale de l'Ontario, organisme sans but lucratif. Les employeurs retiennent nos services afin que nous puissions les aider à adapter le milieu de travail aux besoins de personnes souffrant d'une maladie mentale, ou former les gestionnaires sur la façon de composer ou de travailler avec des personnes qui souffrent d'une maladie mentale.

[Français]

Mme Romaine Malenfant, professeure-chercheuse, Université du Québec en Outaouais : Ma formation de sociologue m'a amenée à m'intéresser aux transformations du travail et à leurs répercussions sur la santé mentale, plus précisément à la précarisation de l'emploi et du marché du travail depuis quelques années, à savoir quels en sont les impacts sur la conciliation travail-famille et travail-grossesse.

Le sénateur Pépin : Je suis une ex-infirmière spécialisée en gynécologie et en contraception. Je suis contente que vous participiez à notre comité, d'autant plus que je suis persuadée qu'il est le meilleur que nous ayons au Sénat.

[Traduction]

Mme Lembi Buchanan, présidente, membre et ressource aux communications, Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées : Je milite activement dans le domaine de la santé mentale. J'ai fait partie du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées. Ma participation à cette démarche tient tout

discriminating against persons with mental impairments. I will be speaking about that later.

My area of concern is making sure that people with mental illnesses are able to access the income security programs of the government as long as they meet the eligibility criteria. I am particularly concerned with the professional people who are having the greatest difficulty getting back into the workforce and are quite often rejected.

Ms. Elizabeth Smailes, Director, Mental Health and Organizational Development: I am with the occupational health and safety agency for B.C. Health Care. I am the director of mental health and organizational development. Our focus is on prevention. We are a bipartite organization with a board of employers and unions, so there is a strong push for prevention and healthy workplaces, as well as return to work, which Mr. Corbiere mentioned. We collaborate closely with him in a lot of our programs.

I am a psychologist and my background is in looking at selection causation — does work actually have an impact on mental health? The research that I have done has suggested that is the case.

[Translation]

Ms. Sylvaine Raymond, Research Coordinator, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal: I am a community psychologist by training, and I conduct research on suicide in the workplace, more particularly the impact of suicide in our organization and among colleagues. I am studying suicide prevention solutions. I am a member of the board of directors of the Canadian Association for Suicide Prevention.

[English]

Senator Cordy: I am a senator from Nova Scotia. Before I became a senator, I was an elementary school teacher for 30 years, so I saw how mental health and mental illness affected not just young children but their families. I was also chair of the board of referees for what was then HRDC; that was for people who were appealing denial of employment insurance benefits. A number of people came through the system after they had been refused benefits because they quit their jobs on the spur of the moment when they could not take the stress any longer. Of course, the law said any number of things with which I am sure you are familiar.

[Translation]

Mr. Angelo Dos Santos Soares, Professor, Université du Québec à Montréal: I am a professor at the École des sciences de la gestion at UQAM. I am a psychologist by training. My

particulièrement au fait que le crédit d'impôt fédéral pour personnes handicapées établit une discrimination contre les personnes atteintes d'une déficience mentale. Je parlerai de cela plus tard.

Ma principale préoccupation est de veiller à ce que les personnes souffrant de maladie mentale soient en mesure d'accéder aux programmes de sécurité du revenu du gouvernement, dans la mesure où ils satisfont aux critères d'admissibilité. Je suis particulièrement préoccupée par la situation des professionnels, lesquels éprouvent le plus de difficultés à retourner sur le marché du travail, et sont bien souvent rejetés.

Mme Elizabeth Smailes, directrice, Développement organisationnel et santé mentale : Je travaille au sein de l'organisme de santé et sécurité au travail de B.C. Health Care. Je suis directrice, Développement organisationnel et santé mentale. Nous mettons l'accent sur la prévention. Il s'agit d'un organisme bipartite doté d'un conseil patronal-syndical, alors qu'on insiste beaucoup sur la prévention et les milieux de travail sains, ainsi que sur le retour au travail, dont M. Corbiere a déjà parlé. Nous travaillons en étroite collaboration avec lui dans le cadre d'un grand nombre de nos programmes.

Je suis psychologue, et, dans le cadre de mon travail, je m'intéresse aux liens de causalité touchant la sélection — est-ce que le travail influe vraiment sur la santé mentale? Les recherches que j'ai menées laissent croire que c'est le cas.

[Français]

Mme Sylvaine Raymond, coordinatrice de recherche, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal : Je suis psychologue communautaire de formation et je fais de la recherche sur le suicide en milieu de travail, à savoir plus précisément l'impact du suicide dans notre l'organisation et chez des collègues. J'étudie des solutions pour prévenir le suicide. Je suis membre du conseil d'administration de l'Association canadienne pour la prévention du suicide.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Je suis sénateur et je viens de la Nouvelle-Écosse. Avant de devenir sénatrice, j'ai enseigné à l'école primaire pendant 30 ans, alors j'ai pu voir comment la santé mentale et la maladie mentale influent non seulement sur les jeunes enfants, mais aussi sur leur famille. J'ai également été présidente du conseil arbitral pour ce qu'on appelait DRHC à l'époque; c'était pour les gens qui contestaient la décision de refuser de leur verser des prestations d'assurance-emploi. De nombreuses personnes sont passées par là lorsqu'on leur a refusé des prestations parce qu'elles ont quitté leur emploi sur un coup de tête, quand la pression était trop forte. Bien sûr, la Loi prévoyait un certain nombre de choses que vous connaissez déjà, j'en suis certaine.

[Français]

M. Angelo Dos Santos Soares, professeur, Université du Québec à Montréal : Je suis professeur à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM. Je suis sociologue de formation. Mes recherches

research focuses on psychological violence, its effects on mental health, including bullying in the workplace, and the organizational aspects in the workplace that can make people physically or mentally ill. I became a Canadian citizen one month ago.

[English]

Senator Cook: I am Joan Cook, a senator from Newfoundland and Labrador.

Mr. Merv Gilbert, Psychologist, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia: Good morning. I am a psychologist with the Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit at UBC. I am the co-author of the "Depression & Work Function" manual, which has been distributed and that I am very glad to get rid of. It weighed a lot on the plane.

I have an interest in psychological functioning at work and creating psychologically well-functioning workplaces. I also have an interest in paying attention to the emerging workforce and ensuring that people coming up the ranks are as well as they can be.

Senator Callbeck: I am a senator from Prince Edward Island. My background is as a teacher, business woman and politician.

Mr. JianLi Wang, Associate Professor, Psychiatry, Community Health Sciences, University of Calgary: Good morning. I am an assistant professor of the department of psychiatry and community health sciences in the University of Calgary. My background is in epidemiology. I am a researcher and have been doing epidemiological research on mental disorders in the Canadian working population.

Ms. Nicky Pogue, Researcher, Library of Parliament: I help with research for this committee.

Mr. Howard Chodos, Researcher, Library of Parliament: I am the lead researcher for the committee.

The Chairman: We have a very eclectic group, both on the committee and among those of you from the outside. It is exactly that diversity of views that has enabled us to do a lot of the work that we have done on health.

I would just make an observation for those of you who are here today as guests. Given that what you see on television most of the time is the constant squabbling that takes place in the House of Commons, you should know that every report that we have put out on health, whether on the acute care hospital-doctor system or the work we have done thus far and the work we will do on our final report on mental health, is unanimous. We have not had a single disagreement based on partisan grounds since we began working in this field five years ago. Knowing what a controversial field it is, that says a lot for my colleagues.

portent sur la violence psychologique, ses effets sur la santé mentale, dont le harcèlement psychologique au travail, et les dimensions organisationnelles au travail qui peuvent rendre les gens malades physiquement ou mentalement. Depuis un mois, je suis citoyen canadien.

[Traduction]

Le sénateur Cook : Je suis Joan Cook, sénateur de Terre-Neuve-et-Labrador.

M. Merv Gilbert, psychologue, Unité d'évaluation en santé mentale et de consultation communautaire, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique : Bonjour. Je suis psychologue au sein de l'Unité d'évaluation en santé mentale et de consultation communautaire à l'Université de la Colombie-Britannique. Je suis co-auteur du manuel « Depression & Work Function » qui vous a été distribué, et dont je suis très heureux de me départir. C'était lourd à porter dans l'avion.

Je m'intéresse aux rouages psychologiques du travail, et à la création de milieux de travail psychologiquement sains. Je m'intéresse également à la main-d'œuvre de demain, et à veiller à ce que les gens qui accèdent au marché du travail soient bien dans leur peau.

Le sénateur Callbeck : Je suis un sénateur de l'Île-du-Prince-Édouard. J'ai évolué dans les domaines de l'enseignement, des affaires et de la politique.

M. JianLi Wang, professeur agrégé, psychiatrie, Sciences de la santé communautaire, Université de Calgary : Bonjour. Je suis professeur adjoint au département de psychiatrie et des sciences de la santé communautaire de l'Université de Calgary. J'ai eu une formation en épidémiologie. Je suis chercheur, et je mène des études épidémiologiques sur les troubles mentaux au sein de la population active du Canada.

Mme Nicky Pogue, attachée de recherche, Bibliothèque du Parlement : J'aide à mener des recherches pour le Comité.

M. Howard Chodos, attaché de recherche, Bibliothèque du Parlement : Je suis l'attaché de recherche principal du Comité.

Le président : Notre groupe est très éclectique, du côté tant du comité que des témoins. C'est justement cette diversité de points de vue qui nous a permis d'accomplir une grande part du travail que nous avons fait dans le domaine de la santé.

J'aimerais seulement signaler quelque chose à ceux d'entre vous qui êtes ici aujourd'hui à titre d'invités. Puisque, la plupart du temps, on ne vous montre à la télévision que les constantes querelles qui ont lieu dans la Chambre des communes, je crois bon de vous signaler que chaque rapport sur la santé que nous présentons, qu'il s'agisse du système de soins de courte durée fondé sur les hôpitaux et les médecins, ou le travail que nous avons fait jusqu'à maintenant, et le travail que nous ferons en vue de la rédaction de notre rapport final sur la santé mentale, fait l'unanimité. Depuis le début de nos travaux dans ce domaine, il y a cinq ans, nous n'avons jamais eu à composer avec une divergence d'opinions fondée sur des considérations partisans. Cela en dit beaucoup sur mes collègues, surtout dans un domaine aussi controversé.

It is not that we do not disagree on some issues, but we will disagree in a way that has absolutely nothing to do with partisanship. You can have reasonable disagreements. However, they are absolutely not along party lines. Indeed, I would challenge any of you to figure out who here comes from what party, because even we get confused.

I would like each of you to tell us what you think we ought to recommend that governments, private sector employers, organizations, et cetera, should do vis-à-vis the issue of mental health in the workplace.

Mr. Corbiere: I have prepared a document entitled "Action Plan for Mental Health in the Workplace." It is divided into several sections. The first section deals with the situation of people with mental illness or mental health problems who are working or seeking a job.

In the first section, I describe the workers' compensation board system for people who are developing mental health problems. The WCB is based on work-related principles. Consequently, we have to prove that the cause of the mental health problems stems from the work environment. This presents problems, because it is not always possible to establish a causal relationship between mental health problems and the workplace. Sometimes, factors stemming from both work and outside of work can explain the occurrence of mental health problems. Consequently, in my opinion, it is necessary to expand the principle of work-related mental health claims and no longer consider it solely linked to the workplace. I do not know what can be developed between WCBs and insurance companies.

The second part of this first section is about social assistance for people with disabilities. I have included a table on page 2 that represents the reality in B.C., Ontario and Quebec to give you a good idea of the amount paid per month to a single person with a disability or limited capacity for employment and the earning exemptions for each province.

There is not a strong economic incentive for people with mental health problems or mental illness to find full-time employment. The law is not flexible enough to help people return to work full time. The disability should be considered chronic, in my opinion. When people have the possibility to return to work, they should be encouraged to do so without negative sanctions when there is a relapse. When people who return to work have a relapse, they have to wait for a long period before again receiving a disability pension. That is a negative sanction for people with mental illness.

It is important to consider work accommodation for people with mental illness, which many authors have mentioned. In order to gather all types of work accommodation together, we developed a questionnaire to systematically assess work

Cela ne veut pas dire que nous nous entendons sur tous les enjeux, mais nos divergences d'opinions n'ont absolument rien à voir avec une affiliation politique. Nous pouvons avoir des divergences d'opinions raisonnables. Toutefois, elles ne tiennent certainement pas aux lignes de parti. En effet, je défierais quiconque de deviner quel membre du Comité appartient à quel parti, car il nous arrive parfois de l'oublier nous-mêmes.

Je vous invite à nous dire ce que, d'après vous, nous devrions recommander aux gouvernements, aux employeurs du secteur privé, aux organismes, etc., de faire au chapitre de la santé mentale en milieu de travail.

M. Corbiere : J'ai préparé un document qui s'intitule « Action Plan for Mental Health in the Workplace ». Il est divisé en plusieurs sections. La première section porte sur la situation dans laquelle se trouvent les personnes aux prises avec une maladie mentale ou des problèmes de santé mentale qui travaillent ou qui cherchent un emploi.

Dans la première section, je décris le système des commissions des accidents du travail pour ce qui est des personnes qui commencent à éprouver des problèmes de santé mentale. La CAT est fondée sur les principes liés au travail. Par conséquent, nous devons prouver que les problèmes de santé mentale découlent du milieu de travail. Cela pose problème, car il n'est pas toujours possible d'établir un lien de causalité entre les problèmes de santé mentale et le milieu de travail. Parfois, les problèmes de santé mentale peuvent découler de facteurs liés à la fois à la vie professionnelle et à la vie personnelle. Ainsi, selon moi, il est nécessaire d'étendre le principe applicable aux demandes d'indemnisation de problèmes de santé mentale liés au travail, et de ne plus considérer le problème comme uniquement lié au milieu de travail. J'ignore quelle solution les CAT et les assureurs pourraient mettre au point.

La deuxième partie de cette première section concerne l'aide sociale versée aux personnes handicapées. Vous trouverez à la page 2 un tableau qui illustre la réalité en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, histoire de vous donner une idée précise de la somme versée mensuellement à une personne célibataire handicapée ou ayant des capacités d'emploi limitées et des exemptions de gain pour chaque province.

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou atteintes d'une maladie mentale n'ont pas vraiment d'avantages économiques les incitant à trouver un emploi à temps plein. La loi n'est pas assez souple pour aider les gens à retourner au travail à temps plein. L'invalidité devrait être considérée comme chronique, selon moi. Quand les gens ont la possibilité de retourner au travail, ils devraient être encouragés à le faire, sans risquer d'être punis s'il y a rechute. Quand les gens qui retournent au travail font une rechute, ils doivent attendre longtemps avant de pouvoir toucher de nouveau une pension d'invalidité. On se trouve à punir les personnes souffrant de maladies mentales.

Il importe d'envisager l'adaptation du milieu de travail en fonction des besoins d'une personne souffrant de maladie mentale, comme l'ont mentionné de nombreux auteurs. Afin de regrouper tous les types de mesures d'adaptation du milieu de travail, nous

accommodation for people with mental illness in the workplace. We are assessing this survey of people with severe mental illness who are either seeking a job or trying to maintain a job. The survey is being used in a project in B.C. funded by CIHR. The purpose of this questionnaire is to help us evaluate the available accommodation in the workplace for the clientele.

In the fourth section, I give an example of system coordination and integration, with a strong focus on community-based delivery, that is, the supported employment programs implemented in B.C. and the rest of Canada. The supported employment program is recognized in the U.S. as an evidence-based practice. One principle of supported employment programs is that it is integrated with mental health treatment. It is possible to have coordination between mental health treatment, the workplace and mental health teams.

In section 5 I describe a few potential strategies for supporting collaboration between general practitioners and psychiatrists.

There is a list of strategies for collaboration on pages 5 and 6. The first dimension is organization of continuing medical education activities.

In your third report you asked what governments can do to increase awareness that mental health is as important as physical health. One possible answer is to start with mental health problems associated with physical disorders such as musculoskeletal disorders. Many studies have demonstrated a high co-morbidity of pain condition and psychiatric disorders. It is possible to intervene at this level. However, such research has not directly addressed mental health problems or mental illness, but has been focused on various physical health problems encountered in the workplace.

To in fill in the gaps, we developed a research project in B.C. and submitted it to the Michael Smith Foundation for Health Research. This project addresses key issues of importance to stakeholders such as identifying behavioural-based and system-based risk factors that could lend themselves to future intervention programs. We want to pave the way for future projects that could improve the existing programs by providing mental health and behavioural services. It is a possible way to intervene at this level.

Finally, I suggest a need for evaluation of employee assistance programs to learn about employees' needs and access, and also work outcomes as well as their well-being.

The Chairman: Thank you.

avons élaboré un questionnaire permettant d'évaluer systématiquement les mesures d'adaptation prises en milieu de travail pour accueillir une personne souffrant de maladie mentale. Nous évaluons actuellement cette enquête menée auprès de personnes souffrant de maladie mentale grave qui cherchent un emploi ou qui essaient de conserver leur emploi. Les résultats de l'enquête sont utilisés dans le cadre d'un projet mis en œuvre en Colombie-Britannique, et financé par les IRSC. Ce questionnaire a pour but de nous aider à évaluer les mesures de dotation du milieu de travail qui s'offrent à la clientèle.

Dans la quatrième section, je fournis un exemple de coordination et d'intégration des systèmes, avec un accent marqué sur l'exécution à l'échelon communautaire, c'est-à-dire les programmes d'assistance en milieu de travail offerts en Colombie-Britannique et dans le reste du Canada. Aux États-Unis, le programme d'assistance en milieu de travail est reconnu à titre de pratique fondée sur les données probantes. L'un des principes des programmes d'assistance en milieu de travail prévoit que le programme est intégré au traitement lié à la santé mentale. Il est possible d'assurer une coordination entre le traitement lié à la santé mentale, le milieu de travail et les équipes en santé mentale.

Dans la section 5, je décris quelques stratégies susceptibles de favoriser la collaboration entre les omnipraticiens et les psychiatres.

Il y a une liste de stratégies de collaboration aux pages 5 et 6. La première dimension concerne l'organisation des activités de formation médicale continue.

Dans votre troisième rapport, vous demandiez ce que les gouvernements pourraient faire pour accroître la sensibilisation au fait que la santé mentale est aussi importante que la santé physique. L'une des solutions possibles consisterait à commencer par les problèmes de santé mentale liés à des troubles physiques, comme les maladies musculosquelettiques. De nombreuses études font état d'une comorbidité élevée entre la douleur et les troubles psychiatriques. Il est possible d'intervenir à cet échelon. Toutefois, ces recherches ne portent pas directement sur les problèmes de santé mentale ou sur la maladie mentale, car elles mettent l'accent sur les divers problèmes de santé physique qui peuvent survenir en milieu de travail.

Afin de combler les écarts, nous avons conçu un projet de recherche en Colombie-Britannique, et nous l'avons présenté à la Michael Smith Foundation for Health Research. Ce projet aborde les enjeux clés auxquels les intervenants attachent de l'importance, comme le repérage des facteurs de risque liés au comportement et au système qui pourraient se prêter à des programmes d'intervention futurs. Nous voulons ouvrir la voie à des projets qui pourraient améliorer les programmes existants en fournissant des services liés à la santé mentale et au comportement. C'est l'une des façons d'intervenir à cet échelon.

Enfin, j'estime qu'il faut évaluer les programmes d'aide aux employés en vue de s'informer des besoins des employés et de l'accès dont ils jouissent, ainsi que des résultats en milieu de travail et de leur bien-être.

Le président : Merci.

[Translation]

Ms. Dagenais: I want to point out to you that the Commission des droits de la personne du Québec has been interested in psychological health in the workplace for a few years now, more precisely since 2000, since section 46 of the Charter has led us to ask ourselves various questions. Section 46 states that every person who works has a right to fair and reasonable conditions of employment which have proper regard to his health, safety and physical well-being. Of course, we recommend that psychological health also be included in the section 46 definition.

The study that we have proposed is an interpretation of the law as applied to health and obligations in the workplace, as defined by the various international agencies I will refer to again. In fact, for research material, we have used our investigation files, which have enabled us to identify the harmful effects of conditions of employment on psychological health. In this research project, we have focused on the issue of damage to psychological health that was highly visible in the investigation files. We also conducted consultations with commission investigators dealing with those files. The basic objective was to make a connection between risk factors and situations in which psychological health was damaged.

The initial assumption, of course, is that personal predispositions to disease cannot be denied. Situations in which psychological health is damaged — all other things being equal — are viewed as the effects of the action of risk factors in working conditions. We ranked situations in which health has been damaged: the most serious situations, pathogenic situations and non-specific situations. From a review of the international literature, we identified indicators for an empirical study of our complaint files. The indicators include professional burn-out, depression, psychotropic drug use, somatic disorders, psychological distress and sleep problems. We also have pathogenic situations: stress, anxiety and irritability. The non-specific situations include dissatisfaction and absenteeism.

As regards risk factor indicators, there are two categories. The first are those related to social relations in the workplace. This includes violence, harassment, lack of social support and poor work relations. The second category includes those found in the work organization, which are much less known on an analytical basis. We identified work intensification, lack of flexibility, non-standard work schedules, lack of recognition, lack of expression groups, advancement on the basis of merit and flexibility. These are risk factors that we analyzed based on our investigation files. That's the diagnostic aspect.

I cannot talk about this in any detailed way because I do not have the time, but I want to point out to you that the diagnosis was made in a study on psychological harassment in 2000. The

[Français]

Mme Dagenais : Je veux vous signaler que la Commission des droits de la personne du Québec s'est intéressée à la question des atteintes à la santé psychologique au travail depuis quelques années, plus précisément depuis l'année 2000 puisque l'article 46 de la Charte nous a amenés à nous poser différentes questions. L'article 46 dit que toute personne qui travaille a droit à des conditions de travail justes et raisonnables qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique. Bien entendu, nous recommandons que la santé psychologique soit aussi intégrée dans la définition de l'article 46.

L'étude que nous avons proposée est une interprétation de l'application du droit à la santé et des obligations dans le domaine du travail, telles que définies par les différents organismes internationaux dont je vais vous reparler. En fait, nous avons utilisé comme matériau de recherche nos dossiers d'enquête qui nous ont permis d'identifier les effets néfastes des conditions de travail sur la santé psychologique. Dans le présent projet de recherche, nous avons retenu la problématique des atteintes à la santé psychologique qui était très repérable dans les dossiers d'enquête. Nous avons aussi procédé à des consultations auprès des enquêteurs de la commission qui traitent ces dossiers. L'objectif de base était de faire le lien entre les facteurs de risque et les situations d'atteinte à la santé psychologique.

Bien sûr, le postulat de départ est qu'on ne peut nier les prédispositions personnelles face à la maladie. Les situations d'atteinte à la santé psychologique — toutes choses étant égales d'ailleurs — sont vues comme des effets de l'action des facteurs de risque dans les conditions de travail. Nous avons classé les situations d'atteinte à la santé : les situations les plus graves, les situations pathogènes et les situations non spécifiques. À partir d'un examen de la documentation internationale, nous avons identifié des indicateurs pour procéder à une étude empirique de nos dossiers de plainte. Comme indicateurs, nous avons l'épuisement professionnel, la dépression, la consommation de psychotropes, les troubles somatiques, la détresse psychologique et les problèmes de sommeil. Nous avons aussi des situations pathogènes : stress, anxiété et irritabilité. Pour les situations non spécifiques, nous avons parlé de l'insatisfaction et de l'absentéisme.

Concernant les indicateurs relatifs aux facteurs de risque, il y a deux catégories. Tout d'abord ceux qui sont reliés aux relations sociales au travail. Cela inclut la violence, le harcèlement, l'absence d'appui social et les mauvaises relations au travail. La deuxième catégorie comprend ceux que l'on retrouve dans l'organisation du travail et qui sont beaucoup moins connus sur une base d'analyse. Nous avons repéré l'intensification du travail, l'absence de marge de manœuvre, les horaires atypiques, l'absence de reconnaissance, l'absence de groupes d'expression, l'avancement au mérite et la flexibilité. Ce sont des facteurs de risque que nous avons analysés à partir de nos dossiers d'enquête. C'est l'aspect diagnostic.

Je ne peux pas vous en parler de façon détaillée parce que je n'en ai pas le temps, mais je veux vous signaler que le diagnostic a été fait dans une étude sur le harcèlement psychologique en 2000.

findings of our more recent study, in which we observed the connection between damage situations and risk factors, are included in the report, in an in-house commission document. The international literature review identifying the identifiers is presented in this summary that we produced.

In the second section of the main report, we also provided recommendations for maintaining care, improving ways of repairing damage to psychological health and improving prevention. We can have three action levels in applying the law to health. We defined an aspect of reaffirmation of the obligation to protect the right to physical and psychological health from the risk factors that we identified as the most virulent; here we are thinking of violence and harassment. There are currently statutory provisions in the act respecting standards. One year after that act was implemented, we observed cases that did not fall within the definition of psychological harassment as set out in the act. Authorities wonder how we can better identify this situation. In fact, the study we conducted yielded indicators and criteria that are helping us achieve a broader vision of psychological harassment.

There also has to be a reaffirmation of principles. There has to be a clear commitment from public authorities to their obligation to protect psychological health in the workplace that not only embraces cases of open discrimination and violation of physical integrity, but must also give precedence to values of health and integrity, both physical and psychological. There also has to be a reaffirmation of the fundamental obligation to protect the right to health, as the Charter should define it.

I would also like to talk to you about the obligation to protect the right to psychological health against risk factors in the organization of the workplace to identify reliable indicators. We currently do not have any reliable indicators. We have situations in which, for example, the Commission de la santé et de la sécurité du travail will use various practices to determine whether damage can be repaired, but we do not have a clear picture of the situation regarding damage to psychological health in Quebec, but definitely even less so in Canada. In identifying the risk factors in work organization, relative to morbid damage situations, we have observed that lack of flexibility creates problems of psychological distress, anxiety and somatic disorders. We have been able to make the connection between these factors. We also determined that non-standard work schedules are at times related to depression and that the supervision and control of cases in which people constantly have to compile the number of computer entries they have to make causes stress, anxiety, absenteeism and irritability.

We also recommend improving and reinforcing the effectiveness of remedial measures. We can more effectively base decisions on the question of remedies on known scientific instruments and current knowledge, and not merely leave those decisions to local compromises. This entails better relations

Les résultats de notre plus récente étude dans laquelle nous avons fait l'observation du lien entre les situations d'atteinte et les facteurs de risque sont inclus dans le rapport, à l'intérieur d'un document maison de la commission. La recension documentaire internationale qui identifie les identificateurs se retrouve dans cette synthèse que nous avons produite.

Nous avons aussi indiqué, dans la seconde section du rapport principal, des recommandations pour maintenir la garde, améliorer la réparation des atteintes à la santé psychologique et améliorer la prévention. Nous pouvons avoir trois paliers d'action sur le plan de l'application du droit à la santé. Nous avons défini un aspect de réaffirmation de l'obligation de protection du droit à la santé physique et psychologique face aux facteurs de risque que nous avons identifiés comme étant les plus virulents; nous pensons ici à la violence et au harcèlement. Il y a les dispositions législatives existantes dans la loi sur les normes. Un an après la mise en œuvre de cette loi, nous avons observé qu'il y avait des cas qui ne sont pas assimilables à la définition de harcèlement psychologique qui se trouve dans la loi. Les autorités se demandent comment on peut parvenir à mieux identifier cette situation. En réalité, l'étude que nous avons réalisée permet d'obtenir des indicateurs et des critères qui nous aident à avoir une vision plus large du harcèlement psychologique.

Il faut aussi un élément de réaffirmation des principes. Il faut un engagement clair de la part des pouvoirs publics dans leur obligation de protéger la santé psychologique au travail qui rejoint non seulement les cas ouvertement discriminatoires et d'atteinte à l'intégrité physique, mais cela doit aussi faire primer des valeurs de santé et d'intégrité à la fois physiques et psychologiques. Il faut également une réaffirmation de l'obligation de protection du droit fondamental à la santé tel que la charte devrait le définir.

Je voudrais aussi vous parler de l'obligation de protection du droit à la santé psychologique face aux facteurs de risque dans l'organisation du travail pour identifier des indicateurs fiables. Actuellement, nous n'avons pas d'indicateurs fiables. Nous avons des situations où, par exemple, la Commission de la santé et de la sécurité du travail va utiliser différentes pratiques pour déterminer si la réparation peut se faire, mais nous n'avons pas un portrait clair de la situation des atteintes à la santé psychologique au Québec, mais au Canada, *a fortiori*, certainement. En identifiant les facteurs de risque dans l'organisation du travail, par rapport à des situations d'atteinte morbide, nous avons constaté que l'absence de marge de manœuvre crée des problèmes de détresse psychologique, de l'anxiété et des troubles somatiques. Nous avons pu faire le lien entre ces facteurs. Nous avons également identifié que les horaires atypiques sont parfois en lien avec la dépression et que la surveillance et le contrôle des cas où des gens doivent compiler à chaque instant combien de touches d'ordinateur ils ont à entrer crée du stress, de l'anxiété, de l'absentéisme et de l'irritabilité.

Nous proposons aussi une amélioration et un renforcement de l'efficacité des mesures de réparation. Nous pouvons mieux fonder les décisions sur la question de la réparation à partir des outils scientifiques connus et des connaissances existantes à l'heure actuelle et non pas laisser ces décisions aux simples

between decision-makers and researchers so that research findings on situations in which damage is done to psychological health are considered.

In the context of an overall public project to improve work organization, we can — and this is very important — aim to humanize conditions of employment and relax work schedules, in particular to promote better work-life balance. Managers must be trained in the impact of sound management by involving the human aspect in organizations. An attempt must be made to improve reintegration mechanisms for individuals who have stopped work for reasons of mental illness. The purpose of all that is to optimize the effects of remedial measures.

We named the last major level “anticipation of the obligation to implement the right to health.” The idea here is to take more effective preventive action by identifying risk factors that have a pathogenic effect on psychological health. We are talking about organizations where there are no expression groups. There are a number of places where people do not have the opportunity to express themselves, to state their achievements; so that causes stress, psychological distress and absenteeism.

We found that productivity, quality and quantity standards introduce a lot of somatic, anxiety and sleep disorders. We observed that the notion of work intensification results in a lot of dissatisfaction in the workplace.

I think the right to psychological health in the workplace must be reaffirmed as a fundamental right. The question of quality of conditions of employment, including aspects regarding regular workers, could be put back on the agenda. The idea would thus be to avoid premature wear-out, that is to say the aging of the labour force, and find mechanisms for preventing premature wear-out.

Better access to prevention and treatment should also be added here for non-standard workers. A national framework statute should be passed, including quantitative objectives, an implementation timetable and institutional responsibilities identified for implementation.

A public policy should be established for promoting psychological health and conditions of employment, not only to large businesses, as currently appears to be the case, but also to small and medium-sized businesses and to workers themselves.

There must be a commitment by organizations and businesses to work concretely to enhance the organizational working climate and to promote psychological health in the workplace. There must be objectives incorporated in corporate responsibility frameworks and more collective visions. Programs for promoting health in the workplace can be discussed in order to take organizational factors into account.

compromis locaux. Ceci implique un meilleur lien entre les décideurs et les chercheurs pour tenir compte des résultats de recherche qui existent sur les situations d'atteinte à la santé psychologique.

Nous pouvons — et c'est très important — dans le cadre d'un projet public global d'amélioration de l'organisation du travail, viser à humaniser les conditions de travail, assouplir les horaires de travail, notamment pour favoriser une meilleure conciliation travail-famille. Il faut former les gestionnaires aux incidences d'une saine gestion en impliquant la dimension humaine dans les organisations. Il faut essayer d'améliorer les mécanismes de réinsertion des personnes qui ont subi un arrêt de travail à des fins de maladie mentale. Tout cela de façon à optimiser les effets de la réparation.

Nous avons nommé le dernier grand palier « l'anticipation de l'obligation de mise en œuvre du droit à la santé ». Il s'agit de mieux agir en prévention en identifiant les facteurs de risque pathogène sur la santé psychologique. On parle des organisations où il n'y a pas de groupes d'expression. Il existe plusieurs endroits où les gens n'ont pas la possibilité de s'exprimer, de faire valoir leurs réalisations, alors cela crée du stress, de la détresse psychologique et de l'absentéisme.

On a constaté que les normes de productivité, de qualité ou de quantité introduisent beaucoup de troubles somatiques, de l'anxiété et des problèmes de sommeil. Nous avons compulsé que la notion d'intensification au travail entraîne beaucoup d'insatisfaction dans les milieux de travail.

Je pense qu'il faut réaffirmer le droit à la santé psychologique au travail comme un droit fondamental. On pourrait remettre à l'agenda politique la question de la qualité des conditions de travail en incluant les aspects des travailleurs réguliers. Éviter donc l'usure prématurée, c'est-à-dire le vieillissement de la main-d'œuvre et trouver des mécanismes pour ne pas favoriser une usure prématurée.

On doit insérer aussi, pour les travailleurs atypiques, un meilleur accès à la prévention et au traitement de ces travailleurs. Il y aurait lieu d'adopter une loi-cadre nationale avec des objectifs chiffrés, un calendrier d'exécution et une identification des responsabilités institutionnelles de cette mise en œuvre.

On doit prévoir une politique publique de promotion de la santé psychologique et des conditions de travail, non seulement auprès des grandes entreprises, comme cela semble le cas actuellement, mais aussi auprès des petites et des moyennes entreprises, et auprès des travailleurs eux-mêmes.

Il faut un engagement de la part des organisations et des entreprises à travailler concrètement pour rehausser le climat de travail organisationnel et pour promouvoir la santé psychologique au travail. Il faut des objectifs incorporés dans des cadres de responsabilités de l'entreprise et des visions plus collectives. On doit en tenir compte dans les programmes d'aide aux employés. On peut parler de programmes de promotion de la santé en milieu de travail pour tenir compte des facteurs organisationnels.

Worker representation and involvement must be improved to ensure that workers take part in decision-making where those decisions are likely to guide their development. Areas could include knowledge of duties, workplace culture and organizational systems.

In closing, I will mention the specific role of the Commission des droits de la personne in the defence of a health working environment and its applications. We have identified certain elements in our brief. I believe that the Commission, together with other stakeholders and authorities, can take charge of these matters concerning violations of the right to health and that it can play a central role in promoting this objective of the right to health in the workplace.

I have briefly outlined my research findings and a few proposals. I could come back to them in the context of your questions, if you would like.

[English]

Ms. Baynton: We take a balanced approach to mental health in the workplace because we recognize that employers are often caught between a rock and a hard place. They may have good intentions in how they deal with people who have mental illness, but they have no training or experience. Therefore, they are left to try to cope. We know that 75 per cent to 80 per cent of all managers become managers because they are technically astute, not because they have skills in dealing with people, and certainly not because they have skills in dealing with people who are experiencing stress or mental illness. For that reason, we always ask that we consider the right of the employee to an accommodation and their responsibility to collaborate in this process.

I was speaking to Mr. Corbiere earlier and I said that the real secret to accommodating people with mental illness is to involve them in it, to ask them what works, and to have them commit to rather than comply with an accommodation.

All of our recommendations are coming from the second perspective discussed in the first report, that of people who are already employed or are on disability at the moment but have a job. Although we absolutely endorse all of the other recommendations, know that ours is coming from that perspective.

Our first recommendation is that we start treating what is referred to under human rights legislation as a “poisoned work environment” as the workplace hazard that it is. In the same way that we have mandatory hazardous materials training in workplaces, we need mandatory training in dealing with people, specifically in communications strategies and performance management. When we talk about performance management,

On doit améliorer la représentation et l'implication des travailleurs pour assurer leur participation à la prise de décisions quand elles sont susceptibles d'orienter leur développement. On peut penser à la connaissance des tâches, à la culture du milieu de travail et à des systèmes organisationnels.

Pour terminer, je mentionnerai le rôle spécifique de la Commission des droits de la personne pour la défense d'un environnement de travail sain et ses applications. Nous avons identifié certains éléments dans notre document. Je pense que la Commission, de façon concertée avec d'autres interlocuteurs et d'autres instances, peut être saisie de ces dossiers portant atteinte au droit à la santé et elle peut jouer un rôle central dans la promotion de cet objectif du droit à la santé au travail.

Je vous ai exposé rapidement le résultat de mes recherches et quelques propositions. Mais je pourrai y revenir, si cela vous intéresse, dans le cadre de vos questions.

[Traduction]

Mme Baynton : Nous adoptons une approche équilibrée à l'égard de la santé mentale en milieu de travail, car nous reconnaissons que les employeurs sont souvent pris entre l'arbre et l'écorce. Ils peuvent avoir de bonnes intentions à l'égard des gens souffrant de maladie mentale, mais ils n'ont ni formation ni expérience. Ils sont donc laissés à eux-mêmes, et ils tentent de composer avec la situation. Nous savons que de 75 à 80 p. 100 des dirigeants deviennent des dirigeants non pas parce qu'ils ont de l'entregent, et certainement pas parce qu'ils sont aptes à aider des gens aux prises avec un problème de stress ou de maladie mentale, mais bien parce qu'ils ont des compétences techniques. Pour cette raison, il faut toujours tenir compte du droit de l'employé à des mesures d'adaptation, et de sa responsabilité de collaborer à ce processus.

Je parlais à M. Corbiere plus tôt, et je lui ai dit que la clé du succès, pour ce qui est des mesures d'adaptation destinées aux personnes souffrant de maladie mentale, c'est de faire participer l'intéressé, de lui demander ce qui fonctionne, et de l'inviter à s'engager à l'égard d'une mesure d'adaptation, au lieu de s'y conformer.

Toutes nos recommandations sont liées à la deuxième perspective analysée dans le premier rapport, c'est-à-dire celle des personnes qui ont déjà un emploi ou qui sont actuellement frappées d'incapacité, mais qui ont un emploi. Même si nous appuyons certainement toutes les autres recommandations, sachez que les nôtres découlent de cette perspective.

Notre première recommandation concerne la nécessité de commencer à considérer ce que la législation en matière de droits de la personne appelle un « milieu de travail empoisonné » comme un risque professionnel, car c'est ce qu'il est. La formation relative aux matières dangereuses en milieu de travail est obligatoire, et, de même, il faut imposer une formation relative aux personnes, plus précisément au chapitre des stratégies de

we are talking about a collaborative, solution-focused approach to maximizing people's potential, not a punishment type of approach.

Our next recommendation is around unions. When we do our work we always involve the unions as a collaborative partner. It has to be holistic; it cannot be just about that individual; no more than bullying in the schoolyard can be about the victim and the bully. It must be a change in the culture, a change in the environment.

The union specialists we are recommending are people who represent the union's interest but also understand accommodation. The grievance process is often controversial, conflictual and adversarial. Putting someone who is experiencing depression or anxiety through this process will often exacerbate their symptoms. That is not to say the union should not fight for the rights of their members. We are saying have people in the union trained in this type of work so they can help somebody through it.

Our third recommendation is around employee assistance programs. We think that they are a great way to get people help immediately, but we are finding that very few of those involved are trained in the therapy that we know from research is the most effective, that being cognitive behavioural therapy. The reason we advocate this approach is that what someone needs in order to survive at work is a cognitive behavioural type of adjustment. We would like to advocate for EAPs to add this to the training of their counsellors.

The duration of the counselling through EAP is another issue that should be considered, because in some cases it is as little as three or four sessions, which we know will not be sufficient. In some communities, especially in Northern Ontario, the EAP is the only link people have to effective treatment. There are no psychiatrists or psychologists within a three-hour drive, so in many cases this is really important.

Our fourth recommendation is that we need research. Of course, at Mental Health Works we think we already have a good solution and a good approach, but we need evidence other than anecdotal evidence to back this up. We are pleased that research proposals are now being developed that will look at the approaches that various organizations take so that we can share our findings and every employer can put them into practice.

Our fifth recommendation comes about because of experiences that people have had in going from short-term disability to long-term disability and falling through cracks in the system.

communication et de la gestion du rendement. Lorsque nous parlons de gestion du rendement, nous parlons non pas d'une approche axée sur la punition, mais bien d'une approche concertée, axée sur les solutions, visant à tirer le maximum d'une personne.

Notre prochaine recommandation concerne les syndicats. Dans le cadre de nos travaux, nous faisons toujours appel aux syndicats, à titre de partenaires. La démarche doit être globale, on ne saurait faire cela au cas par cas; c'est comme l'intimidation dans la cour d'école : le phénomène va bien au-delà de la victime et du harceleur. Il faut changer la culture, l'environnement.

Les experts syndicaux que nous recommandons sont des gens qui représentent les intérêts des syndicats, mais qui comprennent aussi les enjeux liés à l'adaptation. La procédure de règlement des griefs est souvent controversée, conflictuelle et accusatoire. Bien souvent, le fait de soumettre une personne souffrant de dépression ou d'angoisse à cette procédure mène à l'aggravement des symptômes. Cela ne veut pas dire que le syndicat ne devrait pas défendre les droits de ses membres. Ce que nous affirmons, c'est que les syndicats doivent disposer de personnes jouissant d'une formation à l'égard de ce genre de travail, afin qu'elles puissent aider une personne dans le cadre de cette procédure.

Notre troisième recommandation concerne les programmes d'aide aux employés. Nous croyons que ces programmes sont très efficaces pour procurer une aide immédiate aux employés, mais nous constatons qu'un très petit nombre de ces programmes mise sur la thérapie dont l'efficacité a été démontrée dans le cadre de recherches, c'est-à-dire la thérapie cognitivo-comportementale. La raison pour laquelle nous préconisons cette approche, c'est que, pour survivre dans son milieu de travail, une personne doit revoir ses processus cognitifs et comportementaux. Nous recommandons que les PAE ajoutent cet élément à la formation de leurs conseillers.

On devrait également se pencher sur la durée du counselling offert dans le cadre des PAE, car, dans certains cas, on ne tiendra que trois ou quatre séances, et nous savons que cela ne suffit pas. Dans certaines collectivités, surtout dans le nord de l'Ontario, le PAE est le seul lien permettant aux gens d'accéder à un traitement efficace. Il n'y a ni psychiatre ni psychologue à moins de trois heures de route, alors, dans un grand nombre de cas, c'est vraiment important.

Notre quatrième recommandation, c'est que nous avons besoin de recherche. Bien sûr, Mental Health Works croit déjà avoir une bonne solution et une bonne approche, mais nous devons étayer notre position au moyen de preuves plus probantes que les renseignements non scientifiques dont nous disposons à l'heure actuelle. Nous nous réjouissons de constater que des projets de recherche sont actuellement mis au point en vue d'examiner l'approche adoptée par divers organismes, car cela nous permettra de mettre en commun nos conclusions, et chaque employeur pourra les mettre en pratique.

Notre cinquième recommandation découle de l'expérience de certaines personnes qui sont passées de l'invalidité à court terme à l'invalidité à long terme, et qui sont passées entre les mailles du filet.

We feel that there needs to be something in place that will help people to make this transition. Quite often, forms are not filled out and things are not done and people then are sent into financial crisis on top of what is already a mental health crisis.

That leads to the last recommendation, which is that we should have advocates. Many times, employers will say that they sent out the forms and people never filled them out or called back, they are not doing their part. The employers do not understand that the mental illness itself often makes it impossible for the person to get out of bed, never mind fill out a complicated set of forms. We are looking into having an advocate who can do this on behalf of people with mental health issues. However, it could be something that the EAPs or the employers themselves could provide.

One of the things we know from experience is that the barriers to employment for people with mental illness usually have little to do with equipment or building modifications. They have to do with workplace relations, and the only way we can affect that is through training.

When we talk to managers, one of the common reactions is guilt. They feel that they may have contributed to or made worse someone's mental health problem and it comes out in the training. We say, "You did the best you could with what you knew and now you know better. As a collective, we now know better and we can do better."

The Chairman: Thank you very much.

[*Translation*]

Ms. Malenfant: Various perspectives can be adopted in addressing the issue of mental health in the workplace. Of course, there is the integration and retention of individuals suffering from mental health problems, but also work as a mental health factor, depending on the situation, and the conditions under which work can play a social integration and health protection role.

Regardless of which of these perspectives is adopted, it is important, indeed essential, to address this complex issue through the changes the workplace has undergone in recent years. My remarks are based on the findings of research conducted over the past 10 years on intermittent workers, both skilled and unskilled, young and old and workers with a certain degree of job stability within the public service network.

First, I would like to emphasize the need to ask questions about the place of paid employment among our social values. Worker status is still a primary criterion in judging a person's value, usefulness and recognition by others. Being deprived of an employment relationship influences the way we look at ourselves and the way others look at us. The values of competition,

Nous croyons qu'il faut établir quelque chose pour aider les gens à faire cette transition. Bien souvent, en raison de formulaires qui n'ont pas été remplis, de choses qui n'ont pas été faites, les gens sombrent dans une crise financière qui s'ajoute à une crise déjà existante, au chapitre de la santé mentale.

Voilà qui m'amène à la dernière recommandation, c'est-à-dire le fait que nous devrions avoir des intervenants. Bien souvent, les employeurs disent qu'ils ont envoyé les formulaires, et que l'employé ne les a jamais remplis, ou n'a jamais rappelé, qu'il n'a pas fait ce qu'il avait à faire. Les employeurs ne comprennent pas que c'est souvent la maladie mentale qui fait en sorte qu'il est impossible pour cette personne de sortir du lit, encore moins de remplir un ensemble de formulaires compliqués. Nous examinons la possibilité de charger des intervenants de faire cela au nom des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Toutefois, c'est quelque chose que les PAE ou les employeurs pourraient offrir.

L'une des choses que l'expérience nous a montrées, c'est que les obstacles à l'emploi des personnes souffrant d'une maladie mentale n'ont généralement pas grand-chose à voir avec l'équipement ou l'aménagement des locaux. Ils concernent plutôt les relations en milieu de travail, et la formation est la seule façon d'apporter des changements à cet égard.

Quand nous parlons aux dirigeants, on constate que le sentiment de culpabilité est une réaction courante. Ils se disent qu'ils ont peut-être contribué aux problèmes de santé mentale d'une personne, ou qu'ils les ont aggravés, et c'est ce qui ressort au moment de la formation. Nous leur disons : « Vous avez fait tout ce que vous pouviez, avec les outils que vous aviez. Maintenant, vous avez de meilleurs outils. Nous avons tous de meilleurs outils, et nous pouvons tous faire mieux. »

Le président : Merci beaucoup.

[*Français*]

Mme Malenfant : Différentes perspectives peuvent être adoptées pour aborder la question de la santé mentale au travail. Il y a, bien sûr, celle de l'intégration et du maintien au travail de personnes souffrant d'un problème de santé mentale, mais aussi celle du travail comme facteur de santé mentale selon les situations et les conditions qui permettent au travail de jouer son rôle intégrateur au plan social et protecteur au plan de la santé.

Que l'on prenne l'une ou l'autre de ces perspectives, il est important, voire essentiel d'aborder cette question complexe à travers les transformations qu'a connues le travail au cours des dernières années. Mon propos se base sur des résultats de recherches effectuées au cours des dix dernières années auprès d'intermittents en emploi, avec ou sans qualifications professionnelles, de jeunes et moins jeunes et auprès de salariés ayant une stabilité d'emploi au sein du réseau de services publics.

Je voudrais d'abord souligner la nécessité de se poser des questions la place du travail rémunéré au plan des valeurs sociales. Le statut de travailleur est toujours une référence de premier plan pour juger de sa valeur, de son utilité et de la reconnaissance par les autres. Être privé d'un lien d'emploi influence le regard que l'on pose sur soi et celui que les autres

individual success, performance and financial, professional and social independence may become oppressive for people who, for various reasons, find it hard to meet current labour market requirements.

Work-life balance and work-citizenship balance have become a puzzle not only in the organization of everyday time, but also in lifestyle planning. Their impact on life has to be considered in financial terms and in terms of social recognition perceived by parents and citizens who have trouble entering the labour market.

We must understand the context in which work is performed. In fact, the conditions of access to employment, work organization, duties performed and social relations make work a structuring experience or, on the contrary, a harmful experience.

The increasing flexibility of work organization has opened the way to a diversification in forms of employment. These jobs, often called short-term jobs because they are determinate, on-call or flextime jobs, with little or nothing in the way of social benefits or employment relationships, are increasingly recognized as having a negative impact on health.

At the same time as these cultural changes, qualification requirements have risen and so-called social skills — ease of expression and communication, resourcefulness, personal appearance — have become assets that can play a decisive role in the hiring process. While some view this as a new challenge that must be met, others, on the other hand, feel less equipped to deal with the occupational and financial instability that accompany short-term employment and experience a sense of insecurity and diminished well-being as a result of this situation.

As a result, unsatisfactory work experiences affect identity-building and relations with occupational life. The literature shows that the most harmful conditions are: lack of recognition, low wages, lack of respect and esteem by co-workers and line supervisors, unstable employment status, lack of independence and opportunities to use and develop skills, time restrictions and work intensification and complexity.

The vicious circle of short-term employment and the growing use of short-term employment must be broken. Research has shown that the casualisation of employment and casual employment itself lead to a decline in living conditions, which in turn undermines health and social life. In the most extreme cases, this can result in a gradual withdrawal from the labour market and permanent inability to work.

The working environment must be improved, and there are conditions that must be met in order to protect health in the workplace. While some experiences are harmful, it is through work, in conditions that give hope for the future and are conducive to trust in one's abilities, that health is gradually restored.

posent sur nous. Les valeurs de compétition, de réussite individuelle, de performance, d'autonomie financière, professionnelle et sociale peuvent devenir oppressantes pour les personnes qui, pour différentes raisons, ont de la difficulté à répondre aux exigences actuelles du marché du travail.

La conciliation travail-famille, la conciliation du travail et de l'exercice de la citoyenneté sont devenues non seulement un casse-tête sur le plan de l'organisation du temps quotidien, mais également sur le plan de la planification d'un style de vie. On doit tenir compte de leurs impacts sur le niveau de vie en termes financiers et sur la reconnaissance sociale perçue par les parents et par les citoyens qui ont des difficultés à s'intégrer au marché du travail.

Il faut comprendre le contexte dans lequel s'accomplit le travail. En fait, les conditions d'accès à l'emploi, l'organisation du travail, les tâches exercées et les rapports sociaux font du travail une expérience structurante ou, à l'opposé, une expérience délétère.

La flexibilisation de l'organisation du travail a ouvert la voie à la diversification des formes d'emploi. Ces emplois, souvent qualifiés de précaires parce qu'ils sont à durée déterminée, sur appel, à horaire variable, avec de faibles ou sans avantage sociaux ou encore, sans protection du lien d'emploi, sont de plus en plus reconnus pour avoir des effets négatifs sur la santé.

Parallèlement à ces changements culturels, les exigences de qualification se sont accrues et les compétences dites sociales — la facilité à s'exprimer et à communiquer, la débrouillardise, le bien paraître — sont devenues des atouts qui peuvent jouer un rôle discriminant dans le processus d'embauche. Si certains y voient de nouveaux défis à relever, d'autres, par contre, se sentent moins outillés pour affronter l'instabilité professionnelle et financière qui accompagne l'emploi précaire et vivent cette situation avec beaucoup d'insécurité et avec un sentiment de bien-être affaibli.

Ainsi, des expériences de travail peu satisfaisantes agissent sur la construction de l'identité et sur le rapport à la vie professionnelle. La littérature fait état des conditions les plus délétères qui sont : le déficit de reconnaissance, le faible salaire, le manque de respect ou d'estime de la part des collègues ou des supérieurs hiérarchiques, le statut précaire, le manque d'autonomie et de possibilités d'utiliser et de développer ses habiletés, la contrainte de temps, l'intensification du travail et sa complexité.

Il faut briser le cercle vicieux de la précarité et de la précarisation du travail. Les recherches ont montré que la précarisation du travail et la précarité d'emploi amènent une précarisation des conditions de vie qui, à son tour, précarise la santé et la vie sociale. Cela risque de mener, dans les cas les plus extrêmes, à un désengagement progressif du marché du travail et à l'installation d'incapacités de travail permanentes.

Il faut améliorer l'environnement de travail et il y a des conditions à respecter pour protéger la santé au travail. Même si des expériences sont délétères, c'est au sein même de l'activité de travail, dans des conditions qui permettent de retrouver espoir dans l'avenir et confiance en ses capacités, que la santé se reconstruit graduellement.

The support of family and friends and networks of contacts are of considerable assistance, in certain cases, in getting through tough times and reducing the impact on mental health, but they are not enough to enable workers to get a job, which protects them from the vagaries of the economy and the requirements of a highly competitive market.

The evolution of employment itself requires practical knowledge and a way of being that gradually eliminate workers who find it hard to acquire the necessary skills and qualifications or to be available enough to meet requirements. The inability to work as a result of negative work experiences can only be prevented by concerted, innovative and simultaneous action in the training world, in the workplace and in the standards and practices that govern the labour market.

A number of aspects must be considered: labour relations and employment protection, organization of working time and work autonomy, development and employability, as well as opportunities for occupational advancement.

More specifically, action must be taken on skills acquisition, the autonomy that makes it possible to build on acquired experience, support for workers in their employment, fairness in the management of conditions of employment granted to workers — whether permanent or temporary, young or old, male or female, skilled or unskilled — assistance provided by policies adapted to the changing labour market and current labour force recomposition — freedom to form unions and bargain collectively to counter the individualization and personalization of problems; job security and the labour climate in major periods of instability and restructuring; work intensity and its impact on physical and mental health and on the possibility of leading a full personal, family and social life; the training and development opportunities afforded by employment and prospects for advancement to more satisfying, more stable and higher paid employment; opportunities for taking part in organizational decisions, in particular in problem-solving; innovation and opportunities for taking personal initiatives on the basis of skills and knowledge developed to improve the quality of goods or services offered.

The means to achieve this must be secured through research and development. This is particularly true in the area of prevention in order to address the stigmatization of people who are coping with mental health problems.

If there were two priorities to identify, the first would be preparing young people for employment. A lot of businesses, during job shortages, hire more unskilled young people, then lay them off after a few weeks or months, without those young people

Le soutien des proches et les réseaux de contacts sont une aide considérable dans certains cas pour passer au travers des moments difficiles et atténuer les effets sur la santé mentale, mais ils ne suffisent pas à une intégration au travail qui protège contre les aléas du contexte économique et des exigences d'un marché hautement compétitif.

L'évolution du travail lui-même exige un savoir-faire et un savoir être qui, graduellement, écartent les travailleuses et les travailleurs qui ont du mal à acquérir les qualifications, les qualités requises ou à fournir les disponibilités nécessaires pour y répondre. L'incapacité de travail consécutive à des expériences de travail négatives ne peut être prévenue que par des actions concertées, novatrices et simultanées dans le monde de la formation, dans les milieux de travail et dans les normes et pratiques qui régissent le marché du travail.

Plusieurs aspects doivent être considérés : les relations de travail et la protection de l'emploi, l'organisation du temps de travail et l'autonomie au travail, le développement de l'employabilité ainsi que les possibilités d'avancement sur le plan professionnel.

Plus spécifiquement, des actions doivent être menées en ce qui a trait à l'acquisition de qualifications, à l'autonomie qui permet de tabler l'expérience acquise, au soutien dont le travailleur bénéficie dans son travail, à l'équité manifestée dans la gestion des conditions de travail accordées aux travailleurs — qu'ils soient permanents ou temporaires, jeunes ou moins jeunes, hommes ou femmes, qualifiés ou non — à une aide soutenue par des politiques adaptées à l'évolution du marché du travail et à la recomposition de la main-d'œuvre actuelle — à la liberté syndicale et de négociation collective pour contrer l'individualisation et la personnalisation des problèmes; à la sécurité d'emploi et le climat de travail dans les périodes d'instabilité et de restructuration importantes; à l'intensité du travail et à ses répercussions sur la santé physique et mentale et sur la possibilité de mener une vie personnelle, familiale et sociale épanouie; aux possibilités de formation et de perfectionnement qu'offre l'emploi et aux perspectives de progression vers un emploi plus satisfaisant, plus stable et mieux rémunéré; aux possibilités de prendre part aux décisions de l'organisation, notamment à la recherche de solutions des problèmes; à l'innovation et aux possibilités de prendre des initiatives personnelles sur la base des compétences et des connaissances développées afin d'améliorer la qualité du produit ou du service offert.

Il faut assurer des moyens par le biais du développement et de la recherche. Il faut le faire surtout au plan de la prévention afin de contrer la stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

S'il y avait deux priorités à identifier, ce serait la préparation à l'emploi chez les jeunes. Beaucoup d'entreprises, dans des périodes de pénurie d'emploi, embauchent un nombre important de jeunes sans qualification pour ensuite les mettre à pied après

really knowing what they contributed to the business. They thus find themselves at a disadvantage in a highly competitive labour market.

There are also periods of corporate restructuring and mergers. A number of businesses have experienced major upheaval in recent years. The human aspect has to be considered, not just the positions those people held when they were laid off or when they were redirected to a new workplace, so that these people experiencing major changes are supported.

Last, there is the improvement of employment and social policies, particularly in the area of protection from unstable employment, as well as policies on work-life balance, which working parents greatly need.

Research increasingly shows that we must not only counter the lack of work, or unemployment, in preserving mental health, but also preserve the quality of work so that work plays its full role in building identity and enabling people to achieve their full potential.

[English]

The Chairman: Thank you very much.

Ms. Buchanan: I sent around a handout on mental health in the workplace. Most of the recommendations are quite obvious, but I do want to highlight a couple of them.

The first one is that corporate support at all levels is fundamental to the success of any program. We need it from the CEO all the way down, and the board of the company also needs to understand the corporate culture regarding this issue.

I was speaking to a senior person with WSIB last week. That is Ontario's workers' compensation board. He said, "Well, we do not like to use the term 'mental health' in the workplace because it is too scary, so we call it work" —

The Chairman: Scary for whom, for the WCB, or for employees and employers?

Ms. Buchanan: I think it is scary from the top level down. They call it "workplace balance." I have seen that term pop up a few times. They use it in terms of balancing the hours, et cetera. I do not want to get into that because I do not really understand it, but if we cannot use the term "mental health," we are all in trouble.

I wanted to highlight that in terms of an effective employee, the training and education of the front-line managers is the key. If your supervisor has no idea what mental illness is all about, that relationship will never work. Some companies provide facilitators or a nurse as a go-between when that training or education is not in place.

quelques semaines ou quelques mois, sans que les jeunes ne sachent vraiment quel a été leur apport à l'entreprise. Ils se retrouvent donc démunis face à un marché du travail hautement compétitif.

Il y a également les périodes de restructuration et de fusion d'entreprises. Plusieurs entreprises ont connu des bouleversements importants au cours des dernières années. Il faut tenir compte de l'aspect humain, et non seulement de la fonction qu'occupent ces personnes au moment des mises à pied ou d'une réorientation dans un nouveau milieu de travail, afin de soutenir ces personnes qui vivent des changements importants.

Enfin, il y a l'amélioration des politiques du travail et des politiques sociales, notamment dans la protection contre la précarité d'emploi, ainsi que les politiques pour la conciliation travail/famille dont les parents travailleurs ont grandement besoin.

De plus en plus, les recherches démontrent que non seulement il faut contrer l'absence de travail ou le chômage pour préserver la santé mentale, mais qu'il faut également préserver la qualité du travail pour que le travail joue pleinement son rôle dans la construction de l'identité et l'actualisation de ses pleines capacités.

[Traduction]

Le président : Merci beaucoup.

Mme Buchanan : J'ai distribué un document sur la santé mentale en milieu de travail. La plupart des recommandations sont plutôt évidentes, mais je tiens à souligner certaines d'entre elles.

La première, c'est que le soutien de tous les échelons de l'entreprise est essentiel au succès de tout programme. Il faut jouir du soutien de toute l'organisation, du PDG jusqu'aux employés, et le conseil d'administration de la société doit également comprendre la culture organisationnelle à l'égard de cet enjeu.

J'ai parlé à un cadre supérieur de la CSPAAAT la semaine dernière. C'est la commission des accidents du travail de l'Ontario. Il m'a dit : « Eh bien, nous n'aimons pas utiliser le terme « santé mentale » dans le milieu de travail, car ça fait peur, alors nous parlons plutôt d'équilibre »...

Le président : Cela fait peur à qui, à la CAT, ou aux employés et aux employeurs?

Mme Buchanan : Je crois que cela fait peur à tout le monde. Ils parlent plutôt d'« équilibre en milieu de travail ». J'ai entendu ce terme à quelques reprises. On l'utilise lorsqu'on parle d'établir l'équilibre à l'égard des heures de travail, etc. Je ne veux pas m'aventurer dans cette voie, car je ne comprends pas vraiment le terme, mais si nous ne pouvons utiliser le terme « santé mentale », nous serons tous dans le pétrin.

Je tiens à souligner que la formation et l'éducation des cadres de premier niveau sont essentiels à l'efficacité des employés. Si votre superviseur ne connaît rien à la maladie mentale, cette relation ne fonctionnera jamais. Certaines entreprises utilisent un animateur ou une infirmière comme intermédiaire quand on ne dispose pas d'une personne qui jouit de la formation nécessaire.

The other key issue that I have been involved with is providing information on all income security programs that may apply. My husband has bipolar disorder. We have had to fight in court for everything: CPP disability, disability tax credit from the federal government, and also long-term disability.

I wanted to talk about the group that I think is the last frontier in this issue and that nobody spends too much time talking about. These are the professionals. For these individuals, stress in the workplace has not been the factor precipitating the illness. These are individuals who obviously have a predisposition towards either bipolar disorder or major depression, or even schizophrenia, although that comes out usually in the teenage years, when education and workplace training are interrupted. It is quite often a family issue or other issues outside the workplace and then stress in the workplace may exacerbate it, but they have all made to it the top because they can cope with stress.

I have some case studies here that I want to refer to. These are all real individuals. Except for my husband, Jim, they are all pseudonyms.

My husband was employed as a public-relations professional. He has had a number of relapses. When he had the last relapse, I do not think the company could trust him any more in terms of information at the top level or expect him to handle public relations well, even though he had done it very well for 10 years and had had relapses prior to that. He had always been able to bounce back, except after his last relapse in 1990. We struggled for sources of income because he had a mental illness that is not well understood. It was obvious that he was quite disabled, but it just was not accepted very easily, even though once we got to court it was always obvious to the judge.

It is particularly hard at the top levels because you are in a different income bracket from someone at the bottom level, who perhaps will be on ODSP or some kind of support program. We had a house and two children in private school. We were living in Northern Ontario. For him to suddenly lose all income after short-term disability was devastating for us. It was very difficult to get through that time. The only reason we did was I had a house in Nova Scotia that I sold so that we had the income. The two private schools reduced their fees for our children so that their education would not be interrupted just because my husband had a mental illness.

I also have the DTC status at the bottom of each case study.

I want to go to the next case study, which is William, a lawyer with 25-plus years' experience with one of Canada's largest law firms. His major depression was a result of the law firm changing

L'autre enjeu clé auquel je m'intéresse est la fourniture d'informations au sujet de tous les programmes de sécurité du revenu qui peuvent s'appliquer. Mon mari souffre d'un trouble bipolaire. Nous avons dû nous battre devant les tribunaux pour tout : les prestations d'invalidité du RPC, le crédit d'impôt pour personnes handicapées du gouvernement fédéral, et l'invalidité à long terme.

J'aimerais parler d'un groupe de personnes qui, selon moi, sont laissées pour compte; c'est un groupe dont on ne parle pas beaucoup. Il s'agit des professionnels. Pour ces personnes, ce n'est pas le stress en milieu de travail qui a précipité la maladie. Il s'agit de personnes qui sont manifestement prédisposées aux troubles bipolaires ou à la dépression majeure, ou même à la schizophrénie, même si cela se manifeste généralement à l'adolescence, quand l'éducation et la formation en milieu de travail prennent fin. Cela découle souvent d'un problème familial ou d'autres problèmes à l'extérieur du milieu de travail, et le stress en milieu de travail peut exacerber la situation, mais ces personnes ont gravi les échelons parce qu'elles étaient en mesure de composer avec le stress.

J'aimerais vous décrire quelques cas. Il s'agit de vraies personnes. À l'exception de Jim, mon mari, tous les noms sont des pseudonymes.

Mon mari était un professionnel des relations publiques. Il a fait un certain nombre de rechutes. À l'occasion de sa dernière rechute, je crois que l'entreprise ne pouvait plus lui faire confiance, en ce qui concerne les renseignements de haut niveau, ou s'attendre à ce qu'il se tire bien d'affaire au chapitre des relations publiques, même s'il avait fait très bonne figure pendant dix ans, et qu'il avait déjà fait des rechutes auparavant. Il avait toujours été en mesure de revenir en force, sauf après sa dernière rechute, en 1990. Nous avons éprouvé des difficultés avec les sources de revenu, car il souffrait d'une maladie mentale qui n'est pas bien comprise. Il était manifestement frappé d'incapacité, mais on n'acceptait pas facilement sa situation, même si, lorsqu'on portait la question devant les tribunaux, le juge ne pouvait que se rendre à l'évidence.

C'est particulièrement difficile aux échelons supérieurs, parce qu'on est dans une tranche de revenu différente de celle d'une personne aux échelons inférieurs, qui aura peut-être accès au POSPH ou à une sorte de programme de soutien. Nous avions une maison et deux enfants à l'école privée. Nous vivions dans le Nord de l'Ontario. Le fait qu'il perde toute forme de revenu après une invalidité à court terme a eu un effet dévastateur sur nous. C'était une période très difficile pour nous. Si nous avons survécu à cette épreuve, c'est que j'avais une maison en Nouvelle-Écosse, et que la vente de cette maison nous a procuré un revenu. Les deux écoles privées ont réduit les frais de scolarité de nos enfants, afin que leurs études ne soient pas interrompues en raison de la maladie mentale de mon mari.

J'ai également indiqué, au bas de chaque étude de cas, le statut aux fins du CIPH.

Je passe maintenant à la prochaine étude de cas, c'est-à-dire William, un avocat affichant plus de 25 ans d'expérience au sein de l'un des plus gros cabinets d'avocats au Canada. Sa dépression

its corporate structure. There was an indirect issue, but certainly stress in the workplace had not been a factor in the previous 25 years. He desperately wants to go back to work. He is on a fair amount of medication to stabilize his major depression and he knows that he has limitations. Certainly people who have had a number of relapses simply cannot deal with stress any more the way the rest of us can. There is a change in the brain chemistry. My husband gets stressed out putting on socks. You can imagine that more important issues are quite difficult at times. William has gone back to his firm. He participated in a work adjustment program, and I know that because I was the supervisor of that program. He helped me greatly when I was on the technical advisory committee on the DTC. Thanks to William, we have a wonderful forum now that accommodates people with mental illnesses and other mental impairments. It was his brilliant legal mind that could sort through the language, et cetera. However, the law firm cannot find accommodations for him. They do not have the issue of financial hardship, obviously. He has hired a lawyer and the final outcome remains to be seen, but he just has no place to go back to. He is on long-term disability.

David is a more interesting case. David has had five-plus years with a small legal clinic. I was speaking at a function about the disability tax credit. He came up to me and said, "Well, that sounds really good, but I would never qualify." I said, "Why would you not qualify?" He said, "Because I am employed full time and I am a lawyer." I said, "And then why do you think you might qualify?" It turns out he has bipolar disorder and obsessive compulsive disorder. The OCD interferes with his daily life to the extent that it just takes him longer to do his work. His firm understands the problem and provides accommodations and flexible hours, but David qualifies for the tax credit because it takes an inordinate amount of time for him to do the work — more than it would if he did not have OCD.

Sandra was a senior employee of a large corporation with more than 500 employees. She had major depression because of marital problems and a break-up. Her husband was planning to kidnap the kids. Any mother would be distraught at that. She eventually did go to the EA program at the corporation. She is very grateful for all the support and help that they provided. She could not take a single day off work.

She was working in a team-oriented environment where people depended on each other. In such a situation, either you can or you cannot pull your weight. If you cannot, then you do not get the challenging opportunities or the chances for promotion.

majeure découlait de changements apportés à la structure organisationnelle du cabinet. Il y avait un problème indirect, mais, certes, le stress en milieu de travail ne lui avait pas occasionné de problème au cours des 25 années précédentes. Il veut désespérément retourner au travail. Il prend une quantité appréciable de médicaments pour stabiliser sa dépression majeure, et il est conscient de ses limites. Certes, les gens qui ont eu un certain nombre de rechutes ne peuvent tout simplement plus composer avec le stress de la même façon que les autres. Il y a un changement dans la chimie du cerveau. Mon mari s'énerve lorsqu'il met des chaussettes, alors vous pouvez comprendre que des questions plus importantes sont parfois difficiles à gérer. William est retourné à son cabinet d'avocats. Il a participé à un programme d'adaptation au travail, et je le sais parce que j'ai supervisé ce programme. Il m'a beaucoup aidé dans le cadre de mes travaux au sein du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées. Grâce à William, nous disposons maintenant d'une tribune merveilleuse permettant l'adaptation aux besoins de personnes souffrant de maladie mentale et d'autres troubles mentaux. C'est grâce à ses vastes connaissances juridiques qu'on a pu comprendre le langage utilisé, etc. Toutefois, le cabinet ne pouvait pas trouver de mesures d'adaptation pour l'aider. Le cabinet n'a pas à composer avec des difficultés financières, évidemment. William a retenu les services d'un avocat, et l'affaire n'est pas encore réglée, mais il n'a tout simplement pas la possibilité d'y retourner. Il s'agit d'une invalidité à long terme.

Le cas de David est plus intéressant. David travaillait au sein d'une clinique d'aide juridique depuis plus de cinq ans. Je venais de prononcer un discours au sujet du crédit d'impôt pour personnes handicapées. Il est venu me voir, et il m'a dit : « Eh bien, cela m'a vraiment l'air d'une bonne chose, mais je ne serai jamais admissible. » J'ai dit : « Pourquoi ne seriez-vous pas admissible? » Il a répondu : « Parce que j'ai un emploi à temps plein, et que je suis avocat. » Je lui ai dit : « Alors, pourquoi croyez-vous en avoir besoin? » J'ai finalement appris qu'il souffrait d'un trouble bipolaire et d'un trouble obsessionnel-compulsif. Son trouble obsessionnel-compulsif influait sur sa vie quotidienne, dans la mesure où il met plus de temps pour faire son travail. Son employeur comprend le problème et a pris des mesures d'adaptation et offert un horaire souple, mais David est admissible au crédit d'impôt parce qu'il prenait énormément de temps pour faire son travail — plus qu'il n'en faudrait s'il n'était pas atteint d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Sandra était cadre supérieure au sein d'une grande société comptant plus de 500 employés. Elle souffrait d'une dépression majeure en raison de problèmes conjugaux et d'une rupture. Son mari comptait enlever les enfants. Toute mère serait affolée devant une telle éventualité. Elle a fini par se rendre au programme d'aide aux employés de l'entreprise. Elle est très heureuse du soutien et de l'aide qu'on lui a fournis. Elle n'a pas pu prendre une seule journée de congé.

Elle évoluait dans un environnement axé sur le travail d'équipe, où chacun dépend de l'autre. Dans une telle situation, on fait sa part ou on ne la fait pas. Si on ne peut pas faire sa part, alors on ne se voit offrir ni de nouveaux défis ni d'occasions de promotion.

She was fortunate to receive assistance with the assurance of confidentiality. With medication, support and counselling she managed to get through a difficult time. Of course, she does not qualify for the tax credit because she has made a full recovery and is able to return to her normal work duties.

Accommodations are very important at this level. We have a huge pool of talent out there. We do not know how many lawyers are sitting at home because there is no one out there to help get them back on their feet. These are able people. My husband is not able to work, but he generously volunteers much of his time to various committees. It does not mean that these people do not have the ability to make a contribution.

I want to ensure that people working for the EAPs are knowledgeable about the disability tax credit. Certainly at the lower level, for any employees who need accommodations to do their job, there is a good chance that they will qualify for the tax credit. For anyone with a taxable income, the credit is worth about \$1,500 to \$1,600 per year. For anyone with any disability, it is nice to have a little extra income.

Ms. Smailes: I will speak to recommendations. It is vital that governments send a clear message, because they are involved and such an effort would support the efforts of all other stakeholders. The government, being a large employer, could lead by example in terms of a focus on prevention and early return-to-work practices and by collaborating with stakeholders to develop programs. Those could then be evaluated and set as models for other work settings. The Canada Health Act should be amended to include psychologists to eliminate the funding gap. I was in the U.S. for 12 years, and while that system is not great, at least funding is available for psychologists. As someone mentioned earlier, we know there are effective therapies administered by psychologists, but they receive no funding under the Canada Health Act. Where does that put the psychologists in Canada? That affects the work setting, because EFAPs and EAPs are supposed to be short term, and with this gap in funding, there is no referral system for effective therapies.

We know quite a lot about employers and that process needs to be emphasized. It is not only what we are doing but also how we are doing it — efforts to determine how such things as strategic planning and the development of various programs are building and integrating into the workplace. We need to know within the work environments everything that is going on.

Involvement of stakeholders includes employers, unions, front-line workers and managers. We focus on prevention, developing healthy workplaces and having all stakeholders involved from the outset. That has been incredibly effective, because invariably when programs are instituted, barriers to their effectiveness can

Elle a été chanceuse de bénéficier d'une aide assortie d'une garantie de confidentialité. Grâce à des médicaments, au soutien et au counselling, elle a réussi à traverser cette période difficile. Bien sûr, elle n'est pas admissible au crédit d'impôt, car elle s'est pleinement rétablie, et elle a pu retourner à ses fonctions habituelles.

Les mesures d'adaptation sont très importantes à cet échelon. On dispose d'un énorme bassin de candidats. On ignore combien d'avocats restent à la maison parce qu'il n'y a personne pour les aider à se remettre sur pied. Ce sont des gens compétents. Mon mari n'est pas capable de travailler, mais il fournit généreusement une grande part de son temps à divers comités. Cela ne veut pas dire que ces personnes n'ont pas la capacité de contribuer.

Je veux veiller à ce que les gens qui travaillent pour les PAE connaissent le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Certes, aux échelons inférieurs, il y a de bonnes chances que tout employé ayant besoin de mesures d'adaptation pour faire son travail soit admissible au crédit d'impôt. Pour toute personne avec un revenu imposable, le crédit correspond à environ 1 500 à 1600 \$ par année. Pour toute personne frappée d'incapacité, c'est une bonne chose d'avoir accès à un revenu supplémentaire.

Mme Smailes : Je vais parler des recommandations. Il est essentiel que les gouvernements lancent un message clair, car ils ont un rôle à jouer, et leurs efforts soutiendraient les efforts de tous les autres intervenants. Le gouvernement, en sa qualité de gros employeur, pourrait montrer l'exemple en mettant l'accent sur la prévention et les pratiques relatives au retour au travail rapide, et en collaborant avec les intervenants à l'élaboration de programmes. Ces programmes pourraient ensuite être évalués et adoptés comme modèles dans d'autres contextes de travail. On devrait modifier la Loi canadienne sur la santé en vue d'y intégrer les psychologues pour éliminer le déficit de financement. J'ai passé 12 ans aux États-Unis, et, même si ce système n'est pas parfait, au moins les psychologues recevaient du financement. Comme quelqu'un l'a déjà mentionné, nous savons que certaines thérapies administrées par les psychologues sont efficaces, mais ils ne reçoivent aucun financement en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Alors, quel rôle les psychologues jouent-ils au Canada? Cela influe sur le contexte de travail, car les PAEF et les PAE sont censés être à court terme, et, avec ce déficit de financement, il n'y a aucun système d'aiguillage vers des thérapies efficaces.

Nous savons beaucoup de choses au sujet des employeurs, et il faut mettre l'accent sur ce processus. Il faut se pencher non seulement sur ce que nous faisons, mais aussi sur la manière dont nous le faisons — les efforts pour déterminer comment des choses comme la planification stratégique et la conception de divers programmes prennent forme et s'intègrent au milieu de travail. Nous devons prendre connaissance de tout ce qui se passe en milieu de travail.

Il faut compter parmi les intervenants les employeurs, les syndicats, les travailleurs de première ligne et les cadres. Nous mettons l'accent sur la prévention, sur la promotion d'un milieu de travail sain et sur la participation de tous les intervenants dès le début. Cela s'est révélé incroyablement efficace, car, quand on

occur. We want to see programs through to the evaluation level, which can take quite some time, and barriers have to be overcome. The ideal is a committee that includes employers and union reps that can agree on what each organization can do to help. Then you can begin to see how things might work out and move forward on the issues. To meet with success, it is vital that both groups work together.

In terms of the process, it is important to have a good assessment, know where to begin and what direction to take, identify the gaps, to know the existing system and its effects, and whether an evaluation is in place for that system. Once the gaps have been identified, then implementation and evaluation can take place. We know this process works — involving stakeholders, getting commitment, doing assessments, developing the plans and seeing them through an evaluation. It is a long process to which to commit. One of our current projects in B.C. involves all six health authorities and pertains to healthy workplace initiatives across the province.

One of the benefits of funding and grants is that employers are assisted in their efforts to sustain the process. Strategic planning is involved with any grant program because the entire process must be laid out, including expected timelines. That is a serious commitment. An external group evaluates and supports this process, thereby adding a little weight to seeing the process through. Funding and grants are important, and in Canada the system is wholly inadequate. Initiatives have begun, but we are looking at \$300,000 for team grants that would involve people across Canada. The system for funding and grants is inadequate, given that these interventions can be so effective.

Looking at the full spectrum, from prevention to return to work for employees, a number of programs are in place to assist. Again, the emphasis is on building and integration so that work environments are healthy. When unions are involved from the outset, they can be highly effective because of their level of understanding.

We rely on physicians to provide much of the mental health support, and so it is important to train them to identify problems accurately, although I do not know if they would diagnose, and make the appropriate referrals. The concept of shared mental health care plans is ideal for GPs and psychiatrists and should also be in place for psychologists. I have been involved with working teams of physicians, social workers and psychologists, and they are highly effective.

lance un programme, il y a toujours des obstacles à leur efficacité. Nous voulons veiller à ce que les programmes se rendent jusqu'à l'étape de l'évaluation, ce qui peut prendre beaucoup de temps, et il y a des obstacles à surmonter. L'idéal, c'est d'établir un comité constitué d'employeurs et de représentants syndicaux qui peuvent s'entendre sur ce que chaque organisme doit faire pour contribuer. Ainsi, on peut commencer à voir comment les choses pourraient fonctionner, et on trouve des solutions aux problèmes. Pour réussir, il est crucial que les deux groupes travaillent ensemble.

En ce qui concerne le processus, il importe d'effectuer une bonne évaluation, de savoir où commencer et quelle direction prendre, de cerner les lacunes, de connaître le système actuel et ses effets, et de savoir s'il existe un mécanisme d'évaluation à l'égard de ce système. Une fois les lacunes repérées, on peut procéder à la mise en œuvre et à l'évaluation. Nous savons que ce processus fonctionne — faire participer tous les intervenants, obtenir leur engagement, faire des évaluations, élaborer les plans, et les exécuter, jusqu'à l'étape de l'évaluation. Il s'agit d'un engagement de longue date. L'un de nos projets actuels en Colombie-Britannique mise sur la participation des six autorités de la santé et concerne la création d'initiatives de milieux de travail sains partout dans la province.

L'un des avantages du financement et des subventions, c'est qu'on aide les employeurs dans le cadre de leurs efforts pour soutenir le processus. Tout programme de subvention mise sur la planification stratégique, car l'ensemble du processus doit être planifié, et assorti d'un échéancier. C'est un engagement important. Un groupe externe évalue et soutient le processus, ajoutant ainsi un peu de poids pour qu'on mène le processus à terme. Le financement et les subventions sont d'une grande importance, et, au Canada, le système est tout à fait inadéquat. On a lancé des initiatives, mais il faudrait 300 000 \$ pour des subventions d'équipe qui permettraient de mobiliser des gens de partout au Canada. Le système de financement et de subventions est inadéquat, car l'efficacité de ces interventions est éprouvée.

Lorsqu'on envisage l'ensemble du spectre, de la prévention jusqu'au retour au travail des employés, il existe un certain nombre de programmes d'aide. Encore une fois, on met l'accent sur le renforcement et l'intégration, afin que le milieu de travail soit sain. Les syndicats peuvent se révéler très efficaces lorsqu'ils participent à l'initiative dès le début, en raison de leur compréhension des enjeux.

Nous nous en remettons aux médecins pour ce qui est de fournir une grande part du soutien en matière de santé mentale, de sorte qu'il est important de les former pour qu'ils puissent cerner les problèmes avec précision, mais j'ignore s'ils feraient le diagnostic et les renvois nécessaires. Le modèle des plans partagés en matière de soins de santé mentale est idéal pour les omnipraticiens et les psychiatres, et on devrait également l'appliquer aux psychologues. J'ai travaillé au sein d'équipes de travail constituées de médecins, de travailleurs sociaux et de psychologues, et ces équipes sont très efficaces.

In the area of research, people with an understanding of methods and design need to be involved. Many people have great ideas for programs, but researchers need to be included at the various levels to develop good models through to evaluation. We must have trust in what we are doing so that when it is disseminated, other people will trust what we are doing. Can you expect employers to assess if researchers are not involved? If researchers are not involved, how can you understand what you are evaluating and the importance of it?

Groups such as occupational health nurses provide a cornerstone for our organization. Health care workers turn to such a group for a number of different issues and they provide a great resource for mental health. Again, they need training in identification and referral so they can continue to provide support, much like physicians do. People with mental health problems need to be supported and need ready access to psychologists who are trained to provide that support and to help sustain people through their return to work to reduce the potential for relapse.

[*Translation*]

Ms. Raymond: Suicide is the primary cause of death among men 20 to 25 and 40 to 44 years of age and in women 30 to 34 in Canada. In Canada and most industrialized countries, 80 per cent of suicides are committed by men. According to the WHO, the suicide rate among young Canadians is the third highest among the world's industrialized countries. Every day, 11 Canadians commit suicide. The cost of one suicide in Canada has been estimated at \$850,000, and that is not including suicide attempts. For every suicide, there are approximately 100 suicide attempts, the costs of which are very high.

In terms of hospitalization, every suicide attempt in Canada represents 160,000 hospitalization days. It is therefore easy to determine a cost for hospitalization alone. Naturally, when we talk about suicide, we are talking about the person who suffers, but there is also that person's family, friends and co-workers.

For every suicide, an estimated 10 to 50 individuals are also affected. Suicide in the workplace is a taboo subject. I conduct a lot of interviews in the workplace. I meet a lot of people, including managers. Suicide is a subject people do not want to talk about; they already find it hard enough to talk about mental health. The possibility that an employee or manager can commit suicide is a difficult subject to discuss. There is a terrible fear of being identified with suicide, that the workplace will be pictured in the media as being conducive to death or suicide.

What is the impact of suicide in the workplace? First, it has been observed that a general atmosphere of anxiety sets in after a death by suicide in the workplace, which results in workplace disorganization. Many people experience feelings of guilt,

Dans le domaine de la recherche, il faut s'assurer la participation de personnes qui comprennent les méthodes et le plan. De nombreuses personnes ont des idées de programme fantastiques, mais il faut que les chercheurs participent aux diverses étapes, afin qu'on puisse concevoir de bons modèles et les soumettre à une évaluation. Nous devons avoir confiance en ce que nous faisons, afin que notre travail soit crédible quand il sera diffusé. Peut-on s'attendre à ce que des employeurs procèdent à une évaluation si aucun chercheur ne participe au processus? Si aucun chercheur ne participe, comment peut-on comprendre ce qu'on évalue et ce qui est important?

Les groupes comme les infirmières en santé du travail ont une importance cruciale pour notre organisme. Les travailleurs de la santé se tournent vers ce groupe à l'égard d'un certain nombre d'enjeux différents, et il constitue une ressource fantastique en matière de santé mentale. Encore une fois, elles ont besoin d'une formation relative au repérage et à l'aiguillage afin qu'on puisse continuer de fournir du soutien, comme le font les médecins. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent recevoir du soutien, et ils doivent pouvoir accéder facilement à un psychologue possédant les connaissances nécessaires pour fournir cette aide et pour soutenir les gens au moment de leur retour au travail, afin de réduire la possibilité de rechute.

[*Français*]

Mme Raymond : Le suicide est la première cause de décès chez les hommes de 20 à 25 ans, de 40 à 44 ans et chez les femmes de 30 à 34 ans au Canada. Au Canada et dans la majorité des pays industrialisés, 80 p. 100 des suicides sont le fait d'hommes. Selon l'OMS, le taux de suicide des jeunes Canadiens et Canadiennes est le troisième plus élevé parmi les pays industrialisés au monde. Chaque jour, 11 Canadiens se suicident. Le coût d'un suicide au Canada a été estimé à environ 850 000 \$ par personne, et c'est sans parler des tentatives de suicide. Pour chaque suicide, on dénombre environ 100 tentatives de suicide où les coûts sont très élevés.

En termes d'hospitalisation, on compte 160 000 journées d'hospitalisation au Canada pour tentative de suicide. Il est donc facile de déterminer un coût uniquement pour les hospitalisations. Naturellement, lorsqu'on parle de suicide, on entend la personne qui est souffrante, mais il y a également sa famille, ses amis et ses collègues de travail.

Pour chaque suicide, on estime qu'il y a entre 10 et 50 personnes affectées. Le suicide en milieu de travail est un sujet tabou. Je fais beaucoup d'entrevues en milieu de travail. Je rencontre beaucoup de personnes, dont les gestionnaires. Le suicide est un sujet dont on ne veut pas parler, déjà qu'on a de la difficulté à parler de santé mentale. Dire qu'il est possible qu'un employé ou qu'un directeur puisse se suicider est difficile à aborder. Il y a une crainte terrible d'être identifié au suicide et que le milieu de travail soit médiatisé comme étant propice au décès et au suicide.

Quel est l'impact du suicide en milieu de travail? D'abord, on a remarqué qu'un climat d'anxiété généralisé s'installait après un décès par suicide en milieu de travail, ce qui entraîne une désorganisation du milieu. Plusieurs ressentent un sentiment de

particularly managers in the case of plant closings. I have seen presidents and managers ask the question and feel responsible. They are often stuck between a rock and a hard place when they are instructed to close down and have to face employees. So they feel a lot of guilt when suicide occurs.

The same is true of employees. They feel guilty that they did not see it coming, particularly in the case of people with whom they've been working for 10 or 20 years. In addition to being co-workers, the victims were often friends. Social relationships are very important in the workplace. So people experience sadness and a need to protect others.

One of the most significant effects of a suicide in the workplace, apart from the many others that could be documented, is the clear and documented risk of contagion. It is not unusual for there to be one, two, three or four more suicides within two years of a suicide in the workplace. This information is not documented once again because no one has any interest in it being publicly documented. In all my research, I am always asked not to name the organizations, only the industry in which the companies operate.

This contagion phenomenon, which really exists and is documented, is first attributed to the possible types of reactions. Obviously, not everyone reacts in the same way when a suicide occurs in the workplace. First, people may experience stress, which is a normal reaction, but that state can degenerate into acute stress or into post-traumatic stress disorders. We have been able to monitor people's progress. A per centage of people will experience stress, while another per centage will experience a standard situation of grief, because the person who died was a close friend. Another per centage will experience crises often related to personal weakness or the mirror effect. These people may feel they have been suffering from depression or a similar problem for a long time, but that they can pull through. Suddenly, they see that the other person appears to have committed suicide. How will they be able to keep trying to pull through?

So there are a number of elements. In a study we conducted in a workplace where there had been five suicides in two years — the studies began a year after the last suicide — 36 per cent of all the workers were still very much shaken, and 60 per cent of those were experiencing a high level of psychological distress. Of the latter group, half had been experiencing symptoms of these distress levels for more than six months, and the other half for more than a year. The impact was characterized as notable, first on their family and social lives, then on their ability to work. As regards absenteeism, the number of sick days had tripled in the previous year. As regards suicidal ideation, 27 per cent of workers had seriously considered suicide during the year. Of that number, three per cent had attempted suicide. These rates are two to three times higher than those in the general population.

culpabilité, surtout de la part des directeurs dans les cas de fermeture d'usines. J'ai vu des présidents, des directeurs se poser la question et se sentir responsables. Ils sont souvent pris entre l'arbre et l'écorce lorsqu'ils reçoivent des directives de fermeture et qu'ils doivent faire face aux employés. On ressent donc beaucoup de culpabilité quand le suicide survient.

C'est la même chose de la part des employés. Ils se sentent coupables de n'avoir rien vu venir ou encore d'avoir vu mais de n'avoir rien fait. Surtout lorsqu'il s'agit de personnes avec lesquelles on travaille depuis 10 ou 20 ans. En plus d'être des collègues, ce sont souvent des amis. La relation sociale est très importante en milieu de travail. On ressent donc de la tristesse et le besoin de protéger les autres.

Un des impacts les plus importants d'un suicide en milieu de travail, outre les nombreux autres qu'on pourrait documenter, est le risque manifeste et documenté de contagion. Il n'est pas rare que dans les deux années qui suivent un suicide en milieu de travail, on retrouve un, deux, trois ou quatre autres suicides. Ces informations ne sont pas documentées encore une fois, parce que personne n'a intérêt à ce que ce soit documenté publiquement. Dans toutes mes recherches, on me demande toujours de ne pas nommer les organisations, uniquement le secteur des compagnies.

Ce phénomène de contagion, qui existe réellement et qui est documenté, est attribué d'abord au type de réactions possibles. Il est bien entendu que tout le monde ne réagit de la même façon lorsqu'il se produit un suicide en milieu de travail. On peut d'abord vivre un état de stress, ce qui est une réaction normale, mais cet état peut dégénérer en stress aigu ou encore en troubles de stress post-traumatique. On a pu suivre des cheminements. Un pourcentage vivra une situation de stress alors que pour un autre, ce sera une situation classique de deuil, car la personne décédée était un intime. Un autre pourcentage vivra des situations de crise souvent reliées à leur fragilité personnelle ou à l'effet miroir. Ces personnes pourront se dire qu'elles souffrent de dépression ou de tel problème depuis longtemps et qu'elles arrivent pourtant à s'en sortir. Tout à coup, elles voient l'autre qui semblait avoir tout se suicider. Comment feront-elles pour continuer à s'en sortir?

Il y a donc plusieurs éléments. Dans une étude que nous avons menée dans un milieu où il y a eu cinq suicides en deux ans — les études ayant commencé un an après le dernier suicide — encore 36 p. 100 de tous les travailleurs étaient fortement ébranlés et 60 p. 100 d'entre eux avaient un niveau de détresse psychologique élevée. De ce dernier pourcentage, les manifestations de ces niveaux de détresse duraient depuis plus de six mois pour la moitié et depuis plus d'un an pour l'autre moitié d'entre eux. Les conséquences étaient qualifiées de notables, d'abord sur leur vie familiale et sociale, ensuite sur leur capacité à travailler. Pour ce qui est de l'absentéisme au travail, le nombre des journées de maladie avait triplé lors de la dernière année. Au plan des idéations suicidaires, 27 p. 100 des travailleurs avaient sérieusement songé à se suicider dans l'année. De ce pourcentage, trois p. 100 avait fait une tentative de suicide. Ce sont des taux de deux à trois fois plus élevés que l'ensemble de la population.

In all the workplaces studied, we observed that men in distress were very reluctant to seek assistance or to talk about their problem. In both workplaces, that reluctance was warranted, because, when an employee requested assistance from the EAP, among other things, a note went to his file and there was a negative consequence. People even feared for their jobs if they dared say they were in distress.

Based on all this data, we made a range of recommendations. Naturally, you have already heard a number of them. First, improve conditions of employment and the climate in the workplace. Clearly, suicide is not necessarily related to the workplace, but working conditions can exasperate and make people even more fragile. The universal standard should be to suppress the negative implications in the workplace of requests for assistance. One of the ways we found to modify these negative implications is for management first to take a clear position on the matter. Managers should emphasize that it is important for workers to seek assistance and tell them that taking care of their mental health is a plus and that there should even be an excellent note in their file as well as a statement by them to the effect that they are also consulting in order to obtain assistance. That would result in a complete change in the phenomenon, particularly for men.

An effort should be made to avoid putting negative notes on file and to release employees for a period of time, with pay, for individual consultations with the EAP or other programs.

In three of the businesses where we went, the EAP was extensively used for family and financial problems, but not for distress problems. There was a marked reluctance to use this service. People felt that three or four meetings with the EAP were not going to help them.

Someone spoke earlier about the importance of care involving treatments that have proven to be effective. In our program and in our recommendations, we contend that it is important to develop real care that is longer than three meetings for employees who have mental health problems.

We also recommend mechanisms for joint action with resources. People tell us they are often stuck between a rock and a hard place; they go to the EAP and are told they have a serious problem, that they will be referred for psychiatric or other treatment, then begin long waiting periods.

Time must be allocated within organizations for the purpose of talking about problems and promoting sharing, whether as a result of difficult incidents such as suicide or as a result of other incidents. Team leaders must be supported and trained so that they can, if not facilitate, at least support the employees.

Then comes the whole range of training, awareness and education. Supervisors, team leaders, union representatives and employees should be trained in stress management, the importance of psychological health in the workplace and suicide awareness and prevention.

Nous avons remarqué, dans tous les milieux étudiés, une forte réticence de la part des hommes en détresse à demander de l'aide et parler de leur problème. Pour deux milieux, la réticence était justifiée, parce que lorsqu'un employé demandait de l'aide, au PAE, entre autres, s'ensuivait une note à son dossier et une conséquence négative. Les gens avaient même peur de perdre leur emploi s'ils osaient dire qu'ils étaient en détresse.

L'ensemble de ces données nous a menés à proposer une gamme de recommandations. Naturellement, vous en avez déjà entendu plusieurs. D'abord améliorer les conditions de travail et le climat au travail. Il est clair que le suicide n'est pas nécessairement lié au milieu de travail, mais que les conditions de travail viennent exaspérer, fragiliser encore plus les personnes. Il faut supprimer, cela devrait être la norme partout, les implications négatives qui peuvent exister dans le milieu de travail concernant la demande d'aide. Une des façons que nous avons trouvées de modifier ces implications négatives est d'abord une prise de position claire de la part de la direction. Que les dirigeants soulignent l'importance pour les travailleurs de demander de l'aide, de leur dire que de prendre soin de sa santé mentale est un plus et que c'est même une excellente note à leur dossier, de même qu'un témoignage de leur part quant au fait qu'ils consultent également afin d'obtenir de l'aide. Cela entraînerait une modification complète du phénomène, surtout pour les hommes.

Il faut éviter toute annotation négative au dossier et dégager les employés, sur une période de temps payé, pour des consultations individuelles auprès de PAE ou autres.

Dans trois des entreprises où nous sommes allés, le PAE était beaucoup utilisé pour les problèmes familiaux et financiers, mais n'était pas utilisé pour les problèmes de détresse. Il y avait une réticence marquée à utiliser ce service. Les gens se disaient que trois ou quatre rencontres au PAE n'allaient pas les aider.

Quelqu'un a parlé plus tôt de l'importance d'une prise en charge avec des thérapies qui ont démontré leur efficacité. Dans notre programme et dans nos recommandations, nous soutenons l'importance de développer une prise en charge réelle et plus longue que trois rencontres pour les employés qui ont un problème de santé mentale.

Nous recommandons également des mécanismes de concertation avec des ressources. Les gens nous disent qu'ils sont trop souvent assis entre deux chaises; ils vont au PAE et se font dire qu'ils ont un problème sérieux, qu'ils seront référés en psychiatrie ou ailleurs et débutent de longues périodes d'attente.

Il faut allouer au sein des organisations du temps pour parler des problèmes et favoriser le partage, que ce soit suite à des événements difficiles comme un suicide ou encore à la suite d'autres événements. Il faut soutenir les chefs d'équipe et les former pour qu'ils puissent, si ce n'est animer, à tout le moins soutenir les employés.

Vient ensuite toute la gamme de formation, sensibilisation et éducation. On doit former les superviseurs, les chefs d'équipe, les représentants syndicaux, et les employés sur la gestion du stress, sur l'importance de la santé psychologique au travail et sur la sensibilisation au suicide et à sa prévention.

Every person in a business should be able to recognize a person who is suicidal and direct that person toward a resource without intervening in the case. Following a suicide or traumatic incident, intervention protocols should be established that are appropriate to the situation. Currently, they are absolutely not appropriate.

I would like to give you an example. The U.S. Armed Forces achieved a real feat in countering the fear of assistance through senior officers who said it was important to consult. This experiment was validated and has produced some convincing data.

In conclusion, I think it is important that the Government of Canada recognize the extent of suicide and the mental health problems associated with it and finally develop a Canadian suicide prevention strategy. We are one of the few countries that has no strategy.

It must be recognized that suicide in the workplace is a traumatic occurrence that has significant risk factors for contagion and the development of other subsequent mental health problems among employees.

A specific analysis must always be conducted of work situations, the workplace and its culture. The time has come to adopt effective guidelines and to adapt them or propose them to the workplace, while respecting the workplace, its culture and its organization, as well as the partners who are in it.

I would say there is an urgent need for more empirical research on the nature of the impact of suicide and on potential intervention necessary and interventions differentiated on the basis of the problems and the effectiveness of that intervention.

Mr. Dos Santos Soares: First of all, I would like to thank you for this opportunity to present our comments on this issue, which we consider very important and to which we devote all our research and teaching efforts.

I distributed the report I have written, but there are others that I could send you, including one on bullying. This is the first study that was done with teachers and health sector workers in Quebec and with the members of the Centrale syndicale du Québec. There is also another report on Hydro-Quebec engineers. These reports are public, and that is why I cite them. Other reports are not public because people are very reluctant to speak out.

I prepared a brief in which I have set out what I want to tell you in a little more detail, along with recommendations and ideas that I have for helping people.

One day, at one of his talks, someone in the audience asked Freud: What is a healthy life? The audience expected a long digression by the father of psychoanalysis in an effort to explain this central concern in our lives. His answer was brief: loving and working. That was his prescription for a healthy life and thus for

Tous dans une entreprise devraient être capables de reconnaître une personne suicidaire et de l'amener vers une ressource sans faire les interventions elle-même. Il faut établir des protocoles d'intervention après un suicide ou un événement traumatique adaptés aux situations. En ce moment, ils ne sont absolument pas adaptés.

J'aimerais vous donner un exemple. Les forces armées américaines ont réussi un tour de force en contrant la crainte de demander de l'aide par des hauts gradés qui ont témoigné de l'importance de la consultation. Cette expérience a été validée et démontre des données probantes intéressantes.

En conclusion, je pense qu'il est important que le gouvernement du Canada reconnaisse l'importance du suicide, des problèmes de santé mentale qui y sont associés et développe enfin une stratégie canadienne pour prévenir le suicide. Nous sommes l'un des rares pays n'ayant pas de stratégie.

Il faut reconnaître que le suicide en milieu de travail est un événement traumatique qui comporte des facteurs de risque importants dans la contagion ou le développement d'autres problèmes de santé mentale subséquents auprès des employés.

Il faut toujours procéder à une analyse particulière des situations de travail, du milieu de travail et de sa culture. L'heure est venue d'adopter les grandes lignes de ce que l'on sait efficace et de les adapter ou encore de les proposer à un milieu, tout en respectant ce milieu, sa culture et son organisation, ainsi que les partenaires qui y sont déjà.

Je dirais qu'on a un besoin urgent de recherches empiriques plus nombreuses, tant sur la nature des impacts que sur les possibilités d'interventions nécessaires et des interventions différenciées en fonction des problèmes et de leur efficacité.

M. Dos Santos Soares : Tout d'abord, je voudrais vous remercier pour cette occasion qui m'est offerte de vous présenter nos commentaires sur cette question que nous jugeons très importante et à laquelle nous consacrons nos efforts en terme de recherches et d'enseignement.

Je vous ai distribué le rapport que j'ai écrit, mais il y en a d'autres que je pourrais vous faire parvenir, dont un sur le harcèlement psychologique. C'est le premier rapport qui a été fait auprès des enseignants et des travailleurs dans le secteur de la santé au Québec et auprès des membres de la Centrale syndicale du Québec. Il y a également un autre rapport portant sur les ingénieurs d'Hydro-Québec. Ces rapports sont publics et c'est pourquoi je les nomme. D'autres rapports ne sont pas publics parce que les gens sont très réticents.

J'ai préparé un petit mémoire où j'ai étalé un peu plus en détail ce que je veux vous dire, ainsi que des recommandations et des idées que j'ai pour aider les gens.

Un jour, dans une de ses conférences, quelqu'un de l'assistance a demandé à Freud : Qu'est-ce qu'une vie saine? Le public s'attendait à une longue digression de la part du père de la psychanalyse pour expliquer cette question si centrale dans nos vies. Sa réponse fut brève : aimer et travailler. Telle était sa

developing behaviour that ensures human dignity, democratic ways of living and giving meaning to one's life.

Work has a twofold impact on mental health. While it can be structured, a source of pleasure and psychological well-being, it can also cause suffering and destructure people's psychological lives. Of course, work plays an important role in promoting mental health because it structures and organizes an individual's life at various levels.

In the interim reports of this Senate committee, the emphasis is on the structuring aspect of work, particularly for people suffering from mental health problems. This is a fundamental question; there is no greater truth than the fact that putting people who suffer from mental health problems into a workplace can appreciably improve their quality of life. I know of people with Downs syndrome who work and who have a quality of life and whose personal development has increased as a result of working.

However, the destructuring effects of work on mental health should not be underestimated. Unfortunately, work organization, management and conditions of employment can render inoperative these important structuring and mental health promotion roles played by work.

Of course, work is not the only cause of mental health problems, but, as a result of its privileged position in our lives, it becomes a major cause. Most of the studies and my research agree on a set of aspects associated with mental health problems, including work overload.

In the past 15 years, we have been doing more with less. This is not a valid strategy for individuals. Factors such as organizational unfairness, lack of independence and unreasonable control of work come into play. In many cases, we realize that people's washroom breaks are even timed; in one case, a toilet was even assigned to a person. That person could not go to just any toilet; he had to go to that one. I believe this kind of control is beyond understanding.

There are other aspects such as lack of recognition, unhealthy working conditions, declining cooperation in the workplace and violence on the job. There are various forms of violence, violence by members of the public, who throw products in the face of supermarket cashiers, who strike them and who verbally abuse workers; violence towards a physician who is stabbed in his office; violence toward teachers who are verbally abused by parents.

You must understand that it is impossible here to address all the aspects of work that have a negative impact on the mental health of workers, particularly since all these factors can have synergistic effects that will have an impact on people's mental health.

prescription pour avoir une vie saine et ainsi développer des comportements permettant d'assurer la dignité humaine, les modes de vie démocratiques et donner un sens à sa vie.

En effet, le travail possède un caractère dual en ce qui concerne ses rapports avec la santé mentale. En même temps qu'il peut être structuré, source de plaisir et de bien-être psychologique, il peut aussi causer des souffrances et déstructurer la vie psychique des personnes. Bien sûr, le travail joue un rôle important dans la promotion de la santé mentale car il structure et organise la vie de l'individu à différents niveaux.

Dans les rapports provisoires de ce comité sénatorial, l'accent est mis sur la dimension structurante du travail, en particulier pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. C'est une question fondamentale; rien n'est plus vrai que de dire que l'insertion des personnes souffrant d'un problème de santé mentale dans un milieu de travail peut améliorer sensiblement leur qualité de vie. Je connais des exemples de gens trisomiques qui travaillent et qui ont une qualité de vie, et même le développement de la personne a augmenté suite à leur insertion au travail.

Il ne faut toutefois pas sous-estimer les rôles destructurants du travail pour la santé mentale des individus. Malheureusement, l'organisation du travail, la gestion et les conditions de travail peuvent rendre inopérants ces rôles importants de structuration et de promotion de la santé mentale joués par le travail.

Certes, le travail n'est pas la seule cause des problèmes de santé mentale, mais en raison de sa place privilégiée dans nos vies, il en devient une source importante. La plupart des études et mes recherches concordent sur un ensemble de dimensions associées aux problèmes de santé mentale, dont la surcharge de travail.

Depuis les 15 dernières années, on fait plus avec moins. Ce n'est pas une stratégie valable pour les individus. Entrent en jeu l'injustice organisationnelle, le manque d'autonomie et un contrôle déraisonnable du travail. Dans nombre de cas, on se rend compte que la personne a même son temps de toilette minuté; et dans un cas particulier, il y avait même une toilette attitrée à la personne. Elle ne pouvait pas aller à n'importe quelle toilette, il fallait aller dans celle-là. Je pense que c'est un contrôle qui dépasse tout entendement.

Il y a d'autres dimensions comme le manque de reconnaissance, les conditions de travail malsaines, l'effritement de la coopération au travail et les violences au travail. Il y a différentes formes de violence; violence auprès du public qui vont jeter des produits en pleine figure d'une caissière du supermarché, qui vont la gifler et qui vont abuser verbalement des travailleurs et des travailleuses; violence envers un médecin qui se fait poignarder dans son bureau; violence auprès des enseignants abusés verbalement par les parents des enfants.

Il faut comprendre qu'il est impossible de traiter ici de tous les aspects du travail qui ont un effet négatif sur la santé mentale des travailleuses et des travailleurs. D'autant plus que tous ces facteurs peuvent avoir des effets synergiques qui auront un impact sur la santé mentale des personnes.

Since June 1, 2004, Quebec has had legislation guaranteeing all workers rights respecting psychological harassment in the workplace. It has been a year now. During that year, 2,500 complaints have been filed with the Commission des normes du travail, for non-unionized workers alone.

For unionized workers, there is a grievance mechanism. We don't yet have the statistics on all the grievances that were filed last year concerning psychological harassment in the workplace.

This is an insidious form of violence that undermines working conditions, mental health and individuals and poisons social relations on the job. It is a destructive and hostile process that may seem harmless, but the repeated nature of which ultimately breaks a person psychologically.

From the individual's standpoint, psychological harassment does serious damage. Career opportunities are broken, and mental health is seriously undermined. Then there is psychological stress, depression and post-traumatic stress, which, in some cases, can go as far as suicide.

My data show a correlation between psychological harassment and suicidal ideation. People think much more about suicide when they experience psychological harassment. Boys are much tougher and do not file complaints. They are less inclined than women to seek assistance. This form of violence affects the individual and the individual's family. Socially, it is a disaster.

However, it is important to understand that mental health problems in the workplace are not inevitable. In our view, problems arise when organizations try to deny the problem's existence and to use individual differences between people, such as sex, age, personality and ethnic background, as a scapegoat. Beyond a doubt, there are organizations that address these problems. It must also be understood that others, even today, still adopt what I call the Kleenex worker ideology: use it, throw it away, take a new one from the box and do the same thing that made the last person crack.

The problem also lies in the use of "Tylenol"-type approaches, which temporarily relieve the symptoms of the problem, though without eliminating the infection that caused the symptom. The result achieved is obviously temporary and becomes an aggravating factor.

The other danger is in believing that employee assistance programs can solve the problems. Employee assistance programs are important resources, but they have their limits. The scientific standards for psychological assistance are an example of this.

It must also be understood that, when a person needs an employee assistance program, the damage has already been done. The person and the organization have already felt the consequences because employee assistance programs are a source of tertiary prevention.

Depuis le 1^{er} juin 2004, nous avons au Québec une loi assurant à tous les salariés des droits en milieu de travail concernant le harcèlement psychologique. Cela fait maintenant un an. Au cours de cette année, 2500 plaintes ont été déposées à la Commission des normes du travail, et ce, seulement pour les travailleurs et les travailleuses non syndiqués.

Pour les travailleurs et les travailleuses syndiqués, il y a un mécanisme de griefs. On n'a pas encore les statistiques pour tous les griefs qui ont été déposés dans la dernière année touchant le harcèlement psychologique au travail.

C'est une forme sournoise de violence qui dégrade les conditions de travail, la santé mentale, les individus et cela envenime les rapports sociaux au travail. C'est un processus destructif et hostile qui peut sembler anodin, mais dont le caractère répétitif finit par casser psychologiquement la personne.

Du point de vue de l'individu, le harcèlement psychologique fait des ravages. Les possibilités de carrière sont brisées et la santé mentale est fortement atteinte. S'ensuit le stress psychologique, la dépression et le stress post-traumatique, pouvant même aller dans certains cas jusqu'au suicide.

Mes données montrent qu'il y a une corrélation entre le harcèlement psychologique et l'idéation suicidaire. Les gens pensent beaucoup plus au suicide lorsqu'ils vivent du harcèlement psychologique. Les garçons sont beaucoup plus résistants et ne portent pas plainte. Ils ne demandent pas de l'aide comparativement aux femmes. Cette forme de violence affecte l'individu et sa famille. Socialement, c'est une catastrophe.

Toutefois, il est important de comprendre que les problèmes de santé mentale au travail ne sont pas une fatalité. À notre avis, les problèmes apparaissent lorsque les organisations essaient de nier l'existence du problème et d'utiliser comme bouc émissaire les différences individuelles entre les personnes, telles que le sexe, l'âge, la personnalité et l'ethnie. Sans aucun doute, il existe des organisations qui prennent en main ces problèmes. Il faut aussi se rendre à l'évidence que d'autres adoptent encore aujourd'hui ce que j'appelle l'idéologie du travailleur Kleenex. On l'utilise jusqu'au bout avant de le jeter et d'en prendre un nouveau dans la boîte et de le mettre dans la même condition qui a fait craquer l'autre personne.

Le problème réside aussi dans l'utilisation des approches du type « Tylenol » soulageant temporairement le symptôme du problème, sans toutefois éliminer l'infection qui provoque ce symptôme. Il est évident que le résultat obtenu est éphémère et devient un facteur aggravant.

L'autre danger est celui de croire que les programmes d'aide aux employés seraient capables de résoudre les problèmes. Les programmes d'aide aux employés sont des ressources importantes, mais ils ont leurs limites. Les normes des sciences pour l'aide psychologique en est un exemple.

Il faut aussi comprendre que lorsque la personne a besoin d'un programme d'aide aux employés, c'est que le mal est déjà fait. La personne et l'organisation en ont déjà subi les conséquences parce que les programmes d'aide aux employés sont une source de prévention tertiaire.

We think it important to reflect on the way in which management can promote mental health in the workplace. I do not think there's any miracle cure. You have to attack the source of the problem and use primary prevention strategies that will change work organization, organizational culture and employment conditions at the source, based on solid values: respect, trust, justice, fairness, participation, prevention and, especially, democracy in the workplace.

I have thought of a few ideas to help you improve mental health in the workplace. I think a federal statute on psychological harassment is necessary. It is really sad to see these days that we cannot help certain people because they are not covered by Quebec's labour standards act. A number of people from Ontario come and see me to get help, and I cannot do anything for them.

There must be an extensive national information campaign on mental health in the workplace issues concerning the general public, in particular for the prevention of violence on the job. This leads me to the matter of courtesy. We have to say "hello" and "thank you" in recognition of people's work and adopt rules of courtesy. People cannot be treated as though they were invisible.

We must break down the prejudices about mental health so that people can seek assistance without shame. Freud compared individuals to crystal glasses. We are all the same, but if you look very closely, there are some differences. If you drop glasses, they will not all break in the same place.

Like the Conseil de statut de la femme in Quebec, an "Isofamily" award has been introduced for businesses with good work-life balance practices. This is very good because they are telling businesses that it would be positive for them to have these kinds of practices. This competition is organized by the union, management and government to underscore good practices associated with mental health in the workplace.

Employers, managers, unions and workers must be informed of causes, issues and signs of deterioration of mental health. There is information on the various forms of primary prevention, that is before problems occur, forms of secondary prevention, during problems or during intervention, and forms of tertiary prevention, that is to say what is done after problems have occurred.

A greater effort has to be put into drafting legislation on primary prevention measures, that is to say to eliminate mental health risk factors at the source. This means promoting measures designed to take action before the problem arises and to put a monitoring system in place to detect mental health problems longitudinally.

The workplace must not be forgotten. Sometimes there are statistics, but you do not know where people work. There must also be investment in research. Investments are being made, but in

Nous jugeons important de réfléchir sur la façon dont la gestion peut promouvoir la santé mentale au travail. Je pense qu'il n'y a pas de recette miracle. Il faut s'attaquer à la source du problème et utiliser des stratégies de préventions primaires qui vont changer à la source l'organisation du travail, la culture organisationnelle, les conditions de travail en misant sur des valeurs sûres, soit le respect, la confiance, la justice, l'équité, la participation, la prévention et surtout la démocratie au travail.

J'ai pensé à quelques idées pour nous aider à améliorer la santé mentale au travail. Je pense qu'il faut une loi fédérale contre le harcèlement psychologique. C'est vraiment désolant de voir aujourd'hui qu'on ne peut pas aider certaines personnes parce qu'elles ne sont pas couvertes par la Loi des normes du travail du Québec. Plusieurs personnes de l'Ontario viennent me voir pour obtenir de l'aide et je ne peux rien faire.

Il faut entreprendre une vaste campagne nationale d'informations sur les enjeux de santé mentale au travail visant le grand public, en particulier, pour la prévention de la violence au travail. Cela m'amène à parler de civilité. On doit dire « bonjour » et « merci » en reconnaissance du travail des gens et en adoptant les règles de civilité. Les gens ne peuvent pas être traités comme étant invisibles.

Il faut briser les préjugés qui existent sur la santé mentale pour que les gens puissent demander de l'aide sans avoir honte. Freud comparait les individus à des verres de cristal. On est tous pareils, mais si on regarde de très proche, il y a certaines différences. Si on laisse les verres tomber, ils ne sont briseront pas tous à la même place.

À l'exemple du Conseil de statut de la femme au Québec, on a créé un prix « isofamille » pour les entreprises qui ont de bonnes pratiques de conciliation travail-famille. Cela est très intéressant parce que on est en train de dire aux entreprises que cela serait positif pour elles d'exercer ce genre de pratique. Ce concours est fait d'une manière tripartite, soit par le syndicat, le patronat et le gouvernement pour mettre en évidence les bonnes pratiques associées à la santé mentale au travail.

Il faut informer les employeurs, les gestionnaires, le syndicat et les travailleurs des causes, des enjeux et des signes de détérioration de la santé mentale. Il y a de l'information sur les différentes formes de prévention primaires, soit avant que les problèmes arrivent, les formes de prévention secondaires, donc pendant les problèmes ou pendant l'intervention et les formes de prévention tertiaires, c'est-à-dire ce que l'on fait après que les problèmes sont survenus.

Il faut investir davantage dans la formulation des lois associées aux mesures de prévention primaires, c'est-à-dire éliminer à la source les facteurs de risques pour la santé mentale. Privilégier donc les mesures visant à agir avant l'apparition du problème et mettre en place un système de surveillance pour détecter les problèmes de santé mentale d'une manière longitudinale.

Il ne faut pas oublier le lieu de travail. Parfois, il y a des statistiques, mais on ne sait pas où les gens travaillent. Il faut aussi investir dans la recherche. Il y a des investissements qui se font,

major projects. We need funds for small projects that serve the community. The results of those small projects are more conclusive than those of large projects that are hard to manage.

[English]

Mr. Gilbert: Honourable senators, I have distributed my report. Many of my recommendations echo comments that have been put forth in the room thus far. I wish to speak briefly to that document, because it reflects in some ways Mr. Dos Santos Soares' points.

This report was put together through a collaboration of private sector insurance company, public sector employer in the university and so on. We put together a select group and did this off the side of the table, as it were, with very limited funding. We pulled in private sector and public sector folks to form a depression-in-the-workplace collaborative. We looked at the existing scientific literature, such as it was.

We looked at what was referred to as the fugitive literature, which is the literature that exists outside the traditional materials published in the popular press and in trade journals. I pulled that together to get some sense of what was being said about depression and work.

We then formed a series of focus groups of employers, employees, human resources personnel, occupational health professional providers and, I am pleased to say, some individuals experiencing depression, and tried to pull in their experiences. I am pleased with the work we came up with and would like to see it translated into French and disseminated more broadly.

Many recommendations stand alone. There is one aspect of the report that I believe would be worthwhile to continue. We had in here a hard copy, annotated list of resources for those who are interested in the topic. By the way, Mental Health Works is cited, as are several other programs. By definition, this is already dated. It has to be; it is hard copy. It is 2004, already some of the links are stale and there has been new information.

What has been suggested here in terms of the Canada Health Network I believe would be of considerable value, and again echoing Professor Dos Santos Soares' comments about a clearing house, perhaps an electronically based clearing house of best practices, empirically based practices, for companies and practitioners in addressing mental health in the workplace.

I have one last comment on the picture on the report, which is of the Port Mann Bridge in British Columbia. The metaphor of the bridge really did reflect our findings. There is an enormous gap between the mental health care system and the workplace. If there is to be any progress we need to bridge that gap.

mais pour de gros projets. On a besoin de fonds pour les petits projets servant à la communauté. Les résultats de ces petits projets sont plus probants que ceux des gros projets qui sont difficiles à gérer.

[Traduction]

M. Gilbert : Honorables sénateurs, je vous ai distribué mon rapport. Nombre de mes recommandations se font l'écho de commentaires déjà émis aujourd'hui. J'aimerais parler brièvement de ce document, car il reflète, d'une certaine façon, le propos de M. Dos Santos Soares.

Ce rapport a été assemblé grâce à la collaboration d'une compagnie d'assurance du secteur privé, d'un employeur du secteur public dans le milieu universitaire, et ainsi de suite. Nous avons constitué un groupe d'intervenants et fait cela sur le coin de la table — comme on dit — avec très peu de financement. Nous avons mobilisé des gens du secteur privé et du secteur public en vue de créer un comité sur la dépression en milieu de travail. Nous avons examiné la documentation scientifique existante.

Nous nous sommes penchés sur la documentation parallèle, c'est-à-dire celle qui existe en marge des publications de la presse populaire et des revues professionnelles. J'ai rassemblé tout cela pour faire le point sur ce qui a été dit au sujet de la dépression et du travail.

Nous avons ensuite créé une série de groupes de discussion constitués d'employeurs, d'employés, de travailleurs en ressources humaines, de professionnels de la santé au travail et — je suis fier de vous dire cela — de quelques personnes souffrant de dépression, et nous avons tenté de mettre en commun leurs expériences. Je suis heureux des résultats que nous avons obtenus, et j'aimerais bien voir ce document traduit en français et diffusé à plus grande échelle.

De nombreuses recommandations sont autonomes. Il y a un aspect du rapport qui, selon moi, mérite d'être maintenu. Nous avons là-dedans une version papier, une liste annotée de ressources pour les personnes qui s'intéressent au sujet. En passant, Mental Health Works est mentionné, tout comme plusieurs autres programmes. Évidemment, il va de soi que cette liste est déjà désuète. C'est inévitable, c'est une version papier. Elle a été dressée en 2004, certains liens sont déjà périmés, et de nouveaux renseignements ont fait leur apparition depuis.

Ce qui a été suggéré ici à l'égard du Réseau canadien de la santé serait, je crois, d'une valeur considérable, et, encore une fois, je reviens sur les paroles de M. Dos Santos Soares concernant la création d'un centre de documentation, peut-être un centre de documentation électronique des pratiques exemplaires, des pratiques éprouvées empiriquement, pour les entreprises et les praticiens qui s'intéressent à la santé mentale en milieu de travail.

J'ai un dernier commentaire à formuler concernant la photo qui figure sur le rapport, c'est-à-dire la photo du pont Port Mann, en Colombie-Britannique. C'est une image qui reflète vraiment bien nos conclusions. Il y a un écart énorme entre le système de soins de santé mentale et le milieu de travail. Pour réaliser des progrès à cet égard, nous devons faire un pont afin de combler cet écart.

I would like to turn now to some observations and then perhaps more of a wish than a specific recommendation. I would like to remind everyone of the observations of Marie Jahoda, a prominent European sociologist, who commented that work is actually good for your mental health. Work provides a sense of structure, social meaning, social supports, a place to go outside the home — but she did not mention this — and it also provides an income, which we do know is good for your mental health. Therein we have one of the fundamental paradoxes we face today: Work is good for your mental health and work can make you crazy. Those are the kinds of things we need to grapple with in this area.

The second observation is I fully appreciate that a disability for mental health reasons is a huge issue across the board, but in our findings and the epidemiological data we can pull out — we do not have great data — the majority of adults with diagnosable mental health disorders are at work, not on disability. There is this tip-of-the-iceberg phenomenon; the majority are at work, so we need to pay attention to those folks.

We may well be grappling with issues such as absenteeism, presentism, non-optimal functioning and the implications of that, but we need to pay attention to that segment. We need to do both. The best form of disability management must be prevention.

A third observation is that Canadians want to debate public versus private health care. To make a side comment here in regard to the public health care system, or certainly the public mental health care system, just as employers are poorly informed about mental health issues, the mental health providers are poorly informed about the workplace. Most mental health providers do not have a clue — I say respectfully — about what goes on in the workplace. Typical GPs faced with a patient coming in tears with a diagnosable disorder and being asked to make decisions about whether or not to stay at work, to return to work, how to deal with workplace issues, often are poorly informed. They may have a poorly written job description in front of them, if they are lucky, on which to make a determination as to whether that person should be at work, how the individual should be accommodated and what kinds of issues should be addressed. Therefore, I strongly suggest we need to educate the health care system as well.

That said, I will argue that the majority of services for a number of folks in the private sector happen in the workplace. They happen in the form of occupational health and safety programs, wellness programs, employee and family assistance programs, the provision of disability benefits, disability management, benefits to cover drug costs, and, rarely — I would agree with Ms. Smailes — the services of psychologists or social workers.

J'aimerais maintenant vous faire part de certains commentaires, et ensuite, formuler ce que je qualifierais peut-être davantage de souhait que de recommandation. J'aimerais rappeler à tout le monde les paroles de Marie Jahoda, grande sociologue européenne, selon laquelle le travail est bon pour la santé mentale. Le travail procure un sentiment de structure, une valeur sociale, des soutiens sociaux, un endroit où aller à l'extérieur de la maison — mais elle n'a pas mentionné cela —, et il procure également un revenu, et nous savons que cela favorise la santé mentale. Nous nous retrouvons donc devant l'un des paradoxes fondamentaux : le travail est bon pour la santé mentale, et le travail peut vous rendre fou. C'est le genre de chose que nous devons examiner dans ce domaine.

Ensuite, je comprends pleinement le fait qu'une invalidité découlant de problèmes de santé mentaux constitue un problème énorme pour tout le monde, mais, dans nos conclusions et dans les données épidémiologiques que nous pouvons extraire — nous n'avons pas énormément de données — la majorité des adultes pouvant faire l'objet d'un diagnostic de santé mentale sont non pas en congé d'invalidité, mais bien au travail. On se retrouve devant une manifestation du phénomène de la pointe de l'iceberg : la majorité est au travail, alors nous devons prêter attention à ces gens.

Nous tentons, tant bien que mal, de composer avec des enjeux comme l'absence, les présences, le fonctionnement insuffisant et les incidences de ces facteurs, mais nous devons prêter attention à ce groupe. Nous devons faire les deux. La meilleure forme de gestion de l'invalidité doit être la prévention.

Troisièmement, les Canadiens veulent qu'on tienne un débat sur les soins de santé publics et privés. Entre parenthèses, concernant le système de soins de santé publics, ou, certes, le système public de soins de santé mentale, j'aimerais signaler que, si les employeurs sont mal informés des enjeux en matière de santé mentale, les fournisseurs de soins en santé mentale sont mal informés des enjeux en milieu de travail. Avec tout le respect que je leur dois, la plupart des fournisseurs de soins en santé mentale n'ont aucune idée de ce qui se passe en milieu de travail. En général, les médecins qui ont devant eux un patient en pleurs, atteint d'un trouble connu, qui demande s'il doit rester au travail, retourner au travail, qui veut savoir comment composer avec ses problèmes en milieu de travail, sont bien souvent mal informés. Ils ont peut-être devant eux une description de poste mal rédigée, s'ils sont chanceux, pour déterminer si une personne devrait travailler, quelles mesures d'adaptation devraient être prises, et quels enjeux devraient être abordés. Par conséquent, j'insiste sur le fait que nous devons également instruire les intervenants du système de soins de santé.

Cela dit, j'avancerais que la majorité des services offerts à un certain nombre de personnes dans le secteur privé sont liées au milieu de travail. Ils prennent la forme de programmes de santé et sécurité au travail, de programmes de mieux-être, de programmes d'aide aux employés et à leur famille, de prestations d'invalidité, de gestion de l'invalidité, de prestations pour couvrir le coût de médicaments, et, rarement — je suis d'accord avec Mme Smailes — de services de psychologues ou de travailleurs sociaux.

Much of that is happening in the workplace. The problem is that these programs are generally uncoordinated, often inadequate and rarely based on good evidence and evaluation.

My closing comment is a wish. Given these observations, my hope is that the results of these proceedings will help Canadian organizations large and small. We need to come up with solutions. They are as applicable to the small company, the two- or three-person organization operating in the small community, as they are to the large organizations in a large city. We need to help those organizations develop psychologically healthy workplaces where all individuals can accomplish meaningful and productive work; and when services or programs are needed for people who are experiencing mental health difficulties or addictions, they should be provided by both private and public health sectors as appropriate in a manner that mitigates disability and maintains or improves functioning, addresses the symptoms and be based on good science.

Mr. Wang: I am a researcher, so my recommendations and comments are mainly related from a research perspective. Prior to the meeting, I distributed two pages of results based on the data from our first national mental health survey, also called a CCHS 1.2. The first table is on the annual prevalence of mental disorder in the Canadian working population. I believe this is the first time we have had national data on that.

I will not go through all the numbers, but you can see from the table here the prevalence of mental disorder in the working population appears to be higher than the national figure. As reflected in table 2 and table 3, there are clear differences in the prevalence of mental disorder by occupational categories, and part-time workers are more likely to have had mental disorders than full-time workers. The workers at the lower occupational status are more likely to have had mental disorders than professionals and managers.

These numbers give us some understanding of the scope of the problem at the national level. However, we have limited knowledge of the determinants of workplace mental health problems and how the psychosocial determinants inside and outside a workplace interact with each other. Also, the lack of relevant knowledge makes the workplace intervention complicated and challenging. My first recommendation is that we need to do more research in the epidemiology of mental disorders in the working population.

Around the world, the best, perhaps the largest and the only major longitudinal study in this area is the Whitehall study, which started in 1967. As senators may know, the researchers, in collaboration with the cabinet office and the civil service unions,

Une grande part de cela a lieu en milieu de travail. Le problème, c'est que ces programmes ne sont généralement pas coordonnés, ils sont souvent mal adaptés, et sont rarement fondés sur des données probantes et sur l'évaluation.

Pour terminer, je formule un vœu : à la lumière des commentaires que je viens d'émettre, j'espère que les résultats de vos audiences seront utiles aux organismes canadiens, petits et grands. Nous devons trouver des solutions. Elles s'appliquent tant à la petite entreprise, l'organisation de deux ou trois personnes qui exercent ces activités au sein d'une petite collectivité, qu'aux grandes sociétés en milieu urbain. Nous devons aider ces organisations à établir un milieu de travail psychologiquement sain, où chacun peut accomplir un travail fructueux et productif; et quand des personnes sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, les secteurs de soins de santé publics et privés devraient fournir les programmes et services qui atténuent l'incapacité et maintiennent ou améliorent le fonctionnement, qui cherchent à atténuer les symptômes, et qui sont fondés sur des données scientifiques probantes.

M. Wang : Je suis chercheur, alors mes recommandations et commentaires s'inscrivent principalement dans cette perspective. Avant la rencontre, j'ai distribué deux pages de résultats fondés sur les données de notre première enquête nationale sur la santé mentale, également appelée l'ESCC, cycle 1.2 Le premier tableau indique la prévalence annuelle de troubles mentaux au sein de la population active canadienne. Je crois que c'est la première fois qu'on obtient des données nationales à cet égard.

Je ne vais pas parcourir tous les chiffres, mais vous pouvez voir dans le tableau, ici, que la prévalence de troubles mentaux dans la population active semble supérieure à la prévalence pour l'ensemble de la population nationale. Comme en témoignent le tableau 2 et le tableau 3, il y a des différences claires au chapitre de la prévalence de troubles mentaux par catégorie professionnelle, et les travailleurs à temps partiel sont plus susceptibles de souffrir de troubles mentaux que les travailleurs à temps plein. Les travailleurs des échelons professionnels inférieurs sont plus susceptibles d'avoir souffert de troubles mentaux que les professionnels et les cadres supérieurs.

Ces chiffres nous aident à comprendre toute l'ampleur du problème à l'échelle nationale. Toutefois, nous savons bien peu de choses en ce qui concerne les facteurs déterminants des problèmes de santé mentale en milieu de travail, et la façon dont les facteurs psychosociaux déterminants, à l'intérieur et à l'extérieur du lieu de travail, interagissent. De plus, en l'absence de connaissances pertinentes, l'intervention en milieu de travail est compliquée et difficile. La première recommandation concerne l'importance d'effectuer davantage de recherches sur l'épidémiologie des troubles mentaux au sein de la population active.

Dans ce domaine, la meilleure étude, peut-être la plus grande et la seule étude longitudinale d'envergure dans le monde, est la Whitehall Study, lancée en 1967. Comme les membres du comité le savent peut-être, les chercheurs, en collaboration avec le

have made the findings of this study of the highest scientific value in terms of policy implications. Unfortunately, mental health is only a small component of that study.

In Canada, the CCHS 1.2 is our first and only national mental health survey. If the survey is repeated in the future by Statistics Canada, workplace mental health should be an important component and the design should involve decision makers, the policy-makers and the representatives of other stakeholders such as unions, employers and insurers.

My second recommendation is for more research in prevention and intervention. Workplace interventions need to take a comprehensive approach, but most existing interventions are individual based and not sufficient.

To maximize the impact of the intervention, experts agree that primary prevention is ideal. Primary prevention aims to eliminate or reduce workplace problems using a population health approach instead of focusing on specific disease.

However, workplace interventions using the whole-organization approach are rare. There are many reasons for this, including lack of leadership and commitment from the employers and top executives, and also some management issues. My personal view is that our limited knowledge of the epidemiology of workplace mental health problems is also an impacting factor, because without a clear understanding of the determinants of mental health and their interactions, it is difficult to plan an effective primary prevention program.

My final recommendation is about public advocacy. You may have heard this repeatedly in previous hearings. I regard it as an important step toward primary prevention and mental health promotion. Theoretically, people's behaviour depends on their knowledge and attitudes. If employers and top executives do not acknowledge that mental disorders are prevalent in the workplace and could affect their employees' work performance and productivity, they are less likely to take any action.

Similarly, if workers do not have sufficient knowledge about the symptoms, potential risk factors, consequences and available treatment, they are less likely to seek professional help. They are less likely to help themselves. They are less likely to be able to help others. Knowledge of symptoms and risk factors and attitudes toward treatment and mental disorder constitute a framework called mental health literacy. The Australian experience shows that improved mental health literacy is associated with increased mental health service use, better treatment adherence, enhanced ability of self-help and helping others, reduced stigma, and some

secrétariat du Cabinet et les syndicats de la fonction publique, ont donné aux conclusions de cette étude la plus grande valeur scientifique possible, pour ce qui est de l'incidence sur les politiques. Malheureusement, la santé mentale ne constitue qu'une petite partie de cette étude.

Au Canada, l'ESCC 1.2 est notre première et seule enquête nationale sur la santé mentale. Si l'enquête est menée de nouveau par Statistique Canada à l'avenir, la santé mentale en milieu de travail devrait être un élément important de l'enquête, et l'enquête devrait être conçue de concert avec les décideurs, les artisans des politiques et les représentants des autres intervenants, comme les syndicats, les employeurs et les assureurs.

Ma deuxième recommandation concerne la nécessité de mener davantage de recherches sur la prévention et l'intervention. L'intervention en milieu de travail doit être fondée sur une approche globale, mais la plupart des interventions existantes sont ponctuelles, et insuffisantes.

Les experts s'entendent pour dire que la prévention primaire est idéale pour maximiser l'impact de l'intervention. La prévention primaire vise à éliminer ou à réduire les problèmes en milieu de travail en misant sur une approche axée sur la santé de la population au lieu de s'attacher à une maladie donnée.

Toutefois, les interventions en milieu de travail qui misent sur une approche visant l'ensemble de l'organisation sont rares. Cela tient à de nombreux facteurs, y compris le manque de leadership et d'engagement de la part des employeurs et des cadres supérieurs, ainsi que de certains enjeux liés à la gestion. J'estime, pour ma part, que notre connaissance limitée de l'épidémiologie des problèmes de santé mentale en milieu de travail est également un facteur important, car il est difficile d'établir un programme de prévention primaire efficace lorsqu'on ne comprend pas clairement les facteurs déterminants de la santé mentale et la façon dont ils interagissent.

Ma dernière recommandation concerne la défense de l'intérêt public. Vous avez peut-être entendu cela à plusieurs reprises au cours d'audiences antérieures. J'estime que c'est un pas important vers la prévention primaire et la promotion de la santé mentale. En principe, le comportement d'une personne est fonction de ses connaissances et attitudes. Si les employeurs et les cadres supérieurs ne reconnaissent pas que les troubles mentaux sont courants en milieu de travail et pourraient miner le rendement et la productivité de leurs employés, ils sont moins susceptibles de prendre les mesures qui s'imposent.

De même, si les travailleurs ne possèdent pas suffisamment de connaissances sur les symptômes, les facteurs de risque, les conséquences et les traitements disponibles, ils sont moins susceptibles de chercher à obtenir l'aide d'un professionnel. Ils sont moins susceptibles de s'aider eux-mêmes. Ils sont moins susceptibles d'aider les autres. La connaissance des symptômes et facteurs de risque et attitudes à l'égard du traitement et des troubles mentaux sont des connaissances de base en matière de santé mentale. L'expérience australienne montre que l'amélioration des connaissances en matière de santé mentale est

studies show it may also reduce psychiatric symptoms. However, we do not know what Canadians know about mental disorders.

A public advocacy campaign aiming to increase awareness is a tremendous task. It has to involve all the stakeholders, and the government should take a leading role in this initiative. We also need to disseminate our research findings to workers in a timely manner so everybody can benefit.

The Chairman: As you can tell, we have had a considerable cross-section of views. I want to begin with Senator Cook because she is Chair of the Liberal Senate caucus and has to leave to chair a meeting. The rest of us will skip the meeting. I have been grouping the topics under five or six headings. We can come back to those.

Senator Cook: Thank you all for coming. When I get through this pile I have here, I am sure I will have found the answers to some of the questions I will now put on the table.

Mr. Corbiere, in the action plan for mental health in the workplace, there is a comma; it must be a decimal point. If I understand this graph, it is \$786.42. There is a comma in there.

You have looked at B.C., Ontario and Quebec. As a person from Atlantic Canada, in particular Newfoundland and Labrador, I ask whether it is possible to produce a comprehensive table.

Mr. Corbiere: Yes, it is possible. Do you need this information?

Senator Cook: I personally do. One of my dreams is to look at that cap, which is a disincentive for people to feel good about working rather than be put into a system again. For me, that is important.

Mr. Corbiere: The other possibility is to find the information on the website. I do not have the reference here, but I can provide it.

Senator Cook: That would be helpful. We need a bigger sample, Mr. Chair. Looking at the cap, I see an urban focus here. My instinct is to look at the rural setting.

I have made some notes. We should be concerned about the figure of 50 per cent of depressed employees who do not receive appropriate treatment.

Mr. Gilbert: That is a fairly generous estimate, quite frankly.

Senator Cook: The other factor here is how practitioners are often uninformed about workplace issues. On page 47, in your conclusion in paragraph three, I would like you to see if there is some solution there.

accompagnée d'une utilisation accrue des services de santé mentale, d'un meilleur respect du traitement, d'une capacité accrue de s'aider soi-même et d'aider les autres, d'une réduction des préjugés, et certaines études montrent qu'elle réduit également les symptômes psychiatriques. Toutefois, nous ne savons pas ce que les Canadiens savent au sujet des troubles mentaux.

La création d'une campagne de sensibilisation du public constitue une tâche énorme. Une telle initiative doit pouvoir miser sur tous les intervenants, et le gouvernement devrait prendre les rênes d'une telle initiative. Nous devons également diffuser les résultats de nos recherches aux travailleurs en temps opportun, afin que tout le monde puisse en tirer avantage.

Le président : Comme vous pouvez le constater, nous avons entendu une grande diversité de points de vue. J'aimerais commencer par la sénatrice Cook, car elle est présidente du caucus libéral du Sénat et doit se rendre à une réunion. Les autres parmi nous manqueront la réunion. J'ai regroupé les sujets sous cinq ou six rubriques. Nous pourrions y revenir.

Le sénateur Cook : Merci à tous d'être venus. Quand j'aurai fini cette pile, je suis certaine que j'aurai trouvé la réponse à certaines des questions que je vais maintenant vous poser.

Monsieur Corbiere, dans le plan d'action pour la santé mentale en milieu de travail, il y a une virgule, alors qu'il devrait y avoir un point décimal. Si je comprends bien ce graphique, il s'agit de 786,42 \$. Il y a une virgule là.

Vous vous êtes penché sur la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec. Comme je viens du Canada atlantique, en particulier de Terre-Neuve-et-Labrador, je me demande s'il est possible de produire un tableau complet.

M. Corbiere : Oui, c'est possible. Avez-vous besoin de cette information?

Le sénateur Cook : J'aimerais bien l'obtenir, oui. Je rêve de regarder ce plafond, qui dissuade les gens de se sentir bien de travailler au lieu d'être encore placés dans un système. Pour moi, c'est important.

M. Corbiere : Il est également possible d'obtenir l'information sur le site Web. Je n'ai pas l'adresse ici, mais je peux vous la trouver.

Le sénateur Cook : Ce serait utile. Nous avons besoin d'un échantillon plus large, monsieur le président. Je regarde les données relatives au plafond, et je vois qu'on met l'accent sur les zones urbaines. Mon instinct me dit que nous devrions examiner le contexte rural.

J'ai pris des notes. Nous devrions être préoccupés par le fait que 50 p. 100 des employés déprimés ne bénéficient pas d'un traitement approprié.

M. Gilbert : C'est une estimation plutôt généreuse, pour tout vous dire.

Le sénateur Cook : L'autre facteur à souligner, c'est à quel point les praticiens sont souvent mal informés des problèmes en milieu de travail. À la page 47, au troisième paragraphe de votre conclusion, j'aimerais vous entendre dire s'il y a une solution à cet égard.

I want to talk about barriers and unions. In my other life I was part of a family-owned automobile business for 25 years. Unions can be a barrier. I do not know how we can get around that fact. If you are not feeling good and your employer questions you, you will become increasingly tense. The employer then gets a grievance from the union, setting up a barrier between the employer and the employee that can be detrimental to solving a problem before crisis management is necessary.

Being a Newfoundlander, I am full of stories. We had a salesman who had a drinking problem. He was with us for many years. When I look back, I recall my late husband and the group rehabilitated that man on a regular basis. They would slip him a sale, because salesmen who do not sell do not earn money. There were things in my life at that time that I could not deal with as an employer because I did not know how.

There must be a way, if we are to put out a national mental health strategy, to connect with employees and employers so that this does not happen. I can tell you that if we were to walk out on our shop floor and ask a question, there would be a union grievance the next day. In our day, it was professionals. They were not unionized. However, as we evolved, unions somehow became the norm, and they were needed. We have to question why. We have to look at that barrier. When the union boss comes on the shop floor, he is not a very welcoming presence. The barriers go up. We have to consider those barriers here.

I see it written here: a good relationship among front-line managers. I do not know how one achieves it.

Mr. Dos Santos Soares, we hear a lot about legislation, or the lack of it. Given that we have a very close-knit federation — depending on what our needs are — called Canada, how do we look at provincial legislation that has an overriding federal presence? Somehow or other, we will have to legislate common sense, and I do not think that is possible. There must be something that can be done. Whether it is legislation or not, I do not know.

Mr. Wang, I am looking at page 2 of your report, and again I am looking for more information. The only seasonal occupation you have is farming. I come from a fishing community in Canada. That is a pretty big business on both our coasts, and indeed on our inland waters. The crab fishery in my province did not take place this year. Many people will be without income, and therefore stressed, and looking to their family doctors and elsewhere, all because seasonal work was not available. They have no government support unless politicians lobby for it. There are many dynamics there.

I also want to talk about the service industry, where the workers have little built-in support. They just get paid and go home. My daughter is a psychologist, and she has come back from focus groups saying that people are stressed and on the

J'aimerais parler d'obstacles et de syndicats. Dans mon autre vie, j'ai travaillé au sein d'une entreprise familiale du secteur automobile pendant 25 ans. Les syndicats peuvent parfois être un obstacle. Je ne sais pas comment on peut contourner cela. Si vous ne vous sentez pas bien et que votre employeur vous interroge, vous commencez à vous sentir tendu. L'employeur reçoit ensuite un grief du syndicat, une barrière entre l'employeur et l'employé qui peut nous empêcher de résoudre un problème avant de devoir passer à la gestion de crise.

Comme tout Terre-Neuvien qui se respecte, j'ai toujours plein d'histoires à raconter. Nous avions un vendeur qui buvait beaucoup. Il a été avec nous pendant de nombreuses années. Quand je regarde en arrière, je me souviens que mon défunt mari et le groupe aidaient régulièrement cet homme. On lui refilait un acheteur, car un vendeur qui ne vend pas ne fait pas d'argent. Il y avait à l'époque des choses avec lesquelles je n'étais pas capable de composer à titre d'employeur, car je ne savais pas quoi faire.

Il y a sûrement un moyen, si nous établissons une stratégie nationale relative à la santé mentale, d'établir un lien avec les employés et les employeurs, afin qu'une telle chose ne se produise pas. Je peux vous dire que tout effort de notre part pour aller dans l'atelier et poser une question serait suivi d'un grief syndical le lendemain. À notre époque, c'était des professionnels. Ils n'étaient pas syndiqués. Toutefois, la situation a évolué, les syndicats sont devenus la norme, et on avait besoin d'eux. Nous devons nous demander pourquoi. Nous devons examiner cette barrière. Quand le dirigeant syndical arrive dans l'atelier, il n'est pas très accueillant. On élève des barrières. Nous devons examiner ces barrières.

C'est ce que je lis ici : une bonne relation parmi les cadres de premier niveau. J'ignore comment on peut obtenir un tel résultat.

Monsieur Dos Santos Soares, on nous parle beaucoup de législation, ou du manque de législation. Puisque nous évoluons au sein d'une fédération tissée très serrée — selon nos besoins — qui s'appelle le Canada, comment peut-on envisager une loi provinciale soumise à une présence fédérale supérieure? D'une façon ou d'une autre, nous devons légiférer le gros bon sens, et je ne crois pas que ce soit possible. On peut sûrement faire quelque chose, mais j'ignore s'il doit s'agir d'une loi ou d'autre chose.

Monsieur Wang, je regarde la page 2 de votre rapport, et, encore une fois, j'aimerais obtenir plus d'informations. Le seul emploi saisonnier que vous mentionnez, c'est l'agriculture. Je viens d'une collectivité de pêcheurs du Canada. On brasse d'assez grosses affaires dans ce domaine sur nos deux côtes, et, de fait, sur nos eaux intérieures. Dans ma province, la pêche au crabe n'a pas eu lieu cette année. De nombreuses personnes se retrouveront sans revenu et, par conséquent, stressées, et se tourneront vers leur médecin de famille et d'autres intervenants, tout cela parce qu'il n'y a pas de travail saisonnier. Ils ne bénéficieront d'aucun soutien gouvernemental, à moins que les politiciens n'exercent des pressions à cet égard. De nombreux facteurs entrent en jeu ici.

J'aimerais également parler de l'industrie des services, où les travailleurs bénéficient de bien peu de soutien. Ils se contentent de toucher un chèque, et de retourner à la maison. Ma fille est psychologue, et elle a assisté à des discussions en groupe au cours

border of mental illness. People work at a dry cleaning plant or in corner stores. These people rely on the free samples in the doctor's office because they cannot afford medication when they are finally diagnosed.

As to the question of reapplying after three months, the last thing you want to do if you are feeling well is to fill out a form, much less when you are not feeling well.

These are my questions and observations, and I would thank you if any of you would like to comment.

The Chairman: Mr. Wang, do you want to comment on the service industry question? It is quite striking in your table 3. I would not have guessed that the service clerk category has a statistically significant higher level of mental illness than any other group. Some of us are inclined to think, obviously incorrectly, that the further down the chain you go, the less stress, and therefore how can you possibly have this problem. That, as well as the part-time, full-time issue, would suggest that the further down the chain you are, in fact you are under more stress. Is that correct, and if so, do you have any useful observation on what causes that number and the part-time number to be so much higher?

Mr. Wang: As I mentioned, this is the first time we have had national data about mental disorders in the entire working population by occupational categories. I also mentioned that we have limited knowledge of the determinants of mental health problems and disability. We observed that the service clerk category had a higher ratio of problems, but we do not know why.

[Translation]

Ms. Dagenais: That is not surprising in one sense, because the service sector, which is very multiple, is feeling the impact of new technologies and work intensification very strongly. However, there are various categories in the service sector. There are professional categories and workers with few skills. As regards the changes observed in the working world, that is where the transition is happening. It should not be forgotten that the service sector represents 75 per cent of labour in Canada. It is a majority of people; so it is logical that that should affect this sector on a priority basis. A lot could be said on that subject.

[English]

The Chairman: You are saying it is therefore partly driven by the rate of change?

Ms. Dagenais: Of course.

desquelles des gens ont dit qu'ils étaient stressés, et que la maladie mentale n'était pas loin. Il y a des gens qui travaillent dans des établissements de nettoyage à sec ou des dépanneurs. Ces gens, quand ils finissent par être diagnostiqués, dépendent des échantillons distribués au cabinet du médecin, car ils n'ont pas les moyens de s'acheter des médicaments.

Pour ce qui est de la question de présenter une nouvelle demande après trois mois, la dernière chose qu'on veut faire, quand on se sent bien, c'est de remplir un formulaire, alors, on en a encore moins envie quand on ne se sent pas bien.

Ce sont là mes questions et commentaires, et je vous saurais gré de me faire part de vos commentaires éventuels.

Le président : Monsieur Wang, voulez-vous commenter la question relative à l'industrie des services? C'est un élément assez frappant de votre tableau 3. Je n'aurais jamais deviné que la catégorie des commis au service à la clientèle affiche, selon les statistiques, un niveau de santé mentale considérablement supérieur à celui de tout autre groupe. Certains d'entre nous ont tendance à croire — à tort, manifestement — qu'on ne peut pas avoir un tel problème lorsqu'on se trouve au bas de l'échelle hiérarchique, car il y a moins de stress. Ces chiffres, ainsi que ceux sur le travail à temps partiel par rapport à la question du travail à temps plein laissent croire que, de fait, plus on est au bas de l'échelle hiérarchique, plus on a de stress à gérer. Est-ce bien cela que vous avancez? Dans l'affirmative, avez-vous des commentaires qui pourraient nous aider à comprendre pourquoi cette statistique et la statistique relative au travail à temps partiel sont si élevées?

M. Wang : Comme je l'ai déjà mentionné, c'est la première fois que nous avons des données nationales au sujet des troubles mentaux pour l'ensemble de la population active, par catégorie professionnelle. J'ai également mentionné que nos connaissances à l'égard des facteurs déterminants des problèmes de santé mentale et de l'invalidité sont limitées. Nous avons constaté un ratio plus élevé de problèmes au sein de la catégorie des commis au service à la clientèle, mais nous ne saurions vous dire pourquoi.

[Français]

Mme Dagenais : Ce n'est pas étonnant, en un sens, car le secteur des services qui est très multiple, subit fortement l'impact des nouvelles technologies et de l'intensification du travail. Or, dans le secteur des services, on a différentes catégories. On a des catégories de professionnels et des travailleurs de faible compétence. Pour ce qui est des transformations que l'on observe dans le monde du travail, c'est là que s'opère la transition. Il ne faut pas oublier que le secteur des services représente 75 p. 100 de la main-d'œuvre au Canada. C'est une majorité de personnes, il est donc logique que cela touche ce secteur de façon prioritaire. Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet.

[Traduction]

Le président : Ainsi, vous avancez que cela tient partiellement à la cadence du changement?

Mme Dagenais : Bien sûr.

Ms. Smailes: I did my dissertation on young workers. They are involved in service. There is a fellow who looks at job strain, lack of control and high demand, and that is typically what is entailed in service jobs. I found across the board that there was a relationship with depression, anxiety and substance use.

There are different theories on work strain and stress. If you do not have control of decision making, there is a lot of demand on your time and you have to perform quickly, that can be very stressful. That is typically what you are seeing in that group.

The Chairman: You are not surprised by Mr. Wang's data?

Ms. Smailes: No.

Mr. Dos Santos Soares: I also did my dissertation on service workers. I studied supermarket cashiers. I compared workers in Brazil and Quebec in supermarkets. I have been studying service workers my entire life. It is not astonishing that we have these statistics because we underestimated all the competencies that are necessary in the service sector.

I would highlight the emotional labour that they have to do. We have to manage our own emotions in order to accomplish our work. If we are unhappy, we must still smile and be nice. This is a heavy emotional workload. My last research with teachers points out that when there is this emotional labour, it has an effect on stress levels. It is stressful to do emotional labour against the "feeling" rules that exist in the workplace. The feeling rules are those that say you must act in a certain way emotionally. If you are a teacher or health care person, you must be nice, empathic and show compassion. The harder it is for the person to accomplish what they have to do, the more demanding it is. When you go against the feeling rules that exist in the workplace, it is a source of stress and burnout.

Mr. Gilbert: Our data on epidemiology of depression are not terrific. However, there are data that show depression seems to be on the rise in young people. I would suggest that the service industry often employs young people. It is a bit of a paradoxical finding in some ways. It may actually reflect the willingness of the younger population to come forward with this problem, and there is truth to your point about mental health literacy. There may be a bit of a silver lining to that cloud. We do not know.

However, that said, we also know that not only unemployment, but also underemployment contributes to mental health difficulties. I would again suggest that folks in the service industry certainly do not have employment security, and that may well be playing a role.

Mme Smailes : Ma thèse de doctorat portait sur les jeunes travailleurs. Ils évoluent dans le secteur tertiaire. Il y a un homme qui se penche sur la tension liée au travail, l'absence de contrôle et la forte demande, et c'est généralement ce que supposent les emplois dans les services. J'ai conclu qu'il y avait partout un lien avec la dépression, l'anxiété et la consommation de drogues.

Il y a diverses théories sur la tension et le stress liés au travail. Si vous n'avez aucun pouvoir décisionnel, si on exige beaucoup de votre temps, et si vous devez travailler rapidement, cela peut être très stressant. C'est généralement ce qu'on voit dans ce groupe.

Le président : Vous n'êtes pas étonné par les données présentées par M. Wang?

Mme Smailes : Non.

M. Dos Santos Soares : Ma thèse de doctorat portait également sur les travailleurs du secteur des services. Je me suis penché sur la situation des caissières de supermarché. J'ai comparé les travailleurs des supermarchés brésiliens et québécois. J'ai étudié les travailleurs du secteur des services pendant toute ma vie. Il n'est pas étonnant de voir ces statistiques, car nous avons sous-estimé toutes les compétences nécessaires pour travailler dans le secteur des services.

Songez seulement au travail que ces personnes doivent faire sur le plan émotif. Nous devons gérer nos propres émotions afin de faire notre travail. Si nous sommes malheureux, nous devons quand même sourire et être courtois. C'est une charge émotive très lourde. Ma dernière recherche auprès des enseignants met en relief le fait que ce travail émotif influe sur le niveau de stress. Il est éprouvant de ressentir des émotions qui vont à l'encontre des règles relatives aux « sentiments » en milieu de travail. Il s'agit de ces règles qui prévoient que vous devez agir d'une certaine façon, sur le plan émotif. Si vous êtes enseignant ou travaillez dans le domaine des soins de santé, vous devez être courtois, faire preuve d'empathie, et montrer de la compassion. Plus il est difficile pour une personne d'accomplir ses tâches, plus ce sera exigeant. Lorsque nos sentiments vont à l'encontre des règles régissant les sentiments en milieu de travail, c'est une source de stress et d'épuisement professionnel.

M. Gilbert : Nos données sur l'épidémiologie de la dépression ne sont pas fantastiques. Toutefois, il y a des données qui font état d'une tendance à la hausse de la dépression chez les jeunes. J'avancerais que l'industrie des services emploie bien souvent des jeunes. C'est une conclusion un peu paradoxale, d'une certaine façon : cela reflète peut-être la volonté des jeunes de mettre ce problème à l'avant-plan, ce qui appuierait votre argument à l'égard des connaissances au sujet de la santé mentale. Il y a peut-être quelque chose de positif à voir dans tout ça. Nous l'ignorons.

Toutefois, cela dit, nous savons également que, le sous-emploi, tout comme le chômage, contribue aux problèmes de santé mentale. J'avancerais encore une fois que les gens qui travaillent dans l'industrie des services ne jouissent certainement pas d'une sécurité d'emploi, et que cela pourrait jouer un rôle.

Mr. Wang: I want to refer to the first Whitehall study, which found disparity in occupational gradients in terms of heart disease and mortality. The higher your level, the less likely you are to have heart disease.

The Chairman: I looked at my colleague, Senator Keon, because he was the country's leading heart surgeon for a long time.

Mr. Wang: They started a second study, with basically similar findings. They tried to explain the disparity. There are several competing models for workplace mental health. Most of the reports say work stress is a risk factor for mental health problems in the working population, and I agree. We reached the same conclusion in our research.

However, there is something more than work stress. For example, my research shows the imbalance between work and family life has more impact on mental health.

The issue is whether this disparity can be explained by one factor or by a combination of various factors.

The Chairman: I would like to pick up on a second point raised by Senator Cook, on the legal environment. First, Ms. Dagenais and Mr. Dos Santos Soares referred specifically to section 46 of the Quebec Charter of Human Rights and Freedoms, which says nothing about mental health. I would have thought, then, that most judges referencing the Charter would assume that it did not include mental health. I am curious as to whether legal cases have been decided on that basis.

Second, both witnesses referred to "the act," but I do not know what act that is. Is there a specific act in Quebec that deals with mental health in the workplace? If so, could you provide the committee with that information?

[Translation]

Ms. Dagenais: As regards mental health in the workplace, Quebec offers services in the cities and regions for people with mental health problems. We identified weaknesses in the context of the act respecting psychological harassment in the workplace. One of the recommendations I made is that people in situations in their work in which their mental health is affected should be allowed to have access to health services, whether it be general services or professional services. Like every other province, Quebec has problems delivering health services.

In the context of section 46 that you mentioned, one of the things we did at the commission is a summary on rights and freedoms over the past 25 years. The commission's research team produced a report, and one of the recommendations was that the notion of psychological health be expressly stated in the Charter

M. Wang : Je vous renvoie à la première Whitehall Study, laquelle faisait état d'écart d'ordre hiérarchique en ce qui concerne les maladies cardiaques et la mortalité. Plus on est haut dans l'échelle, moins on a de risque de maladie cardiaque.

Le président : J'ai regardé mon collègue, le sénateur Keon, parce qu'il a été l'un des meilleurs cardiocirurgiens au pays pendant longtemps.

M. Wang : Ils ont mené une deuxième étude, et obtenu essentiellement les mêmes résultats. Ils ont tenté d'expliquer l'écart. Il y a plusieurs modèles possibles pour la santé mentale en milieu de travail. La plupart des rapports disent que le stress au travail est un facteur de risque à l'égard des problèmes de santé mentale au sein de la population active, et je suis d'accord avec cette affirmation. Nos recherches nous mènent à la même conclusion.

Toutefois, il y a bien plus que le stress au travail. Par exemple, ma recherche montre que le déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale influe davantage sur la santé mentale.

Il faut déterminer si cet écart est imputable à un seul facteur ou à une combinaison de facteurs.

Le président : J'aimerais revenir au deuxième point soulevé par la sénatrice Cook, concernant le contexte juridique. Premièrement, Mme Dagenais et M. Dos Santos Soares ont mentionné spécifiquement l'article 46 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, qui ne dit rien au sujet de la santé mentale. J'aurais donc pensé que la plupart des juges qui consultent la Charte supposeraient qu'elle exclut la santé mentale. Je serais curieux de savoir si on a pris des décisions fondées sur une telle conclusion, dans le cadre de causes juridiques.

Deuxièmement, les deux témoins parlent de « la loi », mais j'ignore de quelle loi il s'agit. S'agit-il d'une loi québécoise qui porte spécifiquement sur la santé mentale en milieu de travail? Dans l'affirmative, pourriez-vous fournir cette information au Comité?

[Français]

Mme Dagenais : En ce qui concerne la santé mentale au travail, le Québec offre des services dans les villes et dans les régions pour les personnes affectées par des problèmes de santé mentale. Dans le cadre des travaux réalisés pour la Loi sur le harcèlement psychologique au travail, nous avons identifié des failles. Une des recommandations que je formule est de permettre aux gens qui vivent des situations d'atteinte à la santé mentale dans leur travail d'avoir accès aux services de santé, que ce soit des services généraux ou des services professionnels. Le Québec, comme toute autre province, a des difficultés dans la prestation des services de santé.

Dans le contexte de l'article 46 que vous avez mentionné, une des choses que nous avons faite à la commission est un bilan sur les droits et libertés depuis les 25 dernières années. L'équipe des chercheurs à la commission a produit un rapport et l'une des recommandations était d'explicitier, dans la charte elle-même, la

itself, because it isn't there. It should be included. We as a society have evolved in recent years on the subject of psychological harassment legislation. As I mentioned earlier, based on the data obtained one year after it was implemented, we see that this act is restrictive in the sense that a number of situations are not covered by it. At the first Canadian conference on mental health and the workplace, the authorities of the Commission des normes du travail mentioned that we needed to develop research in order to reach a more precise diagnosis and to include the mental conditions that do not form a whole under the current definition in the act, which is very limited. That is already progress, but it is limited.

[English]

The Chairman: In Quebec, there is a specific law that deals with —

[Translation]

Ms. Dagenais: — psychological harassment.

[English]

The Chairman: In the workplace?

Ms. Dagenais: Yes, it applies only to the workplace.

The Chairman: What is the name of the act?

Ms. Dagenais: Legislation on harassment in the workplace was passed in 2004.

Mr. Dos Santos Soares: It was approved in December 2002, but employers asked for 18 months to adapt to the new environment. On June 1, 2004, the law became enforceable.

The Chairman: Senator Cook's point was that a large number of workers are covered by the federal Labour Code, not a provincial labour code, such as those working for railways and banks. Senator Cook suggested that the committee look at a national equivalent, which would be an amendment to the Canadian Labour Code.

Ms. Dagenais: I have a comment on this. Although Quebec has the harassment law, we have observed that people are requesting psychological support.

[Translation]

Whether it's harassment, violence or any other situation that undermines people's psychological health, dignity or integrity. These requests wind up at the Commission des droits de la personne, sometimes at the Commission des normes du travail — as regards the act respecting labour standards, as regards psychological harassment — and sometimes at the Commission de la santé et de la sécurité du travail.

notion de santé psychologique parce qu'elle n'y est pas. Il faudrait l'inscrire. Comme société, nous avons évolué ces dernières années au sujet d'une loi sur le harcèlement psychologique. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, à partir des données obtenues un an après son application, nous constatons que cette loi est limitative au sens où plusieurs situations ne sont pas couvertes par cette loi. Les autorités de la Commission des normes du travail, lors du premier congrès canadien sur la santé mentale et le travail, a mentionné qu'on avait besoin de développer la recherche pour trouver un diagnostic encore plus précis et pour englober ces atteintes à la santé qui ne forment pas un ensemble selon la définition actuelle de la loi qui est très restreinte. C'est déjà un progrès, mais c'est restreint.

[Traduction]

Le président : Au Québec, il y a une loi qui porte spécifiquement sur. . .

[Français]

Mme Dagenais : ... le harcèlement psychologique.

[Traduction]

Le président : En milieu de travail?

Mme Dagenais : Oui, cela s'applique uniquement au milieu de travail.

Le président : Quel est le nom de cette loi?

Mme Dagenais : La loi relative au harcèlement en milieu de travail a été adoptée en 2004.

M. Dos Santos Soares : Elle a été approuvée en décembre 2002, mais les employeurs ont demandé qu'on leur accorde 18 mois pour s'adapter au nouvel environnement. Le 1^{er} juin 2004, la loi est entrée en vigueur.

Le président : L'argument de la sénatrice Cook, c'était qu'un nombre important de travailleurs sont visés non pas par un code du travail provincial, mais bien par le Code canadien du travail, comme ceux qui travaillent pour les sociétés ferroviaires et les banques. Le sénateur Cook a suggéré que le Comité envisage un équivalent national, ce qui supposerait une modification du Code canadien du travail.

Mme Dagenais : J'ai un commentaire à formuler sur cette question. Même si le Québec est doté d'une loi relative au harcèlement, nous avons remarqué que les gens demandent un soutien psychologique.

[Français]

Que ce soit le harcèlement, la violence ou toute autre situation qui atteint les personnes sur le plan de leur santé psychologique, leur dignité ou leur intégrité. Ces demandes se retrouvent à la Commission des droits de la personne, parfois à la Commission des normes du travail — pour ce qui est de la Loi sur les normes de travail en matière de harcèlement psychologique — et parfois à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

That is why I proposed that we conduct a study comparing the various types of complaints we receive. Under the act, the definition seems airtight, but, in fact, when people have to file a complaint, it is not easy to know where to turn. These are issues that each of the Quebec agencies must apply or gauge. Since we are dealing with a social problem, we have to think about how to address it. I am not sure that, if a national anti-harassment act were passed, that would be a sufficient solution to the problem. Everything depends on the objective.

Quebec went through this thought process on psychological harassment in somewhat the same way as the European jurisdictions, in particular France and the Nordic countries, which had developed legislation on psychological harassment in the workplace. In France, the implementation of that legislation has had all kinds of consequences that no one had imagined. As a result, it is a solution, but it is not a panacea. You have to bear that in mind before making that kind of decision. It must be clearly understood that, when you are talking about a situation in which psychological health is damaged, that covers a number of situations, not just psychological harassment.

[English]

The Chairman: Allow me to clarify. The Quebec law would not apply to businesses that fall under the Canada Business Corporations Act. My point is that a gap exists.

[Translation]

Senator Pépin: When you say that people have trouble finding out where they can file a complaint — in Quebec, that is the law — why are the unions not involved? They're usually the first ones concerned.

Ms. Dagenais: One of the reasons the act was passed is precisely that it was observed that, in certain cases in which people had harassment problems, there was no channel for transmitting their complaints. This act was introduced, I will not say to circumvent the union jurisdictions, but to enable people who did not have access to a union or who did not have sufficient union representation, to have access.

But we must not be mistaken. Union representation is approximately 19 or 20 per cent. All remaining labour is not unionized — unless I am talking nonsense, I am not sure of the figure. In Quebec, I think it's one-third. It is much less than that in the rest of Canada.

Mr. Dos Santos Soares: It's 40 per cent in Quebec. So 60 per cent of workers are not unionized.

Ms. Dagenais: There you go; it is the majority.

Mr. Dos Santos Soares: As regards the Quebec act, it must be understood that it is an act against psychological violence. We cannot consider establishing an act for all psychological suffering in the workplace. That would be completely meaningless. In one way, you have to attack things in blocks because the legislation will act like a straitjacket; it will push businesses to adjust and to

C'est pour cette raison que j'avais proposé que nous fassions une étude comparant les différents types de plainte que nous recevons. Selon la loi, la définition semble étanche, mais dans la réalité, lorsque les gens doivent déposer une plainte, il n'est pas si évident de savoir où s'adresser. Ce sont des enjeux que chacun des organismes québécois doit appliquer ou jauger. Comme on fait face à un problème social, il faut réfléchir sur la façon de l'aborder. Je ne suis pas certaine que si adoptait une loi anti-harcèlement pancanadienne, ce serait une solution suffisante pour régler le problème. Tout dépend de l'objectif visé.

Le Québec avait fait cette réflexion sur le harcèlement psychologique un peu à l'image des juridictions européennes, notamment la France et les pays nordiques qui ont eu la facilité de développer une loi sur le harcèlement psychologique au travail. En France, l'application de cette loi a toutes sortes de conséquences qu'on n'avait pas imaginées. Si bien que c'est une solution, mais ce n'est pas la panacée. Il faut avoir cela en tête avant de prendre une telle décision. Il faut bien comprendre que lorsqu'on parle d'une situation d'atteinte à la santé psychologique, cela recouvre un ensemble de situations, pas seulement le harcèlement psychologique.

[Traduction]

Le président : J'aimerais clarifier cela, si vous le permettez. La loi québécoise ne s'appliquerait pas aux entreprises visées par la Loi canadienne sur les sociétés par actions. Mon point, c'est qu'il y a un écart.

[Français]

Le sénateur Pépin : Lorsque vous dites que les gens ont de la difficulté à savoir à quel endroit ils peuvent porter plainte, au Québec c'est la loi, comment se fait-il que les syndicats ne sont pas impliqués? Habituellement, ils sont les premiers intéressés.

Mme Dagenais : Une des raisons qui a fait que la loi a été adoptée, c'est précisément parce qu'on avait constaté que dans certains cas où les gens avaient des problèmes de harcèlement, il n'y avait aucun canal de transmission de leur plainte. On a créé cette loi, je ne dirais pas pour contourner les juridictions syndicales, mais pour permettre aux gens qui n'avaient pas accès à un syndicat ou qui n'avaient pas de représentation syndicale suffisante, d'avoir une porte d'accès.

Il ne faut pas se leurrer. La représentation syndicale est d'environ 19 ou 20 p. 100. Il y a tout le reste de la main-d'œuvre qui n'est pas syndiquée — à moins de dire une sottise, je ne suis pas certaine du chiffre. Au Québec, je pense que c'est un tiers. Dans le reste du Canada, c'est beaucoup moins que cela.

M. Dos Santos Soares : Au Québec, c'est 40 p. 100. Il y a donc 60 p. 100 des travailleurs qui ne sont pas syndiqués.

Mme Dagenais : Voilà, c'est la majorité.

M. Dos Santos Soares : Par rapport à la loi québécoise, il faut comprendre que c'est une loi contre la violence psychologique. On ne peut pas penser à créer une loi pour toutes les souffrances psychologiques au travail. Ce serait complètement vide de sens. D'une certaine manière, il faut attaquer les choses par blocs parce que la loi va agir comme une camisole de force, elle va pousser les

create conflict resolution mechanisms in order to improve working conditions and so as not to close their eyes when they see that two people are killing themselves. That is why it's important to have legislation.

With time, it will be more useful because things will adjust. New cultures will establish themselves. The Quebec act is different from the French act. It is much more focused on prevention and mediation. There are mediation mechanisms at the Commission des normes du travail enabling people to solve their problems. A very large number of the cases that were submitted this year were resolved through mediation.

In other words, if businesses had these conflict mediation mechanisms internally, it would not be necessary to go that far. To speak briefly about the unions, it must be understood that they are not a monolithic entity. They are at various levels of progress on the question. We did a lot of work with the SSQ; there are educational kits to make people aware about harassment, rights and remedies. Others did absolutely nothing; still others will harass their members. It is entirely uneven, but the unions as well are organizations.

The Quebec legislation covers everyone, unionized and non-unionized workers. Even the unions have to deal with it and not permit harassment because workers can file complaints directly against the union and the employer. Those are the issues; it will take a certain amount of time before complaints start to fall off.

However, it is true that it is very difficult if you have other mental health problems. If you consider the CSST, it almost categorically refuses to accept mental health cases. The person has to appeal. The person has to have money, a lawyer or a union that pays for a lawyer, so that the person can go before the Commission des lésions professionnelles. When a person is suffering from burn-out or depression, he or she may not have the energy to go through the process. It is very important to be able to make this situation easier.

Ms. Dagenais: Just a clarification regarding the Commission de santé et sécurité: what we observed was a significant increase in the number of situations, of psychological injury complaints. This is a phenomenon that will probably exist in the other provinces of Canada. We still get physical injury complaints, but, since the nature of work is changing, we deal more with cognitive work situations, in services in particular; that results in a completely different configuration from the compensation applications to the CSST. They are trying to adjust and to start looking a little closer at psychological injury cases. This is a situation that must be examined and which is being studied.

entreprises à s'ajuster et à créer des mécanismes pour les résolutions de conflit afin d'améliorer les conditions de travail et pour ne pas fermer les yeux quand on voit que deux personnes sont en train de se tuer. C'est pour cette raison qu'il est important d'avoir une législation.

Avec le temps, elle sera plus utile parce que les choses vont s'ajuster. De nouvelles cultures vont se mettre en place. La loi québécoise est différente de la loi française. Elle est beaucoup plus axée sur la prévention et la médiation. Il y a des mécanismes de médiation à la Commission des normes du travail qui permettent aux gens de régler leur problème. Une très grande partie des cas qui ont été présentés cette année ont été réglés par la médiation.

Autrement dit, si les entreprises avaient ces mécanismes de médiation de conflit à l'interne, il ne serait pas nécessaire de se rendre jusque-là. Pour parler un peu des syndicats, il faut comprendre qu'ils ne sont pas une entité monolithique. Ils sont à différents niveaux d'avancement sur la question. Avec la SSQ, nous avons beaucoup travaillé; il y a des trousseaux pédagogiques pour conscientiser les gens au sujet du harcèlement, des droits, des recours. D'autres n'ont absolument rien fait; d'autres encore vont harceler leurs membres. C'est tout à fait inégal, mais les syndicats aussi sont des organisations.

La loi québécoise couvre tout le monde, syndiqués et non syndiqués. Même les syndicats doivent s'en occuper et ne pas permettre cela car les travailleurs peuvent aller déposer directement une plainte contre le syndicat et contre l'employeur. Voilà ce que sont les enjeux, cela prendra un certain temps pour que les plaintes commencent à diminuer.

Mais il est vrai que si on a d'autres problèmes de santé mentale, c'est très difficile. Si on considère la CSST, elle refuse de façon presque catégorique d'accepter des cas de santé mentale. Il faut que la personne aille en appel. Il faut que la personne ait de l'argent, un avocat ou un syndicat qui paie l'avocat, pour que la personne puisse aller en commission de lésion professionnelle. Quand une personne est en épuisement professionnel, en dépression, il n'est pas évident qu'elle ait l'énergie pour faire cette démarche. Il est très important d'être capable de rendre cette situation plus facile.

Mme Dagenais : Un point de précision en regard de la commission de santé et sécurité : ce que l'on a observé, c'était l'augmentation importante du nombre de situation, de plainte pour lésion psychologique. C'est un phénomène qui va probablement exister dans les autres provinces du Canada. On a encore des plaintes pour lésions physiques, mais comme la nature du travail se transforme, comme on a affaire à davantage de situations de travail cognitif, dans les services notamment, cela amène une configuration complètement différente des demandes d'indemnisation à la CSST. Ils sont en train pour leur part d'essayer de s'ajuster et de commencer à regarder un peu plus les cas de lésion psychologique. C'est une situation que l'on doit examiner et qui est à l'étude.

Mr. Dos Santos Soares: This has increased; you see that the CSST statistics are rising, but it is the tip of the iceberg. The CSST does not record the cases of people who file claims and who are denied. If we had that statistic, we'd have a more accurate picture of the situation.

Mr. Corbière: I was wondering whether or not the cause of the problem has to be related to the work environment for there to be compensation.

Mr. Dos Santos Soares: By the CSST? Yes, there has to be proof, and that means expert opinions and second opinions in which people are had pressed. I see people, at hearings of the Commission des lésions professionnelles, who are crying their eyes out, and things go on as though they were not there.

Mr. Corbière: I have another question: what claims are allowed for mental health problems?

Mr. Dos Santos Soares: That is very difficult. That depends on the board members, and I do not think all the board members are well trained to understand the problems. Some are very sympathetic and will ask an expert to be there to advise them. Others feel they are capable of doing it. In one harassment case in which I intervened, the member said: there was no harassment. Two days after the sentence was dropped, the harasser went to see the person, at that person's home, to threaten and say: "You are going to get it now." If that is not harassment, I do not know what is. The union had to issue a demand for the harasser not to approach the victim. But that was a case in which there was deemed to be no harassment.

This is sometimes very harmful from a psychological standpoint because people want justice. When their case is not recognized in that tribunal, it's like telling them they don't have a problem.

Ms. Malenfant: I would like to comment a little more broadly. Talk about mental health in the workplace quickly turns to statutory measures concerning psychological harassment or possible legislation on mental health in the workplace, with which we cannot disagree, but it should not be forgotten that there currently are measures and statutes that can be improved and have an impact on mental health.

We are talking about statutes concerning labour standards. Earlier, we were talking about the high rate of psychological distress in the service sector, particularly among young people, who represent a high percentage of workers in the sector. The issue of intermittent workers and unstable employment has been a growing problem in recent years. Young people are particularly affected by the climate of insecurity in the workplace as a result of corporate restructurings and mergers. We tend at times to forget that these aspects could be an opportunity to take preventive action on mental health problems, among other things, to increase training when workers enter the workplace.

Young people often feel at a loss when they enter a new workplace, particularly since intermittent workers, who are used to entering and leaving the labour market, must, each time, adjust

M. Dos Santos Soares : Cela a augmenté, on voit que les statistiques de la CSST montent, mais c'est la pointe de l'iceberg. La CSST ne comptabilise pas les cas des gens qui ont fait des demandes et qui ont été refusé. Si on avait cette statistique, on aurait un portrait encore plus proche de la réalité.

M. Corbière : Je me posais la question de savoir s'il faut que la cause du problème de santé mentale soit reliée à l'environnement de travail ou non pour que l'indemnisation soit retenue.

M. Dos Santos Soares : Par la CSST? Oui, il faut faire la preuve, et c'est au prix d'expertises et de contre-expertises dans lesquelles les gens sont très mal pris. Je vois des gens, dans des commissions de lésion professionnelle, qui pleurent abondamment et les choses se passent comme s'ils n'étaient pas là.

M. Corbière : J'ai une autre question : quelles sont les requêtes qui sont retenues pour les problèmes de santé mentale?

M. Dos Santos Soares : C'est très difficile. Cela dépend des commissaires et je ne pense pas que tous les commissaires soient bien formés pour être capables de comprendre les problèmes. Quelques-uns sont très sympathiques et vont demander à un expert d'être à leurs côtés pour les conseiller. D'autres pensent qu'ils sont capables de le faire. Dans un cas de harcèlement dans lequel je suis intervenu, la commissaire a dit : il n'y a pas de harcèlement. Deux jours après que la sentence soit tombée, le harceleur est allé voir la personne, du côté de chez elle, pour la menacer et lui dire : « ça va être ta fête ». Si cela n'est pas du harcèlement, je ne sais pas ce que c'est. Le syndicat a dû faire une mise en demeure pour que le harceleur ne s'approche pas de la victime. Mais c'est un cas qui a été jugé comme n'étant pas du harcèlement.

C'est parfois très dommageable du point de vue psychologique, car les gens veulent que justice leur soit rendue. Quand leur cause n'est pas reconnue dans ce tribunal, c'est comme leur dire que ce qu'ils vivent n'est pas un problème.

Mme Malenfant : Je voudrais apporter un propos un peu plus large. Lorsqu'on parle de santé mentale au travail, on parle vite de mesures législatives qui touchent le harcèlement psychologique ou d'une loi possible en santé mentale au travail, ce avec quoi on ne peut pas être en désaccord. Mais il ne faut pas oublier que des mesures, des lois existent actuellement qui peuvent être améliorées et avoir un impact sur la santé mentale.

On parle des lois concernant les normes du travail. On parlait tantôt du haut taux de détresse psychologique dans le secteur des services, particulièrement chez les jeunes que l'on retrouve à un haut pourcentage dans ce secteur. La question de l'intermittence et de la précarité en emploi est un problème croissant ces dernières années. Les jeunes sont particulièrement affectés par le climat d'insécurité dans le milieu de travail suite aux restructurations ou fusions d'entreprise. On a tendance à oublier quelquefois que ces dimensions pourraient permettre d'agir préventivement sur les problèmes de santé mentale pour, entre autres, accroître la formation au moment de l'intégration en milieu de travail.

Les jeunes se sentent souvent démunis lorsqu'ils arrivent dans un nouveau milieu de travail, d'autant plus que les intermittents en emploi, qui connaissent des entrées et sorties multiples du

to a new environment, re-establish a network of relationships and master new work tools. This considerable ability to adjust that workers who don't have job security and who often change jobs must have is often underestimated.

Labour standards are not very adapted to these conditions. As regards the issue of wages, work schedules and, subsequently, on-the-job training, people in unstable employment don't have the same social benefits as those with permanent status. In the long term, this lack of job security has an impact on mental health. So it's by improving current employment policies that we can take positive action on mental health.

There has been talk in recent years about development, particularly during election campaigns, about legislation on work-life balance. We hear much less about that after elections. And yet the studies by Linda Duxbury of Carleton University clearly show the impact that work-life balance problems can have on the health of parents.

One should avoid turning everything into problems of psychological harassment in the workplace or mental health problems in order to take action to improve the workplace; we must look at our current policies and work-life balance, employment and citizenship measures.

[English]

Senator Keon: I have to take a short break at noon, but I will have more questions. This has been a tremendous presentation. I want to come back to the question of legislation as it relates to discrimination, harassment and so forth in the workplace, and the point that Senator Cook made. Once you go down the road of using legislation in dealing with grievances, you are into a real predicament.

For many years I managed a mid-sized operation of about 700 employees in mixed disciplines. In my experience, there are no winners if you cannot deal with a situation before a grievance is launched or a law is invoked.

We have heard many positive comments this morning. As in every other sphere of medicine, primary prevention and early intervention are important, because by the time you get to terminal cancer, you are really in trouble.

I hope that this comment will stimulate further discussion.

I want to return to Ms. Baynton's presentation. I am fascinated that your private delivery service provides services on a contract basis. I understand that your services are usually provided to a corporation, by which you are remunerated. Have you ever had the opportunity of providing the same service to and being remunerated by an organization covered by the health care system?

Ms. Baynton: No. Our payment has always been directly from the employer. I am not sure whether they are remunerated by other plans.

marché du travail, doivent chaque fois s'adapter à un nouveau milieu, refaire leur réseau de relations, maîtriser de nouveaux outils de travail. On sous-estime souvent cette grande capacité d'adaptation que doivent avoir les travailleurs qui n'ont pas de sécurité d'emploi et qui changent souvent de travail.

Les normes de travail sont peu adaptées à ces conditions. Concernant la question des salaires, des horaires de travail, de la formation, par la suite, en cours d'emploi, les personnes en situation de précarité n'ont pas les mêmes avantages sociaux que les personnes qui ont un statut permanent. À la longue, cette insécurité au travail a des impacts sur la santé mentale. C'est donc en améliorant les politiques du travail actuelles qu'on peut agir positivement pour la santé mentale.

On parle de développement, depuis les dernières années, surtout durant les périodes électorales, d'une loi sur la conciliation travail-famille. Après les élections, on en entend beaucoup moins parler. Et pourtant, les études de Linda Duxbury de l'Université Carleton montrent bien les impacts des difficultés de conciliation travail-famille sur la santé des parents.

Il ne faut pas arriver à tout traduire en problème de harcèlement psychologique au travail ou en problème de maladie mentale pour agir sur l'amélioration des milieux de travail; il faut regarder nos politiques actuelles et les mesures de conciliation travail-famille, travail et exercice de la citoyenneté.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Je dois prendre une courte pause à midi, mais j'aurai d'autres questions. C'était un exposé formidable. J'aimerais revenir à la question de la législation sur la discrimination, le harcèlement et toutes ces choses en milieu de travail, et sur le point soulevé par la sénatrice Cook. Lorsqu'on a recours à la loi pour statuer sur un grief, on se place dans une situation vraiment difficile.

Pendant de nombreuses années, j'ai dirigé une entreprise de taille moyenne comptant environ 700 employés oeuvrant dans divers domaines. À la lumière de mon expérience, il n'y a aucun gagnant lorsqu'on est incapable de résoudre un problème avant qu'un grief soit déposé, ou qu'une loi soit invoquée.

Nous avons entendu de nombreux commentaires positifs ce matin. Comme pour tout autre secteur de la médecine, la prévention primaire et l'intervention précoce sont importantes, car lorsqu'on se retrouve devant un cancer terminal, il n'y a plus grand-chose à faire.

J'espère que ce commentaire alimentera davantage le débat.

J'aimerais revenir à l'exposé de Mme Baynton. Je suis fasciné par le fait que votre organisme de services privé dispense des services à contrat. Je crois comprendre que vous dispensez généralement vos services à une société, et que c'est elle qui vous paie. Avez-vous déjà eu l'occasion de dispenser le même service à un organisme couvert par le système de soins de santé, et d'être rémunérés par cet organisme?

Mme Baynton : Non. Nous avons toujours été payés directement par l'employeur. Je ne saurais dire si nous sommes rémunérés par d'autres régimes.

Senator Keon: This is very interesting. Like Senator Kirby, I have been convinced for a long time that we have to get some flexibility into our overall system. We have to break it down so that private delivery services can compete with each other and ramp up the system. We currently have a suffocating bureaucracy in health care in our country, and nowhere is it worse than in mental health, where we are treating about 30 per cent of those who should be getting treatment. Our biggest problem is resistance to change in the overall system.

What potential can you see for your kinds of services being provided to publicly funded institutions such as hospitals?

Ms. Baynton: We do work with hospitals. They are one of our clients as well as other private enterprises. Our work is around prevention. We teach managers how to identify signs and symptoms. We tell them that the manager's job is not to diagnose, treat or counsel, but simply to link clients to proper resources. However, it is also important, just as in any other relationship, that they understand how to communicate and what will allow people to function, even when they are not well. We agree that staying at work or returning to work is better for the recovery of most people with mental illness. The isolation at home on one's own can exacerbate symptoms.

We teach managers how to do performance management, which links back to the union issue. Most of the organizations that hire us are unionized environments and they have given up performance management because they link it so closely to discipline, in which case the unions will always intervene. We try to show them that performance management is about maximizing people's potential. It is not about discipline; it is about collaborating on what you need to do your job and asking the employees what they will commit to in order to make this work, which step is often overlooked. Finally, we must ask employees who are experiencing mental health problems what kind of approach they would like to see followed in the future when something happens, that is, to be forward looking.

Return on investment is anecdotal, but our clients have told us that it is significant. The training that was developed specifically to deal with people with mental health issues is transferable to anyone dealing with stress or emotional trauma in the workplace.

Senator Cook: This is about society today with respect to mental health, and more importantly, it is about tomorrow. So many of our young people have to work at any job they can get for as long as they can. Perhaps that is where the conditioning is

Le sénateur Keon : C'est très intéressant. Tout comme le sénateur Kirby, je suis depuis longtemps convaincu du fait que nous devons fournir une souplesse accrue à l'ensemble de notre système. Nous devons le fractionner afin que les fournisseurs de services privés puissent se faire concurrence et accélérer le système. À l'heure actuelle, les soins de santé de notre pays doivent composer avec une bureaucratie suffocante, et aucun domaine n'est plus mal en point que celui de la santé mentale, où nous traitons environ 30 p. 100 des personnes qui devraient obtenir un traitement. Notre plus gros problème tient à la résistance au changement dans l'ensemble du système.

Selon vous, dans quelle mesure est-il possible que des services comme les vôtres soient dispensés auprès d'établissements publics, comme les hôpitaux?

Mme Baynton : Mais nous travaillons avec les hôpitaux. Ils comptent parmi nos clients, comme les entreprises du secteur privé. Notre travail concerne la prévention. Nous montrons aux dirigeants comment repérer les signes et les symptômes. Nous leur disons que le travail du dirigeant consiste non pas à diagnostiquer, à traiter ou à conseiller, mais tout simplement à orienter les clients vers les bonnes ressources. Cependant, il importe également, comme c'est le cas dans toute autre relation, qu'ils comprennent comment communiquer, et qu'ils sachent ce qui permettra aux gens de fonctionner, même lorsqu'ils ne sont pas bien. Nous convenons que le fait de rester au travail ou de retourner au travail favorise davantage le rétablissement de la plupart des gens souffrant de maladie mentale. L'isolement d'une personne à la maison peut aggraver les symptômes.

Nous enseignons aux dirigeants comment gérer le rendement, ce qui nous ramène à la question des syndicats. La plupart des organismes qui retiennent nos services sont syndiqués, et ils ont abandonné la gestion du rendement parce qu'ils la relient à la discipline, et que les syndicats interviennent toujours. Nous tentons de leur montrer que la gestion du rendement consiste à maximiser le potentiel de chacun. Ce n'est pas une question de discipline; il s'agit de collaborer en vue de déterminer ce dont vous avez besoin pour faire votre travail, et d'inviter les employés à dire quels engagements ils sont prêts à prendre pour qu'on arrive à nos fins, et cette étape est souvent écartée. Enfin, nous devons demander aux employés aux prises avec des problèmes de santé mentale quel type d'approche ils aimeraient qu'on adopte à l'avenir, quand il se produit quelque chose; autrement dit, nous devons nous tourner vers l'avenir.

L'information sur le rendement des investissements est anecdotique, mais nos clients nous ont dit que les retombées sont considérables. La formation mise au point spécifiquement pour s'occuper de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale peut s'appliquer à toute personne confrontée au stress ou à un traumatisme émotionnel en milieu de travail.

Le sénateur Cook : Cela concerne la société d'aujourd'hui, pour ce qui est de la santé mentale, et, fait plus important encore, cela concerne la société de demain. Un si grand nombre de nos jeunes doivent accepter n'importe quel emploi et le conserver le

taking place. They form attitudes in their first jobs that they take with them to their more permanent workplace, if there is any such thing today. We must be cognizant of that.

I may be more preoccupied than anyone with stigma and discrimination. I heard Mr. Gilbert use the lovely phrase “mental health literacy,” and I want to thank him for that. That is a phrase that we should carry forward.

Mr. Gilbert: I appreciate that comment, and I would like to echo Ms. Baynton’s comments. My consulting firm has been working with companies on mental health literacy and mental health awareness training, primarily with managers. Our main message is that if managers are not looking after themselves, they cannot look after others. There has been great progress in this area. CP Rail has instituted a depression awareness program, as have a number of other companies.

Further to the comments on the health sector, people may be aware that the Auditor General for B.C. wrote a report about a year ago slamming the health care system for not looking after its own. Mental health disorders are the number one cause of disability in the health care sector, particularly the community health care sector, in B.C. If the health care system does not look after the mental health of its own, it will not look after the mental health needs of our population.

The Chairman: All of the witnesses in one form or another stressed the importance of prevention by training front-line managers. I made a note of Mr. Gilbert’s statement about mental health literacy. We are good at stealing people’s lines, so we will use that. A related issue was whether there is a best practice for accommodating people who have a mental illness.

All of the witnesses raised the importance of training front-line managers to understand how to deal with people with mental illness. Someone wisely said that that does not mean a diagnosis or treatment; it means understanding that there is a problem and the need for a system to handle it.

We have heard in hearings across the country that employees are afraid to tell their employer that they are suffering from depression because it puts a black mark on their record. Even though the employer may be helpful, the reality is that somewhere in a file, it may be indicated that they cannot be moved further up in the system. It is only anecdotal, but we need to look at that.

Someone recommended that the training programs should be run by a WCB or some other body.

plus longtemps possible. C’est peut-être là que le conditionnement a lieu. Ils adoptent certaines attitudes dans le cadre de leur premier emploi, et ils les apportent avec eux lorsqu’ils arrivent dans un milieu de travail plus permanent, si une telle chose existe aujourd’hui. Nous devons reconnaître ce fait.

Je suis peut-être plus préoccupé que quiconque par la stigmatisation et la discrimination. J’ai entendu M. Gilbert parler de « connaissance de base en matière de santé mentale », et je tiens à le remercier pour cela. C’est une notion que nous devrions mettre de l’avant.

M. Gilbert : Je vous remercie, et je me fais l’écho de Mme Baynton. Mon entreprise d’experts-conseils travaille auprès d’entreprises — des dirigeants, principalement — en vue de les informer et de les sensibiliser à l’importance de la santé mentale. Le fond de notre message, c’est que si les dirigeants ne prennent pas soin d’eux-mêmes, ils ne pourront prendre soin des autres. On a réalisé de grands progrès à cet égard. CP Rail a établi un programme de sensibilisation à la dépression, tout comme un certain nombre d’autres sociétés.

Pour ce qui est des commentaires émis au sujet du secteur de la santé, vous savez peut-être que le vérificateur général de la Colombie-Britannique a fait paraître l’an dernier un rapport où il critiquait vertement le manque d’attention du système de soins de santé pour ses propres ressources humaines. En Colombie-Britannique, les troubles de santé mentale sont la première cause d’invalidité en importance dans le secteur des soins de santé, en particulier dans le secteur des soins de santé communautaires. Si le système de soins de santé ne se penche pas sur la santé mentale de son personnel, il ne se penchera pas sur les besoins en matière de santé mentale de notre population.

Le président : Tous les témoins insistent, d’une façon ou d’une autre, sur l’importance de former les cadres de premier niveau à titre préventif. J’ai pris en note la déclaration de M. Gilbert à l’égard des connaissances de base sur la santé mentale. Nous sommes passés maîtres dans l’art de voler les bons mots des autres, alors nous allons l’utiliser. Dans le même ordre d’idées, il faut déterminer s’il y a une pratique exemplaire en ce qui concerne la prise de mesures d’adaptation destinées aux personnes souffrant d’une maladie mentale.

Tous les témoins ont insisté sur l’importance de former les cadres de premier niveau afin qu’ils comprennent comment s’occuper de personnes souffrant de maladie mentale. Quelqu’un a émis un commentaire judicieux selon lequel cela ne concerne ni le diagnostic ni le traitement; il s’agit de comprendre qu’il y a un problème et qu’il faut un système permettant d’y donner suite.

Des témoins de partout au pays nous ont dit que les employés ont peur de dire à leur employeur qu’ils souffrent d’une dépression, car cela constitue une tache sur leur dossier. Même si l’employeur peut offrir son aide, il n’en demeure pas moins que le dossier peut porter une mention selon laquelle cette personne ne peut gravir les échelons de la hiérarchie. Il s’agit uniquement d’informations anecdotiques, mais nous devons nous pencher sur cette question.

Quelqu’un a recommandé que les programmes de formation soient exécutés par une CAT ou par un autre organisme.

I have a two-part question. First, could you give us examples of the best training programs that we could quote in the report? I will separate the accommodation issue from the training program. In regard to the best training programs for middle managers and front-line managers, because we like to be practical in our report, if we need to simply say that one needs to run training programs for front-line managers, we will say that. However, it would be more important to be able to say there are three, four or five good examples that have been practiced and work so we can point people in the right direction. What are those programs, if they exist?

Second, I believe Ms. Smailes made the observation that they were using incentives to get companies to make the changes required. I would like to have some understanding of that. It is one thing to say training programs are available and here they are. It is another to get people to take them up. I would like to know how you do that.

There are two ways of getting people to do what you would like them to do. The first is the carrot and the second is the stick. The legislative route is the stick, in the sense that it says here is a law and you are required to meet its conditions, and therefore people feel compelled to do something.

I inferred from what Ms. Smailes said that she went the route of using a carrot to get people to do the right thing.

Most of the major policies from our work on the health care system have been adopted. As the Supreme Court decision of a couple weeks ago shows, our recommendations on waiting times will be adopted.

We think giving people an incentive to behave the way we would like them to behave is better than threatening them with the law or regulations, so we focus on that.

This question is directed to anyone who wants to speak on those two issues. Where are the good training programs and what are the good incentives?

Mr. Gilbert: I think Ms. Baynton's program is an excellent made-in-Canada program. There are some interesting international examples. I welcome comments from other people. The Health and Safety Executive in Britain has developed an interesting process for stress audits for companies. I believe they are like a WCB. At this point, it is more of a carrot. They are voluntary audits, with criteria and standards. It is like a workplace audit.

There is an extensive training program at various levels attached to that for the establishment of stress management and stress awareness programs.

J'ai une question en deux volets. Premièrement, pourriez-vous nous fournir des exemples des meilleurs programmes de formation que nous pourrions mentionner dans le rapport? Je vais distinguer la question des mesures d'adaptation de celles du programme de formation. Nous aimerions connaître les meilleurs programmes de formation destinés aux cadres intermédiaires et aux cadres de premier niveau, car nous aimons que nos rapports soient pragmatiques : si nous devons simplement dire qu'il faut exécuter des programmes de formation à l'intention des cadres de premier niveau, c'est ce que nous dirons. Toutefois, il serait plus important de pouvoir dire qu'il y a trois, quatre ou cinq bons exemples qui ont été mis en pratique et qui fonctionnent, afin que nous puissions orienter les gens dans la bonne direction. Quels sont ces programmes, s'ils existent?

Deuxièmement, je crois que Mme Smailes a mentionné qu'on misait sur des incitatifs pour convaincre les entreprises d'apporter les changements qui s'imposent. J'aimerais obtenir plus d'information sur cette question. Dire qu'il y a des programmes de formation disponibles et les nommer, c'est une chose; veiller à ce que les gens adoptent de tels programmes, c'est une tout autre chose. J'aimerais savoir comment vous y arrivez.

Il y a deux façons de convaincre les gens de faire ce que vous voulez qu'ils fassent. Il y a la carotte, et il y a le bâton. La voie législative est le bâton, car elle dit : « Voici une loi, et vous êtes tenu de satisfaire à ses conditions », de sorte que les gens se sentent obligés de faire quelque chose.

Je crois comprendre, à la lumière de ses commentaires, que Mme Smailes a décidé de miser sur la méthode de la carotte pour convaincre les gens de faire ce qui devait être fait.

La plupart des grandes politiques formulées dans le cadre de nos travaux sur le système de soins de santé ont été adoptées. Comme en témoigne la décision prise par la Cour suprême il y a deux semaines, nos recommandations relatives aux délais d'attente seront adoptées.

Nous croyons qu'il vaut mieux offrir des incitatifs pour convaincre les gens de se comporter de la façon dont nous aimerions les voir se comporter, au lieu de les menacer avec des lois ou des règles, alors nous mettons l'accent sur cela.

Ma question s'adresse à quiconque veut formuler un commentaire à l'égard de ces deux enjeux. Où sont les bons programmes de formation, et quels incitatifs sont efficaces?

M. Gilbert : Je crois que le programme de Mme Baynton est un excellent programme conçu au Canada. Il y a des exemples internationaux intéressants. J'invite les autres intervenants à formuler des commentaires. En Grande-Bretagne, le Health and Safety Executive a mis au point un processus intéressant pour la vérification du stress dans les entreprises. Je crois qu'il s'agit d'un organisme qui s'apparente à une CAT. Sous cette forme, il s'agit davantage d'une carotte. Il s'agit de vérifications volontaires, assorties de critères et de normes. C'est comme une vérification du milieu de travail.

Ce processus est accompagné d'un programme de formation étendu destiné à divers échelons, pour l'établissement de programmes de gestion du stress et de sensibilisation au stress.

My understanding is, and I may be mistaken, that at this point the carrot is about to become a stick. They have the power of legislation behind them, and just as compensation boards can mandate a physically healthy workplace, they can mandate having a psychologically healthy workplace and can threaten employers with fines and jail time.

Ms. Smailes: I believe they do have that power now, but I am not positive.

Mr. Gilbert: It may now be in place.

Ms. Smailes: We definitely use the carrot approach.

The Chairman: Who are the “we”?

Ms. Smailes: The “we” is interesting because we try to work with a wide range of stakeholders. For example, “we” can be OSA.

The Chairman: Is that is the occupational safety association?

Ms. Smailes: That is the Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in British Columbia. Our role is to help improve health and safety within the health care industry.

One of the first things we do is to ensure that everyone is involved from the beginning so that there is a level of ownership as they move ahead. With regard to incentives, we make sure we evaluate everything. When you talk about best practices, an effective incentive is to be able to say, “Here are the data that show that this is a good thing to do and that you will get benefits from it.” We rely heavily on our past successes, such as ceiling lifts, which had a huge financial impact. We had the PEARS program; financially, the impact is huge. We build on those to say, “Look, if you come on again, you have another opportunity to save a lot of money, and here is the track record.”

There is an incentive to have an outside funding source. Money is limited and there is much pressure from everywhere to do many different things. If we have research to show what works, they can trust it will work when they implement it. If we can use research to take them through the whole process and get to that point, they will roll it out.

The Chairman: What kind of cost are you talking about per firm, ballpark? When you say you will give them funding to do the research, what dollar number are you talking about?

Ms. Smailes: We have a proposal currently for four years to do healthy workplaces across the province. It is \$500,000 from the grant agency and \$500,000 from the health authorities.

The Chairman: Is that a million dollars a year?

Je crois comprendre — et j’ai peut-être tort — qu’à ce moment-là, la carotte est sur le point de devenir un bâton. Ils ont le pouvoir de la loi derrière eux, et, tout comme les commissions d’indemnisation des accidentés du travail, qui peuvent exiger qu’on prenne des mesures pour que le milieu de travail soit physiquement sain, ils peuvent exiger qu’on prenne des mesures pour que le milieu de travail soit psychologiquement sain, et ils peuvent menacer les employeurs d’amendes et d’emprisonnement.

Mme Smailes : Je crois qu’ils ont maintenant le pouvoir de faire cela, mais je n’en suis pas certaine.

M. Gilbert : C’est peut-être en vigueur maintenant.

Mme Smailes : Nous misons certainement sur la méthode de la carotte.

Le président : Qu’entendez-vous par « nous »?

Mme Smailes : Ce « nous » est intéressant, car nous tentons de travailler avec un large éventail d’intervenants. Par exemple, « nous » peut désigner l’OSA.

Le président : S’agit-il de l’occupational safety association?

Mme Smailes : Il s’agit de l’Occupational Health and Safety Agency for Healthcare de la Colombie-Britannique. Notre rôle est d’aider à améliorer la santé et la sécurité dans le secteur des soins de santé.

L’une des premières choses que nous faisons, c’est de veiller à ce que tout le monde participe dès le début, afin que chacun se sente responsable à mesure que les choses avancent. Pour ce qui est des incitatifs, nous nous assurons de tout évaluer. Lorsqu’on parle de pratiques exemplaires, il est efficace, à titre d’incitatif, de pouvoir dire : « Voici des données qui montrent que c’est une bonne chose à faire et que cette mesure aura des retombées positives. » Nous misons énormément sur nos réussites antérieures, comme les lève-personnes fixés au plafond, qui ont eu un impact financier énorme. Il y a eu le programme PEARS; financièrement, l’impact est énorme. Nous misons sur ces réussites, et nous disons : « Écoutez, si vous participez encore, vous aurez une autre occasion de réaliser des économies importantes, et voyez tout ce que nous avons accompli dans le passé. »

Il y a un incitatif à chercher une source de financement externe. Le financement est limité, et chacun exerce des pressions à l’égard d’un grand nombre de choses différentes. Si nous avons des recherches qui montrent ce qui fonctionne, ils savent que le processus va fonctionner s’ils le mettent en œuvre. Si nous pouvons utiliser la recherche pour les guider tout au long du processus et en arriver à ce point-là, ils se chargeront de le mettre sur pied.

Le président : Quels seront les coûts approximatifs pour chaque établissement? Lorsque vous dites que vous les financerez pour mener des recherches, de quel montant d’argent parlez-vous?

Mme Smailes : Nous avons actuellement une proposition de quatre ans visant à créer des milieux de travail sains partout dans la province; 500 000 \$ proviennent de l’organisme qui octroie les subventions, et 500 000 \$, des autorités en matière de santé.

Le président : Un million de dollars par année?

Ms. Smailes: No, that is across the four years.

The Chairman: That number is so small the federal government would not even recognize it.

Ms. Smailes: That is another issue. Part of the difficulty is not having the money to do the evaluations of good programs. The Canadian federation for health research and services is one of the first groups that I found that does give some money across the four-year program so you can do an evaluation, which is important.

[Translation]

Ms. Dagenais: I would point out that good practices are not absolute. You have to distinguish between what is done in large businesses and what is done in other Canadian businesses. In Canada, a number of large businesses have health strategies, while others have no strategies, but would have the means to establish them. However, most Canadian businesses are SMEs. However, those small and medium-sized businesses will not be able to implement good health practices without outside support. Programs are necessary to enable those businesses to establish employee assistance mechanisms.

In Quebec, studies have shown that those most affected by mental health problems in the workplace are those who work in interpersonal relations with patients and students. Consequently, the assistance we want to provide must be targeted by the occupational sector the hardest hit by stress on the job. We have to consider these characteristics before talking about good practices unilaterally.

[English]

The Chairman: Do you have any examples in Quebec of what you would call best practices or best training programs?

[Translation]

Ms. Dagenais: They exist. However, I did not survey them. The report I produced cites some examples of practices and policies. When it comes to good practices with regard to psychological harassment, you should not limit yourself solely to management; you have to have a more overall view of the phenomenon.

The other component is the link between working conditions and psychological health problems. We don't yet have public files on this matter.

[English]

Senator Cochrane: I worry about bringing in legislation when it comes to psychological harassment in the workplace, and I will tell you why. I had a firsthand experience with a large company in my area, Abitibi-Price. That company does business across Canada and North America. Abitibi-Price has a nurse on hand

Mme Smailes : Non, il s'agit d'un million de dollars sur quatre ans.

Le président : Le montant est si faible que le gouvernement fédéral ne le reconnaîtrait même pas.

Mme Smailes : C'est un autre problème. Une partie des difficultés découle du fait qu'on n'a pas l'argent nécessaire pour faire l'évaluation de bons programmes. La fédération canadienne de la recherche et des services en santé est l'un des premiers groupes que j'ai trouvés qui fournit un peu d'argent à l'intention du programme de quatre ans afin qu'on puisse mener une évaluation, ce qui est important.

[Français]

Mme Dagenais : Précisons que les bonnes pratiques ne sont pas absolues. Il faut distinguer ce qui se fait dans les grandes entreprises par rapport aux autres entreprises canadiennes. Au Canada, plusieurs grandes entreprises ont des stratégies en matière de santé, d'autres n'ont pas de stratégie mais auraient les moyens d'en mettre sur pied. Cependant, la majorité des entreprises canadiennes sont des PME. Or ces petites et moyennes entreprises ne pourront mettre en œuvre de bonnes pratiques en matière de santé sans un appui extérieur. Des programmes sont nécessaires pour permettre à ces entreprises de mettre sur pied des mécanismes d'aide aux employés.

Au Québec, les études ont démontré que les personnes les plus touchées par les problèmes de santé mentale au travail sont celles qui travaillent en relations interpersonnelles avec des patients ou des élèves. Il faudra donc cibler l'aide que nous désirons apporter selon le secteur professionnel le plus touché par la tension au travail. Nous devons tenir compte de ces caractéristiques avant de parler de bonnes pratiques de façon unilatérale.

[Traduction]

Le président : Pouvez-vous nous donner des exemples au Québec de ce que vous appelleriez des programmes de pratiques exemplaires ou des programmes axés sur la meilleure formation possible?

[Français]

Mme Dagenais : Il en existe. Toutefois, je n'ai pas fait l'inventaire de ces pratiques. Le rapport que j'ai produit cite certains exemples de pratiques ou de politiques. Lorsqu'il est question de bonnes pratiques en matière de harcèlement psychologique, on ne doit pas se limiter uniquement à la gestion, on doit avoir une vue globale du phénomène.

L'autre volet est celui qui fait le lien entre les conditions de travail et les atteintes à la santé psychologique. Nous ne disposons pas encore de dossiers publics à ce sujet.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Je m'inquiète du fait d'avoir recours aux lois en ce qui concerne le harcèlement psychologique en milieu de travail et je vais vous expliquer pourquoi. J'ai vécu une expérience à cet égard avec une grande entreprise de ma région, Abitibi-Price. Cette entreprise fait des affaires partout au Canada

in the facility. She coordinates with all the managers of the various departments along with the hospital facility there. Her door is always open. I know of people who have gone to her for help with a medical disability. These people encounter the medical staff through her direction. I say to you, be careful about bringing in legislation, because we must not throw out the baby with the bath water. We cannot target everyone. This is my point. The human aspect is very important. Mr. Gilbert and Mr. Dos Santos Soares mentioned that. There are many things that can be done through the human element in management. That should be stressed, because without that you will end up with fines and jail time.

There will be lack of productivity because this will go right through the system. Everybody will lose their morale. There is so much to think about when you bring this in.

[Translation]

Ms. Malenfant: For the employer support service, first you have to find toolboxes before trying any miracle cures. With the resurgence of mental health problems in the workplace, we are also witnessing a resurgence in consultation services offered to businesses. But you should not also fall into the toolbox trap.

First, you have to identify the principles that must underlie mental health prevention in the workplace and make workplaces independent with regard to intervention. Once the research team and consultants have left, what happens to the work teams that have to take over and make permanent changes in the workplace? They have to be empowered to identify the problems and they have to be led to find their own solutions suited to their workplace. To do this, they often need to understand their organization in order to introduce decisive changes.

It is true that, in a number of businesses, the determinants, the causes of problems may be similar, but the methods for making those changes may differ, depending on the history of the business, the type of management, type of production and the economic problems encountered by the businesses. This requires financial resources to put things in place. You have to identify what does not cost a lot of money, but what is possible to do.

It is often forgotten in Quebec that, with the act respecting occupational health and safety, we have a public occupational health intervention network, and thus workers attached to the public network who have occupational health training and have the power to intervene in the workplace. However, they need increased training in order to intervene in the field of mental health in the workplace. These workers are already on the job. They are regional resources, and they must be empowered to intervene. Businesses should not always look to outside resources, which are costly for them, and do not necessarily ensure long-term follow-up.

et en Amérique du Nord. Abitibi-Price a une infirmière sur place. En collaboration avec tous les gestionnaires des divers services, elle coordonne l'établissement hospitalier. Sa porte est toujours ouverte. Je connais des personnes qui sont allées la voir pour obtenir de l'aide en raison d'une invalidité. Ces personnes ont rencontré le personnel médical, qu'elle leur avait présenté. Je vous le dis : faites attention de ne pas avoir recours aux lois, car on ne doit pas jeter le bébé avec l'eau du bain. On ne peut pas cibler tout le monde. C'est le point que je voulais soulever. L'aspect humain est très important. MM. Gilbert et Dos Santos Soares en ont fait mention. On peut accomplir bon nombre de choses en tenant compte de l'aspect humain de la gestion. On doit le souligner, car sans ça, vous allez payer des amendes et faire de la prison.

Il y aura une absence de productivité puisque ça va passer tout droit dans le système. Tout le monde va être démoralisé. Il y a tellement de choses auxquelles penser lorsque vous avez recours aux lois.

[Français]

Mme Malenfant : Pour le service de soutien aux employeurs, il faut d'abord, avant d'essayer des recettes miracles, trouver des boîtes à outils. Avec la recrudescence des problèmes de santé mentale au travail, on assiste aussi à une recrudescence de services de consultation offerts aux entreprises. Il ne faut pas tomber non plus dans ce piège des boîtes à outils.

Il faut d'abord identifier les principes qui doivent sous-tendre l'intervention en santé mentale au travail, rendre les milieux de travail autonomes par rapport à l'intervention. Après le départ de l'équipe de chercheurs et des consultants, qu'advient-il des équipes de travail pour prendre la relève et assurer le changement permanent dans le milieu de travail? Il faut les habiliter à identifier les problèmes et les amener à trouver leurs propres solutions adaptées à leur milieu de travail. Pour ce faire, ils ont souvent besoin de comprendre leur organisation pour arriver à mettre en place des changements probants.

Il est vrai que dans plusieurs entreprises, les déterminants, les causes des problèmes peuvent être similaires, mais les moyens d'effectuer ces changements peuvent différer, selon l'histoire de l'entreprise, le type de gestion, le type de production, les difficultés économiques rencontrées par les entreprises. Cela nécessite des ressources financières pour mettre les choses en place. Il faut identifier ce qui ne coûte pas tant d'argent mais ce qu'il est possible de faire.

On oublie souvent, au Québec, qu'avec la Loi sur la santé et la sécurité du travail, on a un réseau public d'interventions en santé au travail, donc des intervenants rattachés au réseau public, qui ont une formation en santé au travail et qui sont habilités à intervenir en milieu de travail. Ils ont besoin, par contre, d'une formation accrue pour intervenir dans le champ de la santé mentale au travail. Ces intervenants sont déjà sur place. Ce sont des ressources régionales et il faut qu'elles soient habilitées à intervenir. Il ne faut pas toujours aller chercher des ressources externes, dispendieuses pour l'entreprise, et qui n'assurent pas nécessairement un suivi à long terme.

That is what I wanted to emphasize. You have to identify not only the means, but also the principles that must underlie intervention and ensure we find the most appropriate means.

[English]

The Chairman: Are there any good examples, other than the one or two that have been mentioned, that would tell us what those ways and means are? I agree that big corporations and small and medium-sized businesses are quite different. Frankly, my instinct would be that big corporations will generally be better than small and medium-sized businesses because they are more used to being regulated. Does anyone know of specific examples where it has worked well?

[Translation]

Ms. Malenfant: If I take the public occupational health network I just referred to, researchers in the field of mental health in the workplace have added workers from the public occupational health network to their teams in order to intervene in the workplace and to put in place what are called “intervention support groups.” The idea is to intervene and make workplaces more independent of intervention by associating researchers with workers who, following the workplace introduction period, will be able to continue providing ad hoc support in the workplace.

These intervention support groups have begun to be introduced in the public health system. This is being evaluated and preliminary results are very convincing.

It is only through longitudinal studies that we will be able to know whether these positive results continue over the long term. Research funding can definitely assist in conducting these kinds of longitudinal studies, but we sense things are on the right track when resources already existing in the regions are included.

[English]

Ms. Baynton: I would like to speak to some of the foundational aspects of the work that then can be transferred to other programs. It is evidence based. We did use research to put it together. It also follows the current information about adult education, which includes the idea that in order for them to own it after you leave, they need to use it and interact with it while you are there.

In the workshop that we do, we stop seven times in the day to get people to apply the information that we have given them to exercises and role playing so that they are able to use it later.

We also understand that there is no cookie-cutter approach. We do a pre-presentation interview with the organization, with the employer, to find out about the culture, the relationship with

C'est sur cela que je voulais mettre l'accent. Il faut non seulement identifier les moyens mais aussi identifier les principes qui doivent sous-tendre l'intervention et faire en sorte qu'on trouve les moyens les plus appropriés.

[Traduction]

Le président : Existe-t-il de bons exemples, autres que ceux dont vous avez parlé, qui nous montreraient les voies et les moyens qui s'offrent à nous? Je suis d'accord pour dire que les grandes entreprises et les petites et moyennes entreprises sont plutôt différentes. Sincèrement, j'ai l'impression que, de façon générale, les grandes entreprises s'adapteront mieux que les petites et moyennes entreprises, car elles sont plus habituées à être réglementées. Quelqu'un peut-il donner des exemples particuliers où cela a bien fonctionné?

[Français]

Mme Malenfant : Si je prends le réseau public en santé au travail dont je viens de parler, les chercheurs, dans le champ de la santé mentale au travail, ont intégré des intervenants du réseau public de santé au travail à leur équipe pour intervenir en milieu de travail et mettre en place ce qu'on appelle des « groupes de soutien à l'intervention ». L'idée est d'intervenir et de rendre les milieux de travail plus autonomes par rapport à l'intervention en associant des chercheurs et des intervenants qui, après la période d'implantation dans le milieu de travail, vont pouvoir continuer à apporter un soutien ponctuel au milieu de travail.

On a commencé à implanter de ces groupes de soutien à l'intervention dans le réseau public de la santé. C'est en cours d'évaluation et les résultats préliminaires sont très probants.

Ce n'est qu'avec des études longitudinales que l'on saura si, à long terme, ces résultats positifs perdurent. Il est certain que le financement de la recherche peut aider à entreprendre de telles études longitudinales, mais on sent que l'on est sur la bonne voie quand on intègre des ressources déjà existantes aux régions.

[Traduction]

Mme Baynton : J'aimerais parler de certains des aspects généraux du travail que l'on peut transférer vers d'autres programmes. Ils se fondent sur les résultats. Nous avons utilisé la recherche pour les réunir. Ça correspond également aux renseignements actuels concernant l'éducation des adultes, ce qui comprend l'idée selon laquelle ils doivent l'utiliser et participer lorsque vous êtes présent afin qu'ils puissent s'en servir une fois que vous avez quitté.

Dans le cadre de l'atelier que nous présentons, nous nous arrêtons sept fois au cours de la journée afin que les personnes appliquent les renseignements que nous leur avons donnés aux exercices et aux jeux de rôles pour qu'elles puissent l'utiliser par la suite.

Nous savons également qu'il n'existe aucune approche universelle. Au préalable, nous menons une entrevue auprès de l'organisme, de l'employeur, pour connaître la culture, la relation

the union and incidents of suicide or other experiences so that we are informed when we go in there to speak to the employees or the managers.

We take a balanced approach. We do workshops for only 12 managers at a time because of the need for interaction. We know that it is almost inevitable that one or more of those managers has experienced or is experiencing mental health problems themselves. Therefore, who is doing the training is important, because not only do we have to be knowledgeable about management practices, but also about mental health issues. We have to be knowledgeable about dealing with the stress and the triggers that come up in the room because of the training that we are doing.

We created the workshop with the understanding that 75 to 80 per cent of managers do not have a natural ability to manage people. It was developed specifically to reach the technically astute, linear-thinking managers.

To add to what Ms. Dagenais said, the workshops can be hosted through the chamber of commerce, trade associations or business improvement associations so that small-business owners can participate. The cost for the full day of training for managers right now through our organization is \$210.

The Chairman: Per person?

Ms. Baynton: Per person. It is not a huge expense. We try to solve their problems on that day. It is not theoretical. It is not abstract. It is, "What do I say? How do I say it?" Many of the questions are, "What about this? What about when this happens? What about when they are just crying all the time? When they give me the silent treatment or they will not talk to me, what do I do?" It is very practical.

Senator Cordy: You talked about the importance of who will do the training. When you have a small group of 12 people interacting, do you determine at the end of the day which of them would be best to train other individuals within the organization, or how exactly does that work? That is extremely important.

Ms. Baynton: We are doing the training that day. At the end of the session, we suggest that the people network with each other. In most cases, we have human resource or occupational health personnel at our training sessions. They also take place so that they can support or change the processes that already exist.

We try to get them to form a committee to support each other in dealing with these issues.

Senator Cordy: Is there a follow-up or is it just one-time training? Do you go back in six or twelve months?

avec le syndicat et les incidents liés au suicide ou d'autres expériences afin que nous en sachions un peu plus lorsque nous nous présentons pour parler avec les employés ou les gestionnaires.

Nous utilisons une approche équilibrée. Nous présentons les ateliers devant uniquement 12 gestionnaires à la fois en raison du besoin d'interaction. Nous savons qu'il est pratiquement certain que l'un ou plusieurs de ces gestionnaires a connu ou connaît actuellement des problèmes de santé mentale. Par conséquent, il est important de bien choisir la personne qui donne la formation, car elle doit posséder des connaissances non seulement sur les pratiques de gestion, mais également sur les problèmes de santé mentale. Elle doit savoir comment gérer le stress, de même que les éléments déclencheurs, qu'éprouvent les personnes présentes dans la pièce en raison de la formation qu'elles reçoivent.

Nous avons créé l'atelier en tenant compte du fait que de 75 à 80 p. 100 des gestionnaires n'ont pas une capacité innée de gérer des personnes. Nous l'avons précisément élaboré pour cibler les gestionnaires qui, en principe, sont intelligents et ont une conception linéaire des choses.

Pour ajouter à ce que Mme Dagenais mentionnait plus tôt, les ateliers peuvent être présentés par l'entremise de la chambre de commerce, d'associations professionnelles ou d'associations d'amélioration des affaires afin que les propriétaires de petites entreprises puissent participer. Actuellement, par l'entremise de notre organisme, les gestionnaires déboursent 210 \$ pour une journée entière de formation.

Le président : Par personne?

Mme Baynton : Par personne. Ce n'est pas une grande dépense. Nous tenterons de régler leurs problèmes au cours de cette journée. Ce n'est pas théorique. Ce n'est pas abstrait. C'est plutôt « Qu'est-ce que je dis? Comment dois-je le dire? » Nous répondons à bon nombre des questions suivantes : « Qu'est-ce qu'on fait dans cette situation? Qu'est-ce qu'on fait quand cela se produit? Que fait-on quand ils ne font que pleurer tout le temps? Quand ils restent silencieux ou qu'ils ne veulent pas me parler, qu'est-ce que je fais? ». C'est très pratique.

Le sénateur Cordy : Vous parlez de l'importance de la personne qui offrira la formation. Lorsque vous avez un petit groupe de 12 personnes qui interagissent, déterminez-vous, au bout du compte, la personne qui pourrait le mieux former d'autres personnes au sein de l'organisme, ou comment fonctionnez-vous exactement? C'est une question très importante.

Mme Baynton : Nous formons les gens cette journée-là. À la fin de la séance, nous proposons aux personnes de discuter entre elles. Dans la plupart des cas, nous invitons les membres du personnel des ressources humaines ou de la santé au travail à nos séances de formation. Ils y participent également pour soutenir ou modifier les processus déjà en place.

Nous voulons qu'ils forment un comité afin qu'ils se soutiennent les uns les autres pour régler ces problèmes.

Le sénateur Cordy : Effectuez-vous un suivi ou s'agit-il uniquement d'une formation unique? Retournez-vous voir cette personne après six ou douze mois?

Ms. Baynton: Mental Health offers a variety of services, so it really depends on the situation. We offer a service where we go in and interview all of the employees to understand the stressors, the patterns and themes that exist in the organization. We make recommendations on how to make changes that will address those.

We do a workshop called the Complex Issues, Clear Solutions Workshop, which is a full-day workshop for managers. We also do interventions in particular cases where employees are having difficulty to come up with an accommodation for them and an agreement.

We do employee awareness, which the managers might think is great and want to put forward but claim the employees will not talk about it. We do not live in an accepting culture, so another component would be to change the way of thinking about this. In some cases, we provide coaching to managers who are experiencing difficulty. There is a broad spectrum of options, including one-day training that is taken by some managers who then apply it to the workplace and make the difference. We tell managers that they might not be able to change a large organization, but they can influence their own unit or team. An organization will usually listen to us because we interact with a vice-president or a CEO or a director of human resources about organizational change. However, when we talk to managers, we ask only that they participate with the members of their unit or team. That is all you can do.

Senator P  pin: I have one brief question. It is wonderful that such work is being done with managers and CEOs. Do you know anyone involved with university teachers? We see a need to look after our youth. We had a meeting with someone from McGill University who said that 50 per cent of first-year students experience mental disabilities, and so a university teacher must be aware.

We were also told that general practitioners and family doctors are not well informed about these issues at the emergency level in hospitals. Perhaps if better training were available at the universities it would help the students.

Ms. Baynton: We have worked at universities with professors on management training because many of them manage other people. They said that the skills they learned were transferable to their students, so it is possible.

Senator, you mentioned general practitioners. We often ask them to describe the limitations and not the work that should or should not be done. We ask them to leave it to the workplaces to develop the solutions because they are involved. We joke about it by saying if we get a letter claiming the person can only work

Mme Baynton : Mental Health Works offre divers services, alors  a dépend vraiment de la situation. Nous offrons un service o  nous nous présentons et nous interviewons tous les employés pour connaître les facteurs de stress, les tendances et les thèmes qui existent dans l'organisme. Nous formulons des recommandations sur la façon d'apporter des modifications qui permettront de régler ces enjeux.

Nous présentons un atelier intitulé Complex Issues, Clear Solutions Workshop, un atelier d'une journée entière à l'intention des gestionnaires. Nous menons également des interventions dans des cas particuliers où les employés éprouvent des difficultés à obtenir des adaptations et à conclure une entente.

Nous sensibilisons également les employés; les gestionnaires pourraient penser qu'il s'agit d'une excellente idée et vouloir la mettre de l'avant, mais ils pourraient dire que les employés ne voudront pas en parler. Nous ne vivons pas dans une culture d'acceptation, alors il faudrait également changer notre façon de penser à cet égard. Dans certains cas, nous offrons un encadrement aux gestionnaires qui connaissent des difficultés. Il existe un vaste spectre d'options, notamment une formation de une journée que certains gestionnaires suivent pour ensuite l'appliquer à leur milieu de travail et font la différence. Nous disons aux gestionnaires qu'ils pourraient ne pas être en mesure de transformer un grand organisme, mais ils peuvent influencer leur propre unité ou équipe. Normalement, un organisme tiendra compte de ce que nous disons, car nous interagissons avec un vice-président, un PDG ou un directeur des ressources humaines en ce qui concerne un changement organisationnel. Toutefois, lorsque nous parlons avec des gestionnaires, nous leur demandons simplement de participer avec les membres de leur unité ou équipe. C'est tout ce que vous pouvez faire.

Le sénateur P  pin : J'ai simplement une petite question. C'est merveilleux de voir tout ce travail accompli auprès des gestionnaires et des PDG. Connaissez-vous quelqu'un qui forme des professeurs d'université? Nous voyons une nécessité de prendre soin de nos jeunes. Nous avons rencontré une personne de l'Université McGill qui nous a dit que 50 p. 100 des étudiants de première année sont atteints d'une incapacité mentale; un professeur d'université doit être au courant de ce fait.

On nous a également dit que les omnipraticiens et les médecins de famille qui travaillent aux urgences d'un hôpital ne connaissent pas bien ces problèmes. Cela aiderait peut-être les étudiants si les universités leur offraient une meilleure formation.

Mme Baynton : Nous avons travaillé auprès de professeurs d'universités pour leur offrir une formation sur la gestion, car bon nombre d'entre eux prennent en charge d'autres personnes. Ils ont mentionné que les compétences qu'ils ont apprises pouvaient être transf r es à leurs étudiants, alors c'est possible.

Sénateur, vous avez parlé des omnipraticiens. Nous leur demandons souvent de décrire non pas le travail qui devrait être fait ou non, mais les limites. Nous leur demandons de laisser les responsables en milieu de travail trouver les solutions parce qu'ils y participent. Nous faisons des blagues à ce sujet : si nous

Monday, Wednesday and Friday, I respond to that by saying when they show me the Tuesday-Thursday illness in the DSM that will be acceptable.

Ms. Buchanan: I was speaking with the VP of human resources at CIBC, where they have had a program in place for six or seven years. This is an example of how working from the top down in a company truly works. They have been able to reduce lost time by 30 per cent, which is huge, given the size of the corporation.

The spokesperson said that one of the most important things when someone goes on sick leave, which I have added to my submission, is to maintain contact with the individual. In that way, the individual continues to feel a part of the organization and does not lose a sense of self-esteem. She said that has been one of the key elements in enabling employees to return to work sooner than they otherwise likely would.

I want to comment on the money issue. From my understanding, the easiest place to find money is in the tax system. We have health-related deductions in the tax system for CPP disability and for health care costs, et cetera. Small and medium-sized businesses cannot afford to hire a nurse or a facilitator for an employee. However, such businesses could receive a tax break to pay for services like Mental Health Works and to bring in outside consultants to train the managers. Obviously, the funding required would be based on their specific needs. I would recommend that we look at tax money to determine a way to fund these kinds of efforts.

The Chairman: That meets our requirement for an incentive because a business that did not bother with it would not receive the tax break. Certain environmental expenditures these days can be written off, but you have to carry them out.

Ms. Buchanan: The other key component is that you are already advertising without spending any money. You are already letting people know across Canada that mental health in the workplace has some meaning. Even if people do not understand the term WSIB or find it scary, they might investigate to determine what is involved.

[Translation]

Mr. Dos Santos Soares: We at UQAM have created a modest course on violence and violence prevention for managers. All managers can take these courses at the bachelors level. I believe bad practices must be taught so that they are able to identify when things are not right. This is the equivalent of what happens at a medical school; if you only teach health, students would never be

recevons une lettre disant que la personne peut uniquement travailler le lundi, le mercredi et le vendredi, nous répondons que, lorsqu'elle nous montrera la maladie du mardi et du jeudi dans le DSM, nous accepterons sa proposition.

Mme Buchanan : J'ai parlé avec le v.-p. des ressources humaines à la CIBC, où ils ont un programme en place depuis six ou sept ans. C'est un exemple de la façon dont le travail accompli du haut vers le bas dans une entreprise fonctionne vraiment. Ils ont été en mesure de réduire le temps perdu de 30 p. 100, ce qui est énorme, compte tenu de la taille de l'entreprise.

La porte-parole a déclaré que l'une des choses les plus importantes lorsqu'une personne prend un congé de maladie, élément que j'ai ajouté à ma présentation, consiste à rester en contact avec elle. De cette façon, il continue de sentir qu'elle fait partie de l'organisme et elle ne perd pas son estime de soi. Elle a dit qu'il s'agissait de l'un des éléments clés qui permettent aux employés de retourner au travail plus rapidement qu'ils ne le feraient normalement.

J'aimerais faire un commentaire sur la question pécuniaire. D'après ce que je comprends, l'endroit le plus simple pour trouver de l'argent, c'est dans le système d'imposition. Le système d'imposition comprend des déductions relatives à la santé en ce qui concerne les prestations d'invalidité du RPC et les coûts liés aux soins de santé, etc. Les petites et moyennes entreprises ne peuvent se permettre d'embaucher une infirmière ou un intervenant pour un employé. Toutefois, de telles entreprises pourraient profiter d'un allègement fiscal afin de payer pour des services comme ceux offerts par Mental Health Works et d'avoir recours à des consultants externes pour former les gestionnaires. Évidemment, le financement requis se fonderait sur leurs besoins particuliers. Je recommanderais que nous nous tournions vers les deniers publics pour déterminer une façon de financer ce genre d'efforts.

Le président : Cela satisfait à notre exigence en matière de mesures incitatives puisqu'une entreprise qui ne fait pas d'effort ne profiterait pas de l'allègement fiscal. De nos jours, certaines dépenses environnementales peuvent être radiées, mais vous devez les faire.

Mme Buchanan : L'autre élément clé, c'est que vous faites déjà de la publicité sans dépenser d'argent. Vous laissez déjà savoir à tous les Canadiens que la santé mentale en milieu de travail a une certaine importance. Même si les gens ne comprennent pas le terme CSPAAT ou qu'ils le trouvent terrifiant, ils devraient chercher à en savoir davantage pour déterminer ce qui est en jeu.

[Français]

M. Dos Santos Soares : Modestement à l'UQAM, nous avons créé un cours sur la violence et la prévention de la violence pour les gestionnaires. Tous les gestionnaires peuvent suivre ces cours au baccalauréat. Je crois qu'il faut enseigner les mauvaises pratiques afin qu'ils soient en mesure d'identifier lorsque cela ne va pas. C'est l'équivalent dans une école de médecine; si on

able to recognize disease. Instead of putting our heads in the sand, we are going to act, prevent and manage conflicts. There are solutions to problems.

There is a new masters level program on managing and preventing disabilities in the workplace. We are trying to start this kind of debate for the community from the university. Doctors, engineers and everyone needs this kind of knowledge, which is not necessarily part of the program.

In Quebec, we have a prize list of the best employers. It is very interesting to see that those at the top of the list are companies that have developed programs for managing mental health issues.

I do not know those companies personally, but I can name two of them. DLGL is a small business with fewer than 100 employees that produces human resource management software. It is considered the number one company in Quebec where everyone would like to work. There is no turnover rate, and the work-life balance and stress management strategies put in place are promising.

In Ottawa, there's MDS Nordion, which works in the pharmaceutical field and has developed a wellness program for employee stress management. That is very interesting because they offer tools. If people want to use them, they can. There is a gymnasium for training purposes, and there are all kinds of things for employees' psychological well-being.

Where I think things are dangerous is where, for example, large businesses have major mental health programs that are well done, but that, in some instances, exist only on paper and do not reach employees working at the bottom of the organization.

For example, in one large Quebec organization — without naming it so as not to offend anyone — they have highly reputed programs, except that you have to know the organizational context in order to understand. If I, as a manager, want to use those programs, I have to pay.

I can send my employees to mental health training, but it has to come out of my budget. If I am an engineer in a department where I have to hire people, buy computers and software and pay for mental health and depression in the workplace training, where will my priority be? So the programs aren't used. They are good, but they are not trickling down to the bottom of the line structure. That is what I call the Balashev syndrome; there's organizational resistance.

You have to beware. It is not the carrot or the stick. You need the carrot and the stick. The carrot for organizations is their image. It is not the discourse about suffering that will change people, but rather the cost of the change. When someone comes to my office with a copy of the *Journal de Montréal* and shows me a

enseignait seulement la santé, on ne serait jamais capable de reconnaître la maladie. Au lieu de jouer à l'autruche, on va agir, prévenir et gérer les conflits. Il y a des solutions aux problèmes.

Il y a un nouveau programme de deuxième cycle sur la gestion et la prévention des incapacités au travail. On essaie de susciter ce genre de débat pour la communauté à partir de l'université. Les médecins, les ingénieurs et tout le monde a besoin d'avoir ce genre de connaissances qui ne font pas nécessairement partie du programme.

Au Québec, nous avons un palmarès des meilleurs employeurs. Il est très intéressant de voir que ceux qui sont au haut de la liste sont des compagnies qui ont effectivement développé des programmes de gestion pour des questions de santé mentale.

Je ne connais pas personnellement ces compagnies, mais je peux vous en nommer deux. Il y a la compagnie DLGL qui est une petite entreprise de moins de 100 employés qui produit des logiciels pour la gestion des ressources humaines. Cette compagnie est considérée comme le numéro un au Québec et où tout le monde voudrait travailler. Il n'y a aucun taux de roulement et les stratégies mises en place pour la conciliation travail-famille et pour la gestion du stress sont intéressantes.

À Ottawa, il y a la compagnie MDS Nordium qui oeuvre dans le domaine pharmaceutique et qui a mis sur pied un programme de bien-être pour la gestion du stress des employés. C'est très intéressant parce qu'ils donnent les outils. Si les gens veulent les utiliser, ils le peuvent. Il y a un gymnase pour l'entraînement et il y a toutes sortes de choses pour le bien-être psychologique des employés.

Là où je crois que c'est dangereux, c'est lorsque, par exemple, de grandes entreprises ont de gros programmes de santé mentale très bien faits, mais qui parfois n'existent que sur papier et n'arrivent pas à joindre les employés travaillant au bas de l'échelle de l'organisation.

Par exemple, dans une grande organisation québécoise — sans la nommer pour ne pas offenser personne — ils ont des programmes bien réputés, sauf qu'il faut connaître les contextes organisationnels pour comprendre. Si moi en tant que gestionnaire je veux utiliser ces programmes, je dois payer.

Je peux envoyer mes employés assister à une formation sur la santé mentale; mais cela doit sortir de mon budget. Si je suis un ingénieur dans un département où j'ai à embaucher des gens, à acheter des ordinateurs, des logiciels et à payer la formation sur la santé mentale et la dépression au travail, où sera ma priorité? Les programmes ne sont donc pas utilisés. Ils sont beaux, mais cela n'arrive pas au bas de la structure hiérarchique. C'est ce que j'ai appelé le syndrome de Balashev; il y a une résistance organisationnelle.

Il faut faire attention. Ce n'est pas le bâton ou la carotte. Il faut le bâton et la carotte. La carotte pour les organisations, c'est leur image. Ce n'est pas le discours de la souffrance qui fera changer les gens mais le coût du changement. Quand quelqu'un arrive dans mon bureau avec le *Journal de Montréal*, me montre un titre

headline that says: You see, it has happened according to this newspaper. I tell them that prevention should have been done in order to avoid these kinds of extreme cases.

People who adopt good practices are not caught by the law. Most people who have filed a complaint with the Commission des normes du travail in Quebec were from businesses that had not adopted preventive measures. Companies that are involved in prevention and try to solve problems at the source have nothing to fear. The law is there in case prevention has not succeeded and it has not been done within the limits of the organization. People thus have recourse. Otherwise, they would have absolutely nothing. They can leave their jobs, but if they leave their jobs today, they are not entitled to employment insurance. So they have to accept the unacceptable. It is either that or economic distress for them. This is like a buffer to help people.

[English]

Mr. Gilbert: I have three comments, if I may. First, I had the privilege last year of being involved with the British Columbia Psychological Association in the Psychologically Healthy Workplace Award process. The American Psychology Association established this about 15 years ago, just taking healthy workplace award criteria and applying them in a psychological sense to deal with many of the things we have addressed today — demand and control, employee and family services, work/life balance, et cetera — basically doing an audit of a company. This was the first time that had happened in Canada.

One of the winners was Vancity, a large company that was declared the best place to work in Canada. By the way, Vancity got rid of sick days a couple of years ago. They have no more sick days; they have personal days. They are your own time; if you want to go fishing or to look after your sick child that is up to you. The absentee numbers have not gone up; it was a bold experiment.

I had the privilege of auditing a company that was another of the winners. It was a small public-sector program to deal with psychiatrically ill and brain-injured adults. They had a philosophy for their clientele that they applied to themselves. They were very open and receptive. I remember talking to them about turnover. They said “Yes, we lost Mrs. Smith last year; she retired.” That was their only turnover. Those kinds of models are inspiring.

I strongly concur with Senator Pépin’s comment about what I would call the emerging workforce and teaching people how to work. We teach the technical skills but we do not teach anyone how to deal with that — whether it is emails 24/7, bullies in the workplace or the ebb and flow of the demands of work. There are some programs that teach resiliency to kids — and adults, for that

et dit : Vous voyez, c’est arrivé à ce journal. Je lui dis qu’il fallait faire de la prévention pour ne pas en arriver à ces extrémités.

Les gens qui adoptent de bonnes pratiques ne sont pas pris par la loi. La majorité des gens qui ont formulé une plainte à la Commission des normes du travail au Québec ont eu lieu dans des entreprises qui n’avaient pas adopté de mesures préventives. Les compagnies qui font de la prévention ou qui tentent de régler les problèmes à la source n’ont rien à craindre. La loi est là au cas où la prévention n’aurait pas réussi et qu’on n’a jamais réussi à la faire dans les limites de l’organisation. La personne a donc un recours. Autrement, elle n’a absolument rien. Elle peut quitter son emploi, mais si elle quitte son emploi aujourd’hui, elle n’a pas droit à l’assurance-emploi. Elle va donc accepter l’inacceptable. C’est cela ou c’est la détresse économique pour elle. C’est comme un pare-choc pour aider les gens.

[Traduction]

M. Gilbert : Si vous le permettez, j’ai trois commentaires à formuler. Tout d’abord, l’année dernière, j’ai eu le privilège de travailler auprès de la British Columbia Psychological Association dans le cadre du processus de remise des prix Psychologically Healthy Workplace Award. La American Psychology Association a créé ces prix il y a environ 15 ans; elle a pris les critères du Prix d’excellence du milieu de travail sain et les a appliqués à la psychologie pour aborder bon nombre de questions dont nous avons parlé aujourd’hui — exigences et contrôle, services aux employés et aux familles, équilibre travail/vie, et cetera — en effectuant simplement une vérification d’une entreprise. C’était la première fois que cette situation se produisait au Canada.

L’un des gagnants était Vancity, une grande entreprise que l’on a reconnue comme le meilleur endroit où travailler au Canada. En passant, Vancity a annulé les journées de congé de maladie il y a quelques années. Les employés n’ont plus de journées de congé de maladie; ils ont des journées personnelles. Ces journées vous appartiennent, si vous voulez aller pêcher ou prendre soin de votre enfant malade, c’est votre choix. Le taux d’absentéisme n’a pas augmenté; c’était une expérience audacieuse.

J’ai eu le privilège de mener une vérification d’une entreprise qui avait également remporté un prix d’excellence. Elle s’occupait d’un petit programme destiné au secteur public visant à prendre en charge des adultes souffrant de troubles psychologiques et atteints de lésions cérébrales. Les employés de l’entreprise avaient adopté une philosophie pour leur clientèle qu’ils appliquaient à eux-mêmes. Ils étaient très ouverts et réceptifs. Je me rappelle avoir parlé du roulement avec eux. Ils ont dit : « Oui, nous avons perdu Mme Smith l’année dernière; elle a pris sa retraite ». C’était la seule employée qui avait quitté. Ces genres de modèles sont inspirants.

Je suis fortement d’accord avec le commentaire de la sénatrice Pépin concernant ce que j’appellerais le fait d’avoir une nouvelle main-d’œuvre et de montrer aux gens la façon de travailler. Nous leur montrons les compétences techniques, mais nous ne leur apprenons pas comment s’en servir — que ce soit des courriels envoyés 24 heures sur 24, sept jours sur sept, de l’intimidation en

matter. B.C. has recently put through the Friends Program, an adaptation of an Australian adaptation of an American program that teaches kids basic problem solving, cognitive and behavioural skills at a grade 3 or 4 level. Teaching those programs at a university level would be prevention, ultimately teaching general coping skills.

My last comment is more of a cautionary one. I strongly concur that any programs need to be built within the organization. The drug companies have sponsored a number of awareness programs. I have been approached to develop one as well and it is terrific; but the point there is “Go see your family doctor and take our product.” I do not think that helps. Awareness is a wonderful thing, but you have to be able to do something about it. I am still of the opinion that much can and should be done within the workplace, not within the health care system.

The Chairman: Would you say a few more words about the program aimed at the three- and four-year-olds? How is it delivered?

Mr. Gilbert: Through the school system.

The Chairman: They are not in the school system at that age.

Mr. Gilbert: These are grades 3 and 4. There are American programs called the Strong Teens Program and Strong Kids Program. It is the same kind of thing, developing cognitive behaviour therapy through a group-based program. It is not treatment.

The Chairman: Is it just added on?

Mr. Gilbert: It is going into the curriculum. Teachers are trained to deliver the program. It has been evaluated; it is evidence based. It did make a difference in kids' levels of stress as well as awareness. That seems to me a wonderful opportunity for intervention.

Equally important is building the resiliency or the self-care skills of our employee force in its own right. Many psychiatric conditions — depression being an easy example — are chronic and recurring. They are not one-shot. If we want to keep people in the workforce, we should be providing care for them, but also building their skills. There are better and better programs, particularly for remote communities and workers, to provide access to self-care.

Senator Keon: I have heard it said that there are eight basic behaviour patterns for kids when they start primary school that can be identified within the first or second year of school. If these behaviour patterns can be modified, virtually all of the difficulties

milieu de travail ou le flux et reflux des exigences relatives au travail. Certains programmes enseignent la tolérance aux enfants — et même aux adultes d'ailleurs. La Colombie-Britannique a récemment mis en place le programme Friends, une adaptation d'une adaptation australienne d'un programme américain qui apprend aux enfants de troisième ou quatrième année à acquérir des compétences axées sur le comportement, des capacités cognitives et une habileté à résoudre des problèmes. L'enseignement de ces programmes à l'université représenterait une mesure de prévention, qui mènerait, au bout du compte, à l'enseignement des capacités d'adaptation générales.

Mon dernier commentaire représente davantage une mise en garde. Je recommande fortement de créer tout programme à l'intérieur de l'organisme. Les sociétés pharmaceutiques ont parrainé plusieurs programmes de sensibilisation. On m'a pressenti pour en élaborer un, et c'est formidable; mais on dit plutôt : « Allez voir votre médecin de famille et prenez notre produit ». Je ne crois pas que ça aide. La sensibilisation est une chose merveilleuse, mais vous devez pouvoir prendre des mesures à cet égard. Je crois toujours que la plupart des activités peuvent et devraient être menées en milieu de travail et non à l'intérieur du système de soins de santé.

Le président : Pouvez-vous parler davantage du programme à l'intention des enfants âgés de trois et quatre ans? De quelle façon est-il présenté?

M. Gilbert : Par l'entremise du système scolaire.

Le président : À cet âge-là, ils ne font pas encore partie du système scolaire.

M. Gilbert : Ce sont des enfants de troisième et quatrième années. Il y a des programmes américains intitulés Strong Teens Program et Strong Kids Program. C'est le même genre de programme, où on élabore une thérapie cognitivo-comportementale au moyen d'un programme axé sur un groupe. Il ne s'agit pas d'un traitement.

Le président : Est-ce qu'on vient juste de l'ajouter?

M. Gilbert : Il fera partie du programme. Les enseignants sont formés pour présenter le programme. On l'a évalué; il se fonde sur les résultats. Il permet de faire une différence en ce qui concerne le degré de stress des enfants et leur sensibilisation. Cela me semble une occasion magnifique pour intervenir.

Il est tout aussi important de renforcer les compétences en matière de tolérance et d'autonomie propres à nos employés. Bon nombre de troubles psychiatriques — la dépression étant l'exemple le plus simple — sont chroniques et récurrents. Ils n'apparaissent pas qu'une seule fois. Si nous voulons que les gens demeurent au travail, nous devrions leur offrir des soins, mais également renforcer leurs compétences. Les programmes s'améliorent de plus en plus, surtout ceux à l'intention des travailleurs des régions éloignées et des collectivités éloignées, pour fournir l'accès à l'autonomie.

Le sénateur Keon : J'ai entendu dire qu'il existe huit structures de comportement fondamentales chez les enfants qui commencent l'école primaire que l'on peut déterminer au cours de la première ou de la deuxième année scolaire. Si l'on peut modifier ces

that occur in classrooms over the years can be pretty well controlled. Do you know any more about that? Can you comment on it?

Mr. Gilbert: Only eight? I do not specifically know about that. I would suggest that a more realistic goal would be mitigating rather than eliminating problems; but certainly early intervention for a variety of disorders that we have identified around the table does make a huge difference. I cannot give you specific data, I am sorry.

[Translation]

Mr. Corbiere: I would like to react to a number of points that were made. The discussion is very full and very stimulating. I would like to cite an example of good practices. In Finland, the strategy is to conduct a monthly assessment of employees in order to intervene systematically. They are assessed on various points: family, work, hobbies, etc. At the end of the month, they are scored on each scale, and they can intervene in each specific case. Rather than provide a program that would be intended for a group of persons, they work on a case-by-case basis. That's interesting. In terms of costs, it appears that it is cost-effective over the long term.

There are also employment support programs. They have recently been introduced in Canada. This is recognized as an "evidence-based practice" in the United States. They are evaluating this kind of interesting program because it provides job support for people who have more or less serious mental health problems. It is often identified as a serious mental health problem, but it can be seen very clearly that 50 per cent of the population has serious mental health problems. This kind of model could be adapted for people who are already employed and who need support in their work.

We have what is called an employment specialist who intervenes in the workplace, that is to say who provides support and assistance to people with mental health problems in entering the labour market. There is close cooperation between the employer, union, employee and the employment specialist. What is interesting is that the employment specialist does not just intervene in the workplace, but also in the community. This makes it possible to have a broader vision of intervention for these people.

We have observed that few people suffering from mental health problems agree to disclose the problem when they are looking for work. The specialized journals have revealed that approximately 50 per cent of people with mental health problems disclose this information to their employers or human resources. Something must therefore be done in this area. If these people do not report their problems, there can be no accommodation in the workplace. Intervention is necessary in this area so that people are no longer stigmatized as a result of mental health problems.

structures de comportements, on peut assez bien contrôler toutes les difficultés qui surviennent dans les salles de classe au cours des années. En savez-vous un peu plus à ce sujet? Pouvez-vous en parler?

M. Gilbert : Seulement huit? Je ne connaissais pas le nombre exact. Je crois qu'un but plus réaliste atténuerait les problèmes plutôt que de les éliminer; mais certainement, une intervention précoce concernant divers troubles que nous avons nommés aujourd'hui fait une énorme différence. Je ne peux vous donner de données précises, je suis désolé.

[Français]

M. Corbiere : J'aimerais réagir à plusieurs points qui ont été mentionnés. La discussion est très riche et très stimulante. Je voudrais donner un exemple de bonnes pratiques. En Finlande, la stratégie est de faire une évaluation mensuelle auprès des employés afin d'intervenir de façon systématique. Ils les évaluent sur différents points : famille, travail, hobby, et cetera. À la fin du mois, ils ont un score pour chaque échelle et ils peuvent intervenir pour chaque cas en particulier. Plutôt que de donner un programme qui serait destiné à un groupe de personnes, ils font du cas par cas. C'est intéressant. En termes de coût, il semble que ce soit avantageux à long terme.

Il existe également des programmes de soutien en emploi. Ils sont implantés au Canada depuis peu. C'est reconnu comme une « evidence based practice » aux États-Unis. On est en train d'évaluer ce genre de programme intéressant parce qu'il permet le soutien en emploi pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale plus ou moins graves. C'est souvent identifié comme un problème de santé mentale grave, mais on voit très bien que c'est 50 p. 100 de la population qui a des problèmes de santé mentale graves. On pourrait adapter ce genre de modèle pour les personnes qui sont déjà en emploi et qui auraient besoin de soutien dans leur travail.

On a ce qu'on appelle un spécialiste de l'emploi qui intervient dans le milieu, c'est-à-dire qui accompagne la personne qui a un problème de santé mentale à s'intégrer sur le marché du travail. Il y a une collaboration étroite entre l'employeur, le syndicat, l'employé et le spécialiste en emploi. Ce qui est intéressant, c'est que le spécialiste en emploi n'intervient pas juste dans le milieu de l'emploi, il intervient aussi dans la communauté. Cela permet d'avoir une vision plus large de l'intervention pour ces personnes.

On observe que peu de personnes souffrant d'un problème de santé mentale acceptent de dévoiler ce handicap lorsqu'ils cherchent un emploi. Les revues spécialisées ont révélé qu'environ 50 p. 100 des personnes souffrant d'un problème de santé mentale divulguent cette information à leur employeur ou aux ressources humaines. Il faudrait donc faire quelque chose sur ce plan. Si ces personnes ne déclarent pas leur problème, l'accommodation en milieu de travail ne peut se faire. L'intervention à ce niveau est nécessaire afin que disparaisse la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale.

A number of people are afraid to disclose their mental health problems because they may immediately be labelled. Mental health problems are often invisible, and thus hard to identify. Backaches have the same characteristic. We could draw on models designed for musculoskeletal problems.

In Quebec, thanks in particular to the efforts of Dr. Loiselle and his team, a program was established to assist people with health problems in returning to the labour market. Perhaps grouping together the various programs designed for backaches and other hard-to-identify physical problems would be one possible form of intervention.

[English]

The Chairman: We had a witness, an employer, who said that he thinks complaints about excess stress have simply replaced complaints about lower back pain.

[Translation]

Ms. Dagenais: Some people hesitate to disclose their mental health problems to potential employers in the hope of being hired. So we are talking about a situation that occurs before people enter the labour market. However, the situations I wanted to raise this morning are those in which people suffer from mental health problems resulting from working conditions or poor labour relations. These types of situations call for another type of intervention.

Second, I would like to add to Mr. Corbière's comment on Bill 143 on the target groups in Quebec that we manage at the Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. One of the problems is related to the fact that employers can't require persons with a psychological disability to disclose their disability. The act that will go into effect in December poses a problem in this respect. We want to help people and ensure that this target group of people suffering from a mental disability can enjoy better working conditions. However, to do that, they have to be required to report their disability. So we are faced with a problem in implementing the act.

We are trying to develop mechanisms that will enable people who wish to disclose their disabilities to do so. However, people who don't wish to disclose their disabilities pose a problem.

If the federal government developed a major strategy to say that mental health in the workplace and in general is important, the key argument in convincing businesses would of course be the cost of mental health problems for businesses. That kind of argument could foster the creation of a number of programs. However, we do not have enough data to assess the actual costs. We know how much absenteeism costs and how much depression-related problems cost. However, we do not have an overview of the costs associated with mental health problems. Only research can provide us with that information.

Plusieurs personnes craignent de dévoiler leur problème de santé mentale car elles risquent immédiatement d'être étiquetées. Les problèmes de santé mentale sont souvent invisibles, donc difficiles à identifier. Les maux de dos ont cette même caractéristique. On pourrait donc s'inspirer des modèles conçus pour les problèmes musculo-squelettiques.

Au Québec, en particulier grâce aux efforts du Dr. Loiselle et de son équipe, un programme fut mis sur pied pour aider les gens souffrant de problèmes de santé à retourner sur le marché du travail. Peut-être qu'une intervention serait possible en regroupant les différents programmes conçus pour les maux de dos et autres problèmes physiques difficiles à identifier.

[Traduction]

Le président : Nous avons eu un témoin, un employeur, qui a dit qu'il croit que les plaintes sur le stress excessif ont simplement remplacé les plaintes concernant les douleurs lombaires.

[Français]

Mme Dagenais : Certaines personnes hésitent à dévoiler leur problème de santé mentale à l'employeur éventuel dans l'espoir d'être embauchées. On parle alors d'une situation qui se produit avant d'entrer sur le marché du travail. Toutefois, les situations que je désirais évoquer ce matin sont celles où des personnes souffrent de problèmes de santé mentale résultant des conditions de travail ou de mauvaises relations au travail. Ce type de situations requiert un autre type d'intervention.

Deuxièmement, j'aimerais faire suite aux propos de M. Corbière concernant la loi 143 sur les groupes cibles, au Québec, que nous gérons à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Une des difficultés est reliée au fait que les employeurs ne peuvent obliger les personnes affectées d'un handicap psychologique à dévoiler leur handicap. La loi qui entrera en fonction en décembre pose un problème à cet égard. On veut aider les gens et faire en sorte que ce groupe cible de personnes souffrant d'un handicap mental puisse jouir de meilleures conditions de travail. Toutefois, pour ce faire, on ne peut les obliger à déclarer leur handicap. Nous sommes donc devant une difficulté à appliquer la loi.

Nous tentons de développer des mécanismes qui permettront aux gens qui désirent dévoiler leur handicap de le faire. Par contre, les gens qui ne désirent pas dévoiler leur handicap posent un problème.

Si, au gouvernement fédéral, on développait une grande stratégie pour dire que la santé mentale au travail et en général est importante, l'argument clé pour convaincre les entreprises serait certes le prix que coûte les problèmes de santé mentale aux entreprises. Un tel argument pourrait favoriser la création de plusieurs programmes. Toutefois, nous ne disposons pas de données suffisantes pour évaluer ces coûts réels. Nous savons combien coûte l'absentéisme et les problèmes liées à la dépression. Cependant, nous n'avons pas une vue d'ensemble des coûts reliés aux problèmes de santé mentale. Seule la recherche pourra nous fournir ces données.

[English]

The Chairman: What is Bill 143?

[Translation]

Ms. Dagenais: The act we are implementing is designed to assist the target groups: women, persons with disabilities, Aboriginal people and visible minorities. However, part of the population is not yet included in the act's framework for the target groups or the framework of the Programme d'accès à l'égalité (PAE).

[English]

The Chairman: It is an affirmative action program.

You are saying you are looking for processes to help employees come forward. The best program I have heard of in the country is operated by the CIBC. It is a sophisticated program that involves the employee, originally the human resources department and, ultimately, the manager. I think it would be worthwhile for you to look at that.

Ms. Baynton: With regard to disclosure, people in the workplace get frustrated when they do not understand the diagnosis, as they think their ability to help is based on their understanding. We tell them that the labels, or the diagnoses, are not useful to them for a couple of reasons. First, 10 people who have been diagnosed with depression will all manifest different symptoms in the workplace. Also, science is evolving and it is a mistake for us to treat persons as the label rather than treating the human beings that they are.

We know that what people report as a disability is quite often masking their mental health problem. On one of our training tapes, an individual talking about her own experience said that she purported to be off work with a kidney infection. In reality she had severe depression, but she could not tell anyone that.

I know of a company that gives the title of "personal trainer" to the people whose job is to rehabilitate those who are off on disability. That immediately takes the stigma away. Also, the personal trainers are trained in cognitive behavioural therapy. They do two things at once. They do physical activities with the individuals as well as helping them process whether they have other issues. I think that is a marvellous approach.

The Chairman: Can you tell us which company that is?

Ms. Baynton: It is ATF, an insurer.

Senator Cordy: You have said that we do not teach people how to work in a healthy way and create a good, healthy working environment. By the year 2005, technological change was supposed to have made the work environment easier for us. In fact, we now have no defined work space. We have our cell phones and BlackBerrys with us and a fax machine at home, and many people are now working out of the home. You do not close

[Traduction]

Le président : Qu'est-ce que le projet de loi 143?

[Français]

Mme Dagenais : La loi que nous appliquons est destinée à venir en aide aux groupes cibles, soit les femmes, les handicapés, les Autochtones et les minorités visibles. Or une partie de la population n'était pas encore intégrée au cadre de cette loi visant les groupes cibles ou dans le cadre du Programme d'accès à l'égalité (PAE).

[Traduction]

Le président : C'est un programme d'action positive.

Vous dites que vous cherchez des processus pour aider les employés à participer. Le meilleur programme du pays dont j'ai entendu parler est exploité par la CIBC. Il s'agit d'un programme très élaboré qui fait tout d'abord participer le service des ressources humaines, l'employé et, au bout du compte le gestionnaire. Je crois qu'il vous serait utile d'y jeter un coup d'œil.

Mme Baynton : En ce qui concerne la divulgation, les gens en milieu de travail sont frustrés lorsqu'ils ne comprennent pas le diagnostic puisqu'ils pensent que leur capacité d'aider se fonde sur leur compréhension. Nous leur disons que les étiquettes, ou les diagnostics ne leur sont pas utiles pour quelques raisons. Tout d'abord, dix personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression présenteront toutes des symptômes différents en milieu de travail. De plus, la science évolue, nous faisons une erreur si nous traitons les personnes en fonction de l'étiquette; nous devrions plutôt les traiter comme des être humains.

Nous savons que ce que les gens signalent comme une invalidité masque souvent leur problème de santé mentale. Sur l'un de nos enregistrements effectués dans le cadre de la formation, une personne parle de son expérience et déclare qu'elle ne travaille plus supposément en raison d'une infection rénale. En réalité, elle souffre d'une grave dépression, mais elle ne voulait en parler à personne.

Je connais une entreprise qui donne le titre d'« entraîneur personnel » aux personnes dont le travail consiste à favoriser la réadaptation des personnes qui ne travaillent plus en raison d'une invalidité. Ça élimine immédiatement les stigmates. De plus, les entraîneurs personnels ont une information en thérapie cognitivo-comportementale. Ils font deux choses à la fois. Ils font de l'activité physique avec les personnes et les aident à régler d'autres problèmes, le cas échéant. Je crois qu'il s'agit d'une merveilleuse approche.

Le président : Pouvez-vous nous dire le nom de l'entreprise?

Mme Baynton : C'est ATF, une compagnie d'assurances.

Le sénateur Cordy : Vous avez mentionné que nous n'enseignons pas aux personnes comment travailler de façon saine et créer un bon milieu de travail sain. Avant 2005, les changements technologiques étaient censés nous avoir facilité la vie en milieu de travail. En fait, à l'heure actuelle, nous n'avons aucun espace de travail défini. Nous avons nos téléphones cellulaires et nos Blackberrys sur nous et un télécopieur à la

the door at five o'clock or six o'clock and enter a new environment. We talked earlier about a bridge. Unfortunately, this bridge just brings the work environment into the home situation. There was also discussion about balancing your job with your family life, which is getting more and more difficult.

Admitting that you are suffering from a mental illness, whether it is stress or any other condition, can still, in many situations, jeopardize your employment, or at least your advancement within a firm. As a few of you mentioned, this goes back to public education about stigma.

Mr. Wang mentioned that we do not even know what Canadians know, and we cannot develop a public education campaign based only on what a public relations firm thinks it should be. We still do not know what people know and should know.

Mr. Gilbert talked about mental health literacy. That is certainly a good point. Mental health literacy rates are extremely low. Everything we talked about today is interrelated. Education within the workplace and within Canadian society as a whole is essential.

Mr. Wang: I want to provide two additional references that may be similar to what Mr. Gilbert was talking about. One is called a hospital magnet program. The other one is the Canadian National Quality Institute that is working in partnership with Health Canada to provide healthy workplace criteria.

Mr. Gilbert: It recently incorporated psychological criteria into its wellness criteria.

Mr. Wang: Those criteria promote health awareness in the workplace and risk factors for physical and mental health problems. We probably just need to borrow the concept because that is the primary prevention approach.

[Translation]

Mr. Corbière: My first point is in reaction to Ms. Dagenais' remarks. In terms of cycles, I don't think there are two classes of employees with mental health problems: those looking for work and those who are already employed. I think that those who were previously employed and had a mental health problem wind up on the other side. It's not exclusive; it's more cyclical.

I'd like to draw a comparison and very briefly provide some information on what's going on in France and Germany. Businesses have a portion of their financial capital reserved in order to hire people with physical or mental disabilities. They have to meet a certain quota, which I believe is in the order of one per cent. If employers don't hire persons with disabilities, there is a financial penalty. This is an incentive for employers to hire persons with disabilities.

maison, et bon nombre de personnes travaillent maintenant à partir de leur domicile. Vous ne fermez pas la porte vers 17 h ou 18 h pour entrer dans un nouveau milieu. Nous avons parlé un peu plus tôt d'un pont. Malheureusement, ce pont ne fait que réunir le milieu de travail et la vie à la maison. Nous avons également parlé du fait d'équilibrer votre vie professionnelle et votre vie familiale, ce qui devient de plus en plus difficile.

Le fait d'admettre que vous souffrez d'une maladie mentale, qu'elle soit liée au stress ou à toute autre affection, peut encore, dans bon nombre de situations, compromettre votre emploi, ou du moins, votre avancement au sein d'une entreprise. Comme quelques-uns d'entre vous l'avez mentionné, cela revient à l'éducation publique à l'égard des stigmates.

M. Wang a mentionné que nous ne savons même pas ce que les Canadiens savent et que nous ne pouvons élaborer une campagne d'éducation du public en nous fondant uniquement sur l'opinion d'un cabinet de relations publiques à cet égard. Nous ne savons toujours pas ce que les gens savent et ce qu'ils devraient savoir.

M. Gilbert a parlé de la connaissance de la santé mentale. C'est certainement un bon point. Les taux de connaissance de la santé mentale sont extrêmement faibles. Tout ce dont nous parlons aujourd'hui est interrelié. L'éducation en milieu de travail et au sein de toute la société canadienne est essentielle.

M. Wang : J'aimerais fournir deux renvois supplémentaires qui peuvent ressembler à ce dont M. Gilbert parlait. Le premier, c'est un programme spécialisé pour les hôpitaux. L'autre, c'est le Canadian National Quality Institute, qui travaille en partenariat avec Santé Canada pour fournir des critères associés à un milieu de travail sain.

M. Gilbert : Il a récemment intégré des critères psychologiques à ses critères de bien-être.

M. Wang : Ces critères font la promotion de la sensibilisation à la santé en milieu de travail et des facteurs de risque associés aux problèmes physiques et aux problèmes de santé mentale. Nous n'avons probablement qu'à emprunter le concept puisqu'il s'agit de la principale approche en matière de prévention.

[Français]

M. Corbière : Mon premier point est en réaction à l'intervention de Mme Dagenais. En termes de cycles, je ne pense pas qu'il y ait deux catégories d'employés avec des problèmes de santé mentale : ceux qui cherchent à trouver un emploi et ceux qui sont déjà en emploi. Je pense que ceux qui étaient déjà en emploi et qui ont eu un problème de santé mentale se retrouvent de l'autre côté. Ce n'est pas exclusif, c'est plutôt cyclique.

Je voudrais faire une comparaison et donner quelques informations très brèves sur ce qui se passe en France et en Allemagne. Les entreprises ont une partie de leur capital financier qui est réservé pour engager des personnes ayant un handicap physique ou mental. Ils doivent respecter un certain quota qui est, je crois, de l'ordre de un p. 100. Si l'employeur n'engage pas des personnes avec un handicap, il a une sanction négative d'ordre financier. C'est une incitation, pour les employeurs, à engager des personnes handicapées.

My second point is in reaction to an education campaign. To make Canadians aware of mental health problems, a television program could be produced in which actors would simulate various types of mental health conditions in their workplace.

Mr. Dos Santos Soares: I entirely agree that people have to be educated. However, if that cannot be put into practice as a result of working conditions or work organization, we are dealing with a dual problem.

It has been proven that breaks are beneficial for both physical and mental health. But there is such a work overload that people prefer not to take breaks and to eat quickly at their desks so they can leave at five o'clock.

People are adopting practices that are not healthy. Studies conducted in the United States and Sweden show that, if you have to choose between your office and the bathroom to eat your lunch, it is better to choose the bathroom. The worst places for spreading bacteria and mites are the telephones and computer keyboards in our offices.

Businesses confirm that back problems are increasingly frequent. Even though they maintain contact with employees who are absent as a result of a back problem, the sooner employees return to work, the better. On the other hand, if I am suffering from overwork on the job and I am at home during my leave, if my employer starts calling me every week for me to go back to work, that does not work out. People will have more problems. I am not sure you can take back cases and compare them literally with mental health problems.

Social skills are more developed in England. For example, a business sends a sick employee a box of chocolates or a get-well card, or employees tell their sick co-worker they missed him at the last meeting and hope he is getting better. We have to reintroduce solidarity among co-workers.

All that has been done in the past 20 years in terms of new forms of management has had the effect of undermining solidarity among co-workers. Social support is very important for mental health.

Action has to be taken in this direction and to create this cooperation among people. According to one French sociologist, we can no longer say there is a class struggle, but rather a struggle for jobs because of increasing employment instability. People are struggling to keep their places in the business. They are ready to do anything to keep their places, even to take action that is not ethical or entirely acceptable.

That goes together with increasing employment instability. The problem will be solved when we address increasing instability. We will move into broader dimensions that will have an impact in the organization.

[English]

Ms. Smailes: I have talked about process within the work environment. Much of what I am hearing here in terms of best practices is that we do know there is a method of doing this. You

Mon second point est en réaction à une campagne d'éducation. Afin de sensibiliser les Canadiens aux problèmes de santé mentale, on pourrait faire une émission télévisée où les acteurs simuleraient différents types de santé mentale dans leur milieu de travail.

M. Dos Santos Soares : Je suis tout à fait d'accord qu'il faut éduquer les gens. Par contre, si les conditions de travail ou l'organisation du travail ne permet pas de mettre cela en pratique, on fait face à un double problème.

Il a été démontré que faire des pauses est bénéfique autant pour la santé physique que mentale. Mais il y a tellement de surcharge de travail que les gens préfèrent ne pas prendre de pause et manger rapidement à leur bureau afin de pouvoir quitter à 17 heures.

Les gens adoptent des pratiques qui ne sont pas saines. Des études faites aux États-Unis et en Suède démontrent que si on doit choisir entre le bureau et la salle de bain pour manger, il vaut mieux choisir cette dernière. Les pires endroits où se multiplient les bactéries et les acariens sont les téléphones et les claviers d'ordinateur à notre bureau.

Les entreprises confirment que les problèmes de maux de dos sont de plus en plus fréquents. Même si elles gardent un contact avec leurs employés absents à cause d'un problème de mal de dos, plus les employés retournent au travail vite, mieux c'est. Par contre, si je souffre de surmenage professionnel, et que je suis à la maison pendant mon congé, si mon employeur commence à m'appeler chaque semaine afin que je rentre au travail, cela ne fonctionne pas. Les gens auront davantage de problèmes. Je ne suis pas certain que l'on peut prendre les cas de maux de dos et les comparer littéralement avec les problèmes de santé mentale.

En Angleterre, les aptitudes sociales sont plus développées. Par exemple, une entreprise envoie une boîte de chocolats ou une carte de prompt rétablissement à un employé malade, ou encore les employés diront à leur collègue malade qu'il leur a manqué à la dernière réunion et qu'ils espèrent que cela va mieux. Il faut réintroduire la solidarité entre collègues.

Tout ce qui a été fait dans les 20 dernières années en termes de nouvelles formes de gestion a eu pour effet d'effriter la solidarité entre les collègues de travail. Le soutien social est très important sur la santé mentale.

Il faut agir dans ce sens et créer cette coopération entre les gens. Un sociologue français dit qu'aujourd'hui, on ne parle plus de la lutte des classes, mais de la lutte pour les places à cause de la précarisation. Les gens luttent pour garder leur place dans une entreprise. Ils sont prêts à faire n'importe quoi afin de garder leur place, même à poser des gestes qui ne sont pas éthiques ou tout à fait acceptables.

Cela va avec la précarisation. On réglera ce problème au moment où on attaquera la précarisation. On ira dans de plus grandes dimensions qui auront un effet dans l'organisation.

[Traduction]

Mme Smailes : J'ai parlé d'un processus au sein du milieu de travail. La plupart des choses que j'ai entendu dire ici en ce qui concerne les pratiques exemplaires, c'est que nous savons qu'il

are involving people. You are working from where they are coming from. You are also involving the executive; all the stakeholders are involved. You are making the intervention on a local level. Health care is a unit level; it is on a small level within the organization. It is transferable to small organizations.

That is a common theme. It is something that we do know works. It is important for that to be shared, because it is great learning and exactly what you are talking about. If you do a follow-up, which is a part of that process, you begin to see what is not working because of the dynamic within an organization and you can address it.

My second point is about dynamic sustainability. As we do these programs, we must have a way to look at them. I keep talking about evaluation, but I really mean being able to change them over time. Different influences always come into play and things change frequently. We need systems that can grow and adapt. That is the next step. Once we get to evaluation, then this dynamic aspect can enter into it.

The idea is to be holistic. We definitely need to educate. There are many stress management packages out there. I have done them and so has everyone. We have used cognitive behavioural skills to teach people to recognize what they can do for themselves and how to know when they need to go somewhere, how to refer their friends and that kind of thing. There is a great deal of material out there. It is easy to do. I have done it with high school students, college students and workers. People can engage in it, but you must have somewhere they can go and it has to work.

I am not saying you do not do education; you must do education, but you are also raising expectations, so you must be able to follow through on that, working holistically.

We were also talking about physical and mental health and this idea of dealing with the physical over here and the mental over there. They are integrated. We need to bring those together and work them into an integrated method.

We have an early-return-to-work musculoskeletal program. The optional therapies make adjustments to people's work environments, and then they expand it to the unit. We are looking at how you do it for the entire unit and on multiple levels in terms of communication and all the work stressors. Instead of just doing it on the physical level, they are doing it on the unit level so you have a more holistic approach. A number of groups in B.C. are also looking at this.

existe une méthode à cet effet. Vous faites participer les gens. Vous travaillez en tenant compte de leur situation. Vous faites également participer les cadres, de même que tous les intervenants. L'intervention se fait à l'échelle locale. Les soins de santé sont offerts au niveau d'une unité; il s'agit d'une petite échelle au sein de l'organisme. Ça peut s'appliquer à de petits organismes.

C'est un sujet qui revient souvent. Nous savons que ça fonctionne. C'est pourquoi il est important de le partager, car il s'agit d'un bon apprentissage, et c'est exactement ce dont vous parlez. Si vous effectuez un suivi, qui fait partie intégrante de ce processus, vous commencez à voir ce qui ne fonctionne pas en raison de la dynamique d'un organisme et vous pouvez régler le problème.

Mon deuxième point concerne la durabilité dynamique. Comme nous exécutons ces programmes, nous devons avoir une façon de les examiner. Je parle sans cesse d'une évaluation, mais je veux vraiment dire qu'il faut être capable de les modifier au fil des ans. Différentes influences entrent toujours en jeu, et les situations changent fréquemment. Nous avons besoin de systèmes qui peuvent croître et s'adapter. C'est la prochaine étape. Une fois que nous nous rendons à l'évaluation, l'aspect dynamique entre en jeu.

L'idée consiste à être holistique. Nous devons sans aucun doute éduquer les gens. Il existe bon nombre de programmes axés sur la gestion du stress. Je les ai essayés, comme tout le monde. Nous avons utilisé des compétences cognitivo-comportementales pour enseigner aux personnes à reconnaître ce qu'elles peuvent faire pour elles-mêmes et comment savoir lorsqu'elles doivent se rendre quelque part, comment diriger leurs amis et ce genre de choses. Il y a beaucoup de documents à leur disposition. C'est facile à faire. Je l'ai fait avec mes élèves du secondaire, des élèves du collège et des travailleurs. Les gens peuvent y participer, mais vous devez avoir un endroit où ils peuvent aller, et cela doit fonctionner.

Je ne dis pas qu'il ne faut pas éduquer les gens; vous devez le faire, mais vous augmentez également les attentes, alors vous devez être capable d'en faire le suivi et de travailler de façon holistique.

Nous parlions également de la santé mentale et physique et de l'idée de traiter la santé physique en un endroit et la santé mentale dans un autre. Ces éléments sont intégrés. Nous devons les réunir et les traiter au moyen d'une méthode intégrée.

Nous avons un problème de retour rapide au travail axé sur les blessures musculo-squelettiques. Les thérapies optionnelles permettent de modifier le milieu de travail des personnes et d'étendre les modifications à l'unité. Nous examinons actuellement la façon dont on peut y arriver pour toute l'unité et à de multiples niveaux en ce qui concerne les communications et tous les facteurs de stress liés au travail. Plutôt que de l'appliquer uniquement au niveau physique, on l'applique à l'échelle de l'unité pour adopter une approche plus holistique. Plusieurs groupes de la Colombie-Britannique analysent actuellement cette question.

Ms. Baynton: Looking at the accommodation processes, the mediation-type approach, our experience is that it is not a level playing field when people with a mental health issue are asked to sit at a table with a manager who may have been partly responsible for the stress they have been experiencing in the workplace. The approach we take is more like shuttle diplomacy, where we sit all of the stakeholders down individually, the manager, the union rep, the human resources people, and we get the context and the limitations of the accommodation. Then we sit down with the individuals who have a mental health issue and give them the opportunity, in a safe environment, to speak about what will work for them.

The agreement we come up with for the employee has three components, the first one being, “What do you need to do your job?” We take the strength-based approach. We are not asking, “What work do you want to get out of?” Many employers look at accommodation as somebody doing less work. We encourage different work or work done differently, as opposed to less work, which cuts down on the hostility among the other workers, problems with the manager later and the lack of self-esteem.

The second part of the agreement is, “What will you commit to?” We help the persons with the mental health issue to understand the impact they have on other people in the workforce, because that is usually a big part of the difficulty, and we ask them what they can do to work this out.

The last point, which I spoke about before, is being forward looking, at how we will deal with problems of performance or work issues in the future.

We need to think differently about mediation when we are talking about somebody with a mental health issue.

[Translation]

Senator Pépin: I have taken a few notes; someone mentioned that care should be longer than three visits to the doctor. How can it be determined that they only need three visits? Is it because insurance does not pay for more than that and that they have to bear the expense? I would like to have more information on this subject because I do not think three visits goes very far. I was surprised to see the violence there is in the workplace.

Someone suggested that we have unions, management and government together. How do you go about organizing all that? I would like research to be done on the subject.

Someone else mentioned Australia. Was that an experiment or a study done in Australia compared to us? Is it something that could be applied? These are the points I would like to see developed.

Mme Baynton : Après avoir analysé les processus d'adaptation, l'approche axée sur la médiation, nous croyons qu'il n'est pas juste de demander à des personnes ayant un problème de santé mentale de s'asseoir avec un gestionnaire qui est peut-être en partie responsable du stress qu'elle éprouve en milieu de travail. L'approche que nous utilisons ressemble davantage à la navette diplomatique, c'est-à-dire que nous rencontrons tous les intervenants de façon individuelle, le gestionnaire, le représentant syndical, le personnel des ressources humaines, et nous leur demandons de nous donner le contexte et les limites de l'adaptation. Puis nous nous assoyons avec les personnes ayant un problème de santé mentale et nous leur donnons l'occasion, dans un milieu sûr, de parler de ce qui fonctionnera pour elles.

L'entente que nous avons conclue en ce qui concerne les employés comporte trois éléments, le premier étant « que devez-vous faire dans le cadre de votre emploi? » Nous utilisons l'approche axée sur les points forts. Nous ne leur demandons pas : « De quel travail voulez-vous vous sauver? » Bon nombre d'employeurs considèrent l'adaptation comme le fait qu'une personne travaille moins. Nous encourageons un travail différent ou un travail fait de façon différente, par opposition à une charge de travail moindre, ce qui diminue l'hostilité des autres travailleurs, les problèmes qui pourraient survenir par la suite avec le gestionnaire et le manque d'estime de soi.

La deuxième partie de l'entente, c'est « Envers quoi allez-vous vous engager? » Nous aidons les personnes ayant un problème de santé mentale à comprendre les répercussions qu'elles ont sur les autres travailleurs, car cela représente normalement une grande partie des difficultés, et nous leur demandons de nous dire ce qu'elles peuvent faire pour régler le problème.

Le dernier point, dont j'ai parlé précédemment, concerne le fait d'être tourné vers l'avenir, la façon dont nous réglerons les problèmes de rendement ou les problèmes relatifs au travail à l'avenir.

Nous devons voir la médiation de façon différente lorsque nous parlons d'une personne ayant un problème de santé mentale.

[Français]

Le sénateur Pépin : J'ai pris quelques notes, quelqu'un mentionnait que la prise en charge devrait être plus longue que trois visites chez le médecin. Comment peut-on déterminer qu'ils ont besoin de seulement trois visites? Est-ce parce que l'assurance ne paie plus au-delà et qu'ils doivent assumer les frais? Je voudrais avoir plus d'informations à ce sujet car je trouve que, avec trois visites, on ne va pas loin. J'ai été étonnée de voir la violence que l'on trouve au travail.

Quelqu'un a suggéré qu'on ait syndicat, patronat et gouvernement ensemble. Comment organiser tout cela? J'aimerais qu'on fasse de la recherche à ce sujet.

Quelqu'un d'autre a mentionné l'Australie. Est-ce que c'était une expérience ou un travail fait en Australie comparativement avec nous? Est-ce que c'est quelque chose qu'on pourrait appliquer? Ce sont les points que j'aimerais voir développer.

[English]

The Chairman: Even our federal health plan allows only six EAP visits. In other words, if you or a dependant, someone covered under your health plan, needed psychological counselling, up to six visits per calendar year are covered. They pay 80 per cent of the fee and you pay 20 per cent. If it is more than six visits, it is on your own hook. I have never heard of anywhere in the country that allows more than six. I know some companies allow three or four.

Mr. Gilbert: I believe the RCMP has unlimited EAP coverage.

The Chairman: So does the military, but that is related to what are perceived to be the unique stressors of the job. The military plan is different from the plan for everyone else employed by the federal government for exactly that reason.

Mr. Wang: Australia is the leader in mental health promotion and prevention. They started doing the research on mental health literacy in 1995. Last month, my colleague and I received a grant from the Alberta Heritage Foundation for Medical Research to study the mental health literacy in the Alberta population. We used the Australian instrument so we can compare our results with theirs at the end of the study.

The Chairman: When will you have it done?

Mr. Wang: In two years.

The Chairman: My guess is that you will find that the numbers will coincide with where Australia was in 1993, 1994, 1995. They have been running an anti-stigma program for a decade, with significant results. It would be interesting to compare, not Alberta today with Australia today, but Alberta today with Australia at the beginning of their program. My guess is that the culture in both places will be comparable.

Mr. Gilbert: I strongly agree. Australia has been an interesting experience. I will suggest we have more to learn in this area from some of the European countries and from Australia than we do from our southern neighbours, given the differences in the systems. Australia has been running a program called Depression Works, an awareness program for employers and the public. Given the similar size, large country, population spread thinly, I think we have much to learn from Australia.

The International Forum on Disability Management is holding its 2006 conference in Brisbane. The last one at which I had the pleasure of presenting was in Maastricht. It will be interesting to monitor that forum and learn from that.

The Chairman: Is that mental disability or physical disability?

[Traduction]

Le président : Même notre régime de santé fédéral ne permet que six visites d'un responsable du PAE. En d'autres mots, si vous ou une personne à charge, c'est-à-dire une personne couverte par votre régime de santé, avez besoin d'une séance de counselling psychologique, votre régime couvre jusqu'à six visites par année civile. On vous rembourse 80 p. 100 des frais, et vous payez 20 p. 100. Si vous avez besoin de plus de six visites, c'est à vos propres frais. Je n'ai jamais entendu parler d'un endroit au pays qui permet plus de six visites. Certaines compagnies ne remboursent que trois ou quatre.

M. Gilbert : Je crois que les membres de la GRC ont une couverture illimitée en ce qui concerne le PAE.

Le président : Tout comme les forces armées, mais c'est relié à ce que l'on perçoit comme les facteurs de stress uniques de l'emploi. Le régime des forces armées diffère de celui de tous les employés du gouvernement fédéral exactement pour cette raison.

M. Wang : L'Australie est le chef de file de la promotion et de la prévention en matière de santé mentale. Les responsables ont commencé à mener la recherche sur les connaissances en santé mentale en 1995. Le mois dernier, mon collègue et moi avons reçu une subvention de la Alberta Heritage Foundation for Medical Research pour étudier le degré de connaissance en santé mentale de la population de l'Alberta. Nous avons utilisé l'instrument australien, alors nous pourrions comparer nos résultats avec ceux de l'Australie à la fin de l'étude.

Le président : Quand aura-t-elle lieu?

M. Wang : Dans deux ans.

Le président : Je crois que vous allez constater que les chiffres correspondent à ceux de l'Australie en 1993, 1994, 1995. Ils exécutent un programme contre la discrimination depuis une décennie et ils ont obtenu des résultats considérables. Il serait intéressant de comparer l'Alberta de nos jours avec non pas l'Australie de nos jours, mais l'Australie au commencement de son programme. J'ai l'impression que la culture des deux endroits sera comparable.

M. Gilbert : Je suis fortement d'accord. L'Australie a constitué une expérience intéressante. Je crois que nous pouvons en apprendre davantage dans ce domaine de certains pays européens et de l'Australie que de nos voisins du Sud, en raison des différences entre les systèmes. L'Australie a mis en place un programme intitulé Depression Works, un programme de sensibilisation à l'intention des employeurs et du public. Je crois que nous avons beaucoup de choses à apprendre de l'Australie, qui ressemble au Canada : superficie semblable, vaste pays, population dispersée.

Le International Forum on Disability Management tient sa conférence de 2006 à Brisbane. La dernière conférence au cours de laquelle j'ai présenté un exposé se tenait à Maastricht. Il sera intéressant de surveiller ce forum et d'en apprendre davantage.

Le président : Est-ce que ça concerne une invalidité mentale ou physique?

Mr. Gilbert: It is both, and increasingly, just as we are seeing here, the mental component is getting bigger.

The Chairman: It is perhaps 10 per cent?

Mr. Gilbert: I would say higher.

With respect to EAPs, three sessions are not adequate. Most EAPs operate on an “assess and refer” model, which is fine; they get a basic picture and refer on as needed. Most EAP providers are an important lynchpin in this, but they are not sufficient, and there is a real risk the company will say, “We have an EAP, so we have it covered.” No, you do not. A survey out of Michigan showed that about 14 per cent of depressed workers had used their EAP. That means 86 per cent did not. Most EAP organizations, unless they are using regulated professionals, which very few do, have no particular accountability. Cognitive therapy is great, but going to a weekend workshop on cognitive behaviour therapy is no more effective than doing a weekend workshop on how to prescribe. We are relying on sketchy arrangements, and the evaluations of the EAPs are wanting. I do think EAPs are important, but the bar needs to be raised.

The Chairman: My wife ran the occupational health department of one of the national oil companies in Canada. Under their EAP program, you talked to her and she put you in charge; she gave you a range of people to pick from. This is a macho situation, oil rigs, the whole bit. The vast majority of employees did not work in the office. They were out on rigs. There was no way they would go to my wife and tell her they were suffering from depression. She would find out over the long term when something else happened. The resistance of the patient to seeking help is absolutely extraordinary, particularly in macho, male-driven industries. She found women were more willing to than men.

[Translation]

Mr. Dos Santos Soares: With regard to psychological consultations, I'd like to draw your attention to two points. First, the number of five or six visits is for people who have an employee assistance program. Ordinary people who work at a snack bar or have short-term employment don't have access to an employee assistance program, and so there's no consultation for them.

However, there is a loophole, which is employment insurance. Under the Employment Insurance Act — and I know this because people in Quebec use it instead of going to the CSST because it turns them down — health insurance is included in employment insurance. Perhaps there's a way of granting psychological assistance to people who go through employment insurance if they are suffering from burn-out, distress or depression.

M. Gilbert : Les deux, et, comme nous le constatons actuellement, l'aspect mental devient de plus en plus important.

Le président : Environ 10 p. 100?

M. Gilbert : Je dirais plus que ça.

En ce qui concerne les PAE, il y a trois séances qui ne sont pas adéquates. La plupart des PAE fonctionnent d'après un modèle « évaluer et diriger », ce qui est bien; ils obtiennent une vue d'ensemble et dirigent le patient, au besoin. La plupart des fournisseurs de PAE représentent un point important à cet égard, mais ils ne suffisent pas à la tâche, et il existe un risque réel que l'entreprise dise : « Nous avons un PAE, alors nous nous en occupons ». Non, ce n'est pas le cas. Une enquête menée au Michigan a révélé qu'environ 14 p. 100 des travailleurs qui souffrent de dépression ont utilisé leur PAE. Cela signifie que 86 p. 100 d'entre eux ne l'ont pas fait. La plupart des organismes qui ont recours à un PAE, à moins qu'ils n'aient recours à des professionnels réglementés, ce que peu d'entre eux font, n'ont aucune responsabilité particulière. La thérapie cognitive est bonne, mais un atelier d'une fin de semaine sur une thérapie cognitivo-comportementale n'est pas plus efficace qu'un atelier d'une fin de semaine sur la façon de prescrire des médicaments. Nous nous fondons sur des ententes sommaires, et les évaluations des PAE sont insuffisantes. Je crois vraiment que les PAE sont importants, mais on doit avoir des attentes plus élevées.

Le président : Ma femme s'occupait du service de santé au travail dans l'une des sociétés pétrolières nationales du Canada. Dans le cadre du PAE de l'entreprise, vous lui parlez et vous devenez responsable; elle vous propose une certaine quantité de personnes, et vous devez en choisir quelques-unes. C'est une situation machiste, les plates-formes pétrolières, et tout ça. La grande majorité des employés ne travaillaient pas dans les bureaux. Ils se trouvaient sur les plates-formes. Il n'était aucunement question qu'ils aillent rencontrer ma femme pour lui dire qu'ils souffraient de dépression. Elle s'en apercevait à long terme lorsque quelque chose d'autre se produisait. La résistance du patient à chercher de l'aide est absolument extraordinaire, surtout dans des industries où les employés sont des hommes. Elle a trouvé que les femmes étaient plus disposées à en parler que les hommes.

[Français]

M. Dos Santos Soares : Concernant les consultations psychologiques, j'aimerais attirer l'attention sur deux points. Premièrement, un nombre de cinq ou six visites, c'est pour les gens qui ont un programme d'aide aux employés. Or monsieur et madame Tout-le-Monde qui travaillent dans un casse-croûte ou qui ont un emploi précaire n'ont pas accès à un programme d'aide aux employés et il n'y a donc aucune consultation pour eux.

Il y a toutefois une porte de sortie qui est l'assurance-emploi. Dans la Loi sur l'assurance-emploi — et je le sais parce que les gens au Québec, au lieu d'aller à la CSST parce qu'ils y seront refusés l'utilisent — l'assurance-maladie est comprise dans l'assurance-emploi. Peut-être qu'il y aurait moyen que lorsque les gens vont à l'assurance-emploi, s'ils souffrent d'épuisement, de détresse ou de dépression, ils puissent bénéficier de l'aide psychologique.

This is very difficult; I see people in distress who come to my office for help, and I do not have much to offer them. I am not a psychologist, so I cannot take care of them.

First, I try to demystify the problems. I tell them they are not crazy, and I suggest that they go talk to a psychologist so they can better manage their pain and suffering. I can tell them to go to the CLSC and put their name on a waiting list, and that will take about six months, or to call the Ordre des psychologues, which may be able to give them the name of someone who can provide help at a low cost to them. It is very hard. It should be seen how psychological assistance can be introduced into the employment insurance program.

I used the term “tripartite” earlier because I believe that everyone loses out in this area. Employers, unions and governments lose money. They are coming together in the search for a solution to these problems, and that is why I think we have to go through the three levels, that is to say the government, employers and unions.

Ms. Malenfant: I am going to hammer my message home once again. The challenge in mental health in the workplace is, of course, the entire issue of increasing job insecurity. Earlier someone raised the question of the gap between work required and what is set out in official job descriptions and the actual work performed in the workplace. Revealing this gap to employers in the workplace is already a major step forward.

Earlier someone mentioned the fact that employers are aware when this starts to cost the business money. I will not go back to that, but I would like to say that the even greater challenge — and I repeat this — concerns job insecurity and the quality, or lack of quality, of insecure employment. It is labour market action that must be considered. People talk about a labour market that has undermined the various types of employment status because there is increasing competition between businesses and, within those businesses, between workers.

There is still a group of workers that it is virtually impossible to get a clear picture of because they are not integrated into businesses, because they are non-unionized workers, temporary workers who don't have access to existing programs in the business.

Very little is also being said about contracting out, but large businesses increasingly do business with other businesses in subcontracting services. With regard to this class of workers, the study by Katherine Lippel on the right to work have clearly shown how these workers are not protected. These are workers who have few or no skills and are uninformed about the connections between health and work, who are thus somewhat outside all that and who, after numerous negative experiences, accept their failure, take responsibility for it or think it is their fault if they cannot enter the job market on a sustainable basis.

C'est très difficile; je vois des gens en détresse qui viennent à mon bureau pour demander de l'aide, et je n'ai pas grand-chose à leur offrir. Je ne suis pas un psychologue, et je ne peux donc pas les prendre en charge.

J'essaie premièrement de démystifier les problèmes. Je leur dis qu'ils ne sont pas fous et je leur suggère d'aller parler à un psychologue pour mieux gérer leurs souffrances. Je peux leur dire d'aller au CLSC pour mettre leur nom sur une liste d'attente, et cela prendra environ six mois, ou d'appeler à l'Ordre des psychologues où ils pourront peut-être leur donner le nom de quelqu'un pouvant les aider à prix modique. C'est très difficile. Il faudrait voir comment on peut introduire de l'aide psychologique dans le programme d'assurance-emploi.

J'ai utilisé le terme « tripartite » plus tôt parce que je crois que dans ce dossier tout le monde est perdant. Les employeurs, les syndicats et les gouvernements perdent de l'argent. Il y a une convergence dans la quête d'une solution pour ces problèmes et c'est pour cela que je pense qu'il faut passer par les trois paliers, c'est-à-dire le gouvernement, les employeurs et les syndicats.

Mme Malenfant : Je martèle mon message encore une fois. Le défi en santé mentale au travail est bien sûr toute la question de la précarisation du travail. On a soulevé tantôt la question du décalage entre le travail prescrit et ce qui existe sur les descriptions de tâches officielles et le travail réel qui s'accomplit dans les milieux de travail. De révéler ce décalage aux employeurs dans les milieux de travail est déjà un grand pas.

On parlait tantôt du fait que les employeurs sont sensibilisés quand cela commence à coûter cher à l'entreprise. Je ne reviendrai pas là-dessus, mais j'aimerais dire que le défi encore plus grand — et je le répète — touche la précarité de l'emploi et la qualité de l'emploi ou la non-qualité de l'emploi précaire. Ce sont des actions sur le marché du travail qu'il faut penser. On parle d'un marché du travail qui a bouleversé des statuts d'emploi parce qu'il existe de plus en plus de compétitivité entre les entreprises et au sein des entreprises entre les travailleurs.

Il y a toujours un groupe de travailleurs qui est pratiquement insaisissable parce qu'ils sont non intégrés à l'entreprise, parce que ce sont des travailleurs non syndiqués, des travailleurs temporaires qui n'ont pas accès aux programmes existants dans l'entreprise.

On parle également très peu de la question de la sous-traitance, mais de plus en plus les grandes entreprises font affaire avec d'autres entreprises pour sous-traiter des services. Concernant cette catégorie de travailleurs, les travaux de Katherine Lippel sur le droit au travail ont bien montré comment ces travailleurs n'étaient pas protégés. Ce sont souvent des travailleurs qui sont peu ou non qualifiés et peu informés des liens entre la santé et le travail, qui échappent donc un peu à tout cela et qui en viennent, après de multiples expériences négatives, à intégrer leur échec, à mettre sur leur dos ou à penser que c'est de leur faute s'ils n'arrivent pas à s'intégrer de façon durable au marché de l'emploi.

So little attention is paid to the problems of these workers. Nor do they have access to health services most of the time. We should not forget this group of workers or this problem of job insecurity, which affects the current labour market, or the way in which work is currently understood in our society.

Ms. Dagenais: Ms. Lippel has indeed conducted studies, but we recently completed an even more recent study in cooperation with the INRS on the risk factors involved in the fact that this marginal class of workers — there are a lot of women in this group — are not protected, even to the extent of having access to employment insurance maternity leave. If they have a problem getting maternity leave, imagine what happens when they have to find a job afterwards; this is basic.

This study is available from the INRS. The study in question contains recent data on sickness and disability programs to which self-employed workers do not have access.

I would also like to mention something about the marginal workers we're talking about. It must be said that job insecurity is one thing, but it has involved whole segments of the salaried labour force because contracting out means that stable segments have been taken and weakened. Recent data have been published to show the number of middle managers who have been shoved aside and eliminated.

In the corporate structure, if you want to introduce programs to provide assistance for mental illness, you have to ensure you do not have a traditional line structure. This puts pressure on employees at the bottom end, and there is a lack of communication with management as well. It must be understood that this is an impact of the restructurings of the 1990s, and the data on this matter are telling.

Ms. Raymond: The subject of job insecurity is an important one. I was even wondering how it could be addressed right now because, in all the institutions where I work, I work in universities where people have had special status for 25 or 30 years. I have worked in large organizations. There are 10,000 of us, and there are people who have been there for 30 years. My spouse has experienced the same thing; he had to change jobs as a result of a restructuring. He is still at the department, but now has special status.

There is also the entire issue of contracting out. It is a trend that is everywhere. I wonder whether the concept of permanent employment even exists today for young people starting out. I see a lot of professionals who are starting out and are working on contract. It is a fairly competitive workplace. If someone has a solution or a vision with regard to job insecurity, it is something that troubles me a great deal for future generations.

[English]

The Chairman: I must say that senators have one of the few secure employment contracts left.

On s'occupe donc peu des problèmes de ces travailleurs. Ils n'ont pas accès non plus aux services de santé la plupart du temps. Il ne faudrait pas oublier cette portion des travailleurs et ce problème de la précarité d'emploi qui touche le marché du travail actuel et la façon dont on appréhende le travail dans nos sociétés actuellement.

Mme Dagenais : Il y a effectivement des études de Mme Lippel qui ont été menées, mais nous avons terminé récemment une étude encore plus récente faite en collaboration avec l'INRS sur les facteurs de risque qui font en sorte que cette catégorie périphérique de travailleurs — il y a beaucoup de femmes là-dedans — ne sont pas protégés, ne serait-ce que pour avoir accès au congé de maternité de l'assurance-emploi. Si elles ont un problème pour rendre à terme leur maternité, imaginez-vous quand il faut retrouver un travail par la suite? C'est la base.

Cette étude est disponible auprès de l'INRS. Il y a dans l'étude en question des données récentes sur les programmes d'invalidité et de maladie auxquels les travailleurs autonomes n'ont pas accès.

J'aimerais aussi mentionner quelque chose concernant les travailleurs périphériques dont on parle. Il faut dire que la précarité est une chose, mais elle a englobé des pans entiers de travailleurs salariés parce que la sous-traitance veut dire qu'on a pris des pans de travailleurs stables et on les a fragilisés. Des données récentes ont été publiées pour montrer la quantité importante de superviseurs intermédiaires qui ont été tassés et éliminés.

Dans la structure de l'entreprise, si on veut introduire des programmes pour aider la santé mentale, il faut bien voir qu'on n'a pas une structure hiérarchique traditionnelle. Cela crée une pression sur les employés à la base et il y a un manque de communication avec la direction, aussi. Il faut bien comprendre que c'est un impact des restructurations des années 90, et les données à ce sujet sont éloquentes.

Mme Raymond : Le sujet de la précarité en est un important. Je me demandais même comment on pouvait le contrer en ce moment parce que moi, dans toutes les institutions où je travaille, je travaille dans des universités où on a des gens qui sont à statut particulier depuis 25 et 30 ans. J'ai travaillé dans des grosses boîtes. Nous sommes 10 000 et il y a des gens qui sont là depuis 30 ans. Mon conjoint a vécu la même chose; il a dû changer d'emploi lors d'un remaniement. Il se retrouve encore au ministère, mais maintenant à un statut particulier.

Il y a également toute la question de la sous-traitance. C'est un mouvement qui est partout. Le concept de permanence dans l'emploi, je me demande même s'il existe aujourd'hui pour les jeunes qui commencent. Je vois plein de professionnels qui débutent et ils travaillent à contrat. C'est un milieu de travail assez compétitif. Si quelqu'un a une solution ou une vision au niveau de la précarité, c'est quelque chose qui m'inquiète beaucoup pour les générations futures.

[Traduction]

Le président : Je dois dire que les sénateurs possèdent l'un des derniers contrats d'emploi sûr.

Senator Keon: I want to come back to the suicide rate in men. Recently, I witnessed an unexpected suicide by a young man, although in retrospect, it should have been expected. He had not been as successful as his wife, and unable to cope with the stigma, he took the easy way out.

In the workplace, where the competition now between male and female is more intense than it used to be, do men remain too macho to recognize that they have a problem and find a way around it before they resort to such desperate measures? The statistics that you gave, which are quoted frequently, are truly alarming. The particular groups of people who commit suicide are so easily identifiable. It is males in that age group, Aboriginals and so forth. Yet we do not seem to have focused programs for them.

Ms. Raymond: The first point is that I did not call those men “macho.”

The Chairman: No, I did.

Ms. Raymond: I do not think it is true that men do not recognize when they do not feel well. They know it. They can feel it inside. In the last two studies — one with policemen and one with first responders in health; we do not want to call them high risk groups, even if they call themselves that — those men and women work with a team, they work in emergencies, and if they tell their colleagues that they are not feeling well, it gives the colleagues the sense that they are alone in a high-stress job.

To avoid traumatizing colleagues, they will say “I am all right,” even if that is not true. They will not say that they are depressed, thinking of suicide or addicted to drugs or alcohol.

The one thing I noticed about those people was they do not have anywhere to talk about it, because they do not go home and talk about those things with their friends or family. It is too heavy. They do not talk about it at the office because it is too heavy. If you talk about it, you are a weak person. You have to be strong. They all have uniforms. When they put their uniforms on, they are supposed to be strong.

Men in that context do not express themselves. Even in other contexts, in factories working on a production line, for example, they can say that their car is not working, or their wife is sick or the kids are having problems — you can express those things — but they do not say as a man of 40, 45 or 50 that they are not feeling well. There are many barriers. It is not only the macho context; it is more a cultural issue.

In some at-risk groups or professions there is a link between the kind of work and the suicide rate. Everybody knows that psychiatrists are the leading profession in terms of suicide, followed by engineers, pharmacists, veterinarians and

Le sénateur Keon : J'aimerais revenir sur le taux de suicide chez les hommes. Récemment, j'ai été témoin du suicide imprévu d'un jeune homme, même si, rétrospectivement, on aurait dû s'y attendre. Il n'a pas réussi aussi bien que sa femme et n'a pas été capable de faire face aux stigmates; il a choisi la voie la plus simple.

En milieu de travail, où la compétition entre les hommes et les femmes est maintenant plus intense que jamais, est-ce que les hommes sont encore trop machistes pour reconnaître qu'ils ont un problème et tenter de le régler avant d'avoir recours à de telles mesures désespérées? Les statistiques que vous avez données, et que l'on a citées fréquemment, sont vraiment alarmantes. Les groupes particuliers de personnes qui se suicident sont facilement identifiables. Il s'agit des hommes dans un groupe d'âge, des Autochtones et ainsi de suite. Malgré tout, il ne semble pas y avoir de programmes qui s'adressent à eux.

Mme Raymond : Le premier point que j'aimerais soulever, c'est que je n'ai pas dit que ces hommes étaient des « machos ».

Le président : Non, je l'ai fait.

Mme Raymond : Je ne crois pas qu'il est vrai que les hommes ne reconnaissent pas quand ils ne se sentent pas bien. Ils le savent. Ils peuvent le ressentir. Au cours des deux dernières études — une menée auprès des policiers, et l'autre, auprès des premiers répondants en santé; on ne veut pas les appeler des groupes à risque élevé, même s'ils s'appellent eux-mêmes comme ça — ces hommes et femmes travaillent en équipe, ils travaillent aux urgences et s'ils disent à leurs collègues qu'ils ne se sentent pas bien, ils donnent à leurs collègues l'impression qu'ils sont seuls dans un emploi très stressant.

Pour éviter de traumatiser leurs collègues, ils vont dire : « Je vais bien », même si ce n'est pas vrai. Ils ne diront pas qu'ils font une dépression, qu'ils pensent au suicide ou qu'ils sont dépendants de la drogue ou de l'alcool.

L'unique chose que j'ai remarquée à propos de ces personnes, c'est qu'elles n'ont aucun endroit pour en parler, parce qu'elles ne parlent pas de ces choses à la maison avec leurs amis ou les membres de leur famille. C'est trop difficile. Elles n'en parlent pas au bureau, car c'est trop difficile. Si vous en parlez, vous êtes faible. Vous devez être fort. Ces personnes portent toutes un uniforme. Lorsqu'elles le portent, elles sont censées être fortes.

Dans ce contexte, les hommes ne s'expriment pas. Même dans d'autres contextes, par exemple s'ils travaillent dans une usine à une chaîne de fabrication, ils peuvent dire que leur voiture ne fonctionne pas, que leur femme est malade ou que les enfants ont des problèmes — vous pouvez dire ces choses — mais ces hommes de 40, 45 ou 50 ans ne diront pas qu'ils ne se sentent pas bien. Il existe de nombreux obstacles. Ce n'est pas uniquement le contexte machiste; c'est davantage un enjeu culturel.

Dans certaines professions ou dans certains groupes à risque, il y a un lien entre le genre de travail effectué et le taux de suicide. Tout le monde sait que les psychiatres viennent au premier rang en ce qui concerne le suicide, suivis par les ingénieurs, les pharmaciens,

psychologists, all people who have a means to kill themselves easily. There is no rescue time; there is no stop time. When the impulse is there, they have a way to kill themselves.

Ms. Buchanan: There was a reference to the DSM-IV earlier, the psychiatric bible that outlines the signs and symptoms of the various illnesses. A syndrome called the Agnosia syndrome has been used with stroke victims. A lot of studies have been done. It means that someone has no insight into their illness at all. Some studies show that 40 per cent of people with serious mental illness do not even admit or have any insight into the fact that they have a mental illness; 20 per cent have poor insight. This helps explain why there is poor compliance with medications, even though we have newer medications with fewer side effects now. I am suggesting that of that 84 per cent who do not acknowledge that they are depressed or whatever, maybe half of them do not know it, even though people around them can see it.

To give you a concrete example, some people with a serious mental illness or substance abuse problem become alcoholics because they are self-medicating. It is also socially more acceptable to go for rehab for alcoholism than for mental health care. We have to recognize that there is that group out there that everybody may be aware has a mental health issue, but they themselves do not.

[Translation]

Mr. Dos Santos Soares: As regards job insecurity, Statistics Canada has revealed that 35 per cent of jobs in Canada are considered non-standard. That is a lot.

To tie in with the issue of suicide, I was reluctant to introduce this idea. I think it is important to take care of the people who care for people.

I am currently conducting a research project on compassion fatigue, a "secondary post-trauma" reaction. People who provide care to other people handle mental health and violence cases. These people in turn develop post-traumatic stress problems. It is like the effect of second-hand cigarette smoke. It is not only the person who smokes who gets sick, but also those around the smoker who breathe the smoke.

The mental health issue is the one that has the greatest correlation with people who may suffer from compassion fatigue. It is important to care for the people who listen to other people because their mental health may be at risk.

[English]

Ms. Smailes: I have a couple of comments about the strong men. Two things have been found to work. One is call-in lines. In New Jersey they have a call-in line for the police manned by police or psychologists. It is all volunteers. That has had a good response

les vétérinaires et les psychologues; ils ont tous des moyens de se suicider facilement. Il n'y a pas de temps de sauvetage; il n'y a pas de temps arrêté. Lorsque l'envie leur prend, ils ont un moyen de se suicider.

Mme Buchanan : Un peu plus tôt, on a fait allusion au DSM-IV, la bible des psychiatres qui énonce les signes et symptômes de diverses maladies. On a utilisé un syndrome appelé Agnosie pour les victimes d'un accident vasculaire cérébral. On a effectué beaucoup d'études. Cela veut dire qu'une personne ne perçoit pas du tout sa maladie. Certaines études révèlent que 40 p. 100 des personnes ayant une grave maladie mentale n'admettent pas qu'elles ont une maladie mentale ou n'ont aucune idée de la présence de cette maladie; 20 p. 100 d'entre elles n'en ont qu'une petite idée. Cette situation aide à expliquer pourquoi elles ne respectent pas leur traitement médicamenteux, même si les nouveaux médicaments ont encore moins d'effets secondaires. Je crois que, de ces 84 p. 100 de personnes qui ne reconnaissent pas qu'elles souffrent de dépression ou peu importe, peut-être que la moitié d'entre elles ne le savent pas, même si leur entourage peut le constater.

Pour vous donner un exemple concret, certaines personnes souffrant d'une grave maladie mentale ou d'un problème de toxicomanie deviennent alcooliques, car elles ont recours à l'automédication. Socialement, il est plus acceptable de suivre un traitement en raison de l'alcoolisme qu'en raison d'une maladie mentale. Nous devons reconnaître que tout le monde peut savoir que les membres de ce groupe ont un problème de santé mentale, mais qu'eux ne le savent pas.

[Français]

M. Dos Santos Soares : À propos de la précarité, Statistiques Canada a révélé que 35 p. 100 des emplois sont considérés atypiques au Canada. C'est beaucoup.

Pour compléter avec la question du suicide, j'ai hésité à introduire cette idée. Je pense qu'il est important de prendre soin des personnes qui soignent les gens.

Présentement, je fais un projet de recherche sur la fatigue de la compassion, le « secondary post-trauma ». Les gens qui vont soigner des personnes vont traiter des dossiers de santé mentale, de violence. Ces personnes développeront à leur tour des problèmes de stress post-traumatique. C'est comme l'effet de la fumée secondaire de la cigarette. Ce n'est pas seulement la personne qui fume qui tombe malade mais aussi celles qui sont autour et qui respirent la fumée.

Le dossier de santé mentale est celui qui a une plus grande corrélation avec les gens qui pouvaient subir la fatigue de la compassion. C'est important de soigner les gens qui vont écouter les gens parce que leur santé mentale peut être à risque.

[Traduction]

Mme Smailes : J'ai quelques commentaires à faire à propos des hommes forts. On a trouvé que deux choses fonctionnaient. La première, ce sont les centres d'appels. Au New Jersey, il y a un centre d'appels à l'intention des policiers dont s'occupent des

and it is anonymous. Police can say what they want. They understand each other. It has been extended to paramedics. It is also being extended to other states.

The other effective method for paramedics has been to have psychologists dedicated to an area. They do not sit in their offices. They sit in the cafeteria every day, so you are not going to see the psychologist; your psychologist is one of your buddies and is sitting there. It is the same idea of integrating it in a way that people can have access.

The secondary post-traumatic stress is an interesting issue. I think UBC nursing school is looking at that. The idea is for nurses to be able to cope better with those kinds of stresses. How do you incorporate into the training a lot of these issues that we are talking about, such as the coping skills, expectations around healthy workplaces and communication? Making that part of the curriculum is being discussed.

The Chairman: I cannot remember in which Western province it was, but we met a lady who runs a program exactly like the one you described for police in New Jersey, only she is a farmer's wife and the program is for farmers and their families because of all the stress they are under through droughts and so on. She is a nurse practitioner.

All the people who answer the phone at the help line are members of a farmer's family. It is not just adults who call. Children realize the pressure that exists in their family. It has been extraordinarily successful. If you want a Canadian example, it may be worth looking at that one. We can ultimately find an exact reference.

Ms. Smailes: The power of call-in lines is phenomenal.

The Chairman: In this case, self-identification seems to help.

Ms. Raymond: The police in Montreal set up a program that has been evaluated; it is called the Blue Line. They have four types of lines: for homosexuality, violence, suicide, and drugs. If you want a reference, I can mail it to you.

Mr. Chairman, you were asking about a coping program for young kids. There is one called Zippy's Friends. It is run by Partnership for Children, which is an international agency funded in the U.K., I think. It has been evaluated in Norway, in Slovenia and the U.K. and it is starting to be evaluated in Canada now.

The Chairman: Where?

Ms. Raymond: In Quebec. I can send the information to you.

The Chairman: That would be terrific.

policiers et des psychologues. Ce sont tous des bénévoles. Les appels sont anonymes, et les gens ont bien réagi. Les policiers peuvent dire ce qu'ils désirent. Ils se comprennent les uns les autres. On a étendu le service aux ambulanciers. On l'a également étendu à d'autres États.

L'autre méthode efficace pour les ambulanciers consiste à faire en sorte qu'il y ait des psychologues affectés à un endroit. Ils ne s'assoient pas à leur bureau. Ils s'assoient dans la cafétéria chaque jour, alors vous n'allez pas consulter le psychologue; votre psychologue est l'un de vos amis, et il est assis juste là. C'est comme si on intégrait le service de façon que les gens y aient accès.

Le stress post-traumatique secondaire est une question intéressante. Je crois que le programme de soins infirmiers de l'UBC en tient compte. L'idée, c'est que les infirmières doivent être mieux préparées pour faire face à ce genre de stress. De quelle façon pouvez-vous intégrer à la formation bon nombre de ces enjeux dont nous parlons, comme les capacités d'adaptation, les attentes entourant des milieux de travail sains et la communication? On discute actuellement du fait d'intégrer ces enjeux au programme.

Le président : Je ne me souviens pas dans quelle province de l'Ouest cela s'est produit, mais nous avons rencontré une femme qui est responsable d'un programme qui ressemble en tous points à celui que vous avez décrit et qui s'adresse aux policiers du New Jersey, sauf qu'il s'agit de la femme d'un agriculteur et que le programme s'adresse aux agriculteurs et à leur famille en raison des situations stressantes qu'ils vivent, par exemple en cas de sécheresse. C'est une infirmière praticienne.

Toutes les personnes qui répondent au téléphone de la ligne d'aide sont des membres de la famille d'un agriculteur. Il n'y a pas que des adultes qui appellent. Les enfants se rendent compte de la pression qui existe dans leur famille. La ligne d'aide a connu un franc succès. Si vous voulez un exemple canadien, cela peut valoir la peine d'examiner celui-ci. Au bout du compte, nous trouverez peut-être un exemple parfait.

Mme Smailes : Le pouvoir des centres d'appels est phénoménal.

Le président : Dans ce cas, la déclaration volontaire semble aider.

Mme Raymond : Le service de police de Montréal a élaboré un programme, intitulé Blue Line, que l'on a évalué. Il existe quatre types de lignes : homosexualité, violence, suicide et drogues. Si vous voulez un document de référence, je peux vous l'envoyer par la poste.

Monsieur le président, vous vous demandiez s'il existait un programme d'adaptation s'adressant aux jeunes enfants. Il y en a un intitulé Zippy's Friends. Il est administré par Partnership for Children, un organisme international établi au R.-U., je crois. On l'a évalué en Norvège, en Slovénie et au R.-U., et on commence son évaluation au Canada.

Le président : Où?

Mme Raymond : Au Québec. Je peux vous envoyer les renseignements à cet égard.

Le président : Ce serait fantastique.

Senator Keon: Coming back to your concept of supported employment, Mr. Corbiere, if it could be officially enshrined, it could be very productive from every point of view: It could be productive for industries affected by inefficient employees and it could be tremendously beneficial to the employees.

I am not aware of any official designation of this concept. Can you identify any official government program that uses the terminology "supported employment"?

[Translation]

Mr. Corbiere: You can find this kind of program at the Canadian Mental Health Association in British Columbia. It is a provincial initiative to establish this program in Vancouver and the surrounding area. The concept is already established in Canada. At the Douglas Hospital in Montreal, Dr. Eric Latimer and his team have introduced an employment support program.

If you need references for more information on the components of employment support programs, I could easily e-mail them to you. If you have a specific question on employment support programs, I can answer it.

[English]

Senator Keon: I would appreciate it if you would send us what you can because it is the kind of thing we should recommend, that government become involved with this. Again, there is only so much the government can afford, but it could be a tax incentive or there might be some other way.

Rather than waiting for philanthropists or various institutions to do this, it is important enough for the labour force that it could be official.

[Translation]

Mr. Corbiere: I see there are a lot of hybrid programs in Canada, precisely to respect the economic, political and sociological context. It is also important to know that there is an employment support program model, but we need to adapt it to the Canadian context. We are studying all the initiatives that have been taken to introduce this kind of program in Canada and to compare the introduction of these programs at the level of the organization, the individual and the staff who work there to determine the best practices or best components for helping people with mental health problems enter the labour market.

[English]

Senator Cochrane: Like Senator Keon, I am interested in suicide. When you mentioned the topic, I could not help but think back to my school days. You did say that it was contagious.

Le sénateur Keon : J'aimerais revenir à votre concept d'emploi encadré, monsieur Corbiere. Si on pouvait le mettre en œuvre de façon officielle, cela pourrait être très productif à tous les points de vue : cela pourrait être productif pour les industries aux prises avec des employés inefficients et cela pourrait être extrêmement bénéfique pour les employés.

Je ne connais pas le terme officiel de ce concept. Pouvez-vous nommer un programme gouvernemental officiel qui utilise la terminologie « emploi encadré »?

[Français]

M. Corbiere : Vous pouvez trouver ce genre de programme à la Canadian Mental Health Association en Colombie-Britannique. C'est une initiative de la province d'établir ce programme à Vancouver et aux alentours. Ce concept est déjà implanté au Canada. À Montréal, à l'hôpital Douglas, le Dr Eric Latimer et son équipe ont implanté un programme de soutien en emploi.

Si vous avez besoin de références pour en savoir un peu plus sur les composantes des programmes de soutien en emploi, je pourrais facilement vous les envoyer par Internet. Si vous avez une question précise sur les programmes de soutien à l'emploi, je peux y répondre.

[Traduction]

Le sénateur Keon : J'apprécierais si vous pouviez nous envoyer ce que vous pouvez, car c'est le genre de choses que nous devrions recommander et auxquelles le gouvernement devrait participer. Encore une fois, le gouvernement n'a pas vraiment les moyens de se le permettre, mais on pourrait en faire un incitatif fiscal; il doit bien y avoir une solution.

Il ne faut pas attendre que des philanthropes ou diverses institutions le fassent; il s'agit d'un enjeu assez important pour la main-d'œuvre qu'on devrait le rendre officiel.

[Français]

M. Corbiere : Je remarque qu'au Canada, il y a beaucoup de programmes hybrides pour respecter, justement, le contexte économique-politico-sociologique. Il est également important de savoir qu'il existe un modèle de programme de soutien à l'emploi, mais on a besoin de l'adapter au contexte canadien. On est justement en train d'étudier toutes les initiatives réalisées pour implanter ce genre de programme au Canada et de comparer l'implantation de ces programmes au niveau organisationnel, individuel, au niveau du personnel qui travaille afin de savoir quelles sont les meilleures pratiques ou les meilleures composantes pour aider les personnes qui ont un problème de santé mentale à intégrer le marché du travail.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Tout comme le sénateur Keon, je m'intéresse à la question du suicide. Lorsque vous en avez parlé, je ne pouvais m'empêcher de me rappeler mes études. Vous avez bien dit que c'était contagieux.

Ms. Raymond: There is a risk of contagion. When people you know — or people you do not know but in the same setting — kill themselves, it sometimes has many effects. First, it can pull down the barrier of what can and cannot be done. That makes suicide a possibility.

Second, there is also what is called a mirror effect. For example, when Gaétan Girouard, a well-known reporter on TVA, killed himself in January 1999, a colleague at the University of Quebec published an article about the proven contagious effect, in that people who did not know him but who read about it in the newspaper or heard about it used the same method of suicide. They wrote his name and story in their suicide notes, for example.

It is identification with a celebrity or a person we like. People are thinking “If that guy, with all he had, could not make it, how can I, who have a lot of problems, try every day to keep going?” There were a lot of further suicides identified with that suicide.

It is the same thing in schools. We have documented schools with a high number of suicides that could not be explained by simple statistics. There was a big one in B.C. two years ago. They are all over the country. There was one in Quebec, where five kids killed themselves in the same year.

First Nations people have one of the highest suicide rates not only in Canada but also in North America. I travelled to Iqaluit, and in many villages, everyone is a survivor because each person knows someone who has died by suicide.

Senator Cochrane: I was from a small town where, in one year, three teens committed suicide. The community could not understand what happened. It was awful.

Ms Raymond: It is not only the school, but also the community and the family.

Senator Cochrane: Do a large number of teens commit suicide today? Is the incidence of suicide in teens increasing?

Ms Raymond: Before 1970 there were no Canadian statistics on children under the age of 10 years. Now we have statistics on ages 10-14, whereas before the statistics began at age 15. The rate has been stable in Canada over the last 10 years. Although it is high, it is not on the increase. The highest rates of suicide are found in Quebec and Alberta.

[Translation]

Ms. Dagenais: I would like to provide some additional information on employment support programs for people with mental and physical health problems and physical disabilities, and various target groups that were identified. The programs worked

Mme Raymond : Il y a un risque de contagion. Lorsque des gens que vous connaissez — ou des gens que vous ne connaissez pas, mais qui se trouvent au même endroit — se suicident, cela a parfois de nombreux effets. Tout d’abord, ça peut éliminer la frontière entre ce qui peut et ne peut pas être fait. Ça rend le suicide possible.

De plus, il y a ce qu’on appelle l’effet miroir. Par exemple, lorsque Gaétan Girouard, un journaliste bien connu du réseau TVA, s’est suicidé en janvier 1999, un collègue de l’Université du Québec a publié un article à propos de l’effet contagieux prouvé, c’est-à-dire que les personnes qui ne le connaissaient pas mais qui ont lu son histoire dans les journaux ou qui l’ont entendue ont utilisé la même méthode pour se suicider. Par exemple, elles ont écrit son nom et son histoire dans leur lettre de suicide.

On s’identifie à une célébrité ou à une personne que l’on aime. Les gens se disent : « si cette personne, avec tout ce qu’elle avait, n’a pas pu s’en sortir, comment est-ce que je peux, moi qui ai beaucoup de problèmes, tenter de continuer chaque jour? » Il y a eu beaucoup d’autres suicides associés à celui-là.

C’est la même chose dans les écoles. Nous avons documenté des écoles ayant un taux élevé de suicide qu’on ne peut expliquer par de simples statistiques. Il y a eu un grand nombre de suicides en Colombie-Britannique il y a deux ans. Il y en a partout au pays. C’est arrivé au Québec, où cinq jeunes se sont suicidés au cours de la même année.

Les peuples des Premières nations ont les taux de suicide les plus élevés non seulement au Canada, mais également en Amérique du Nord. Je suis allée à Iqaluit, et dans bon nombre de villages, chaque personne est un survivant, car chaque personne connaît quelqu’un qui s’est suicidé.

Le sénateur Cochrane : Je viens d’une petite ville où, en une année, trois adolescents se sont suicidés. La collectivité ne pouvait pas comprendre ce qui s’était passé. C’était terrible.

Mme Raymond : C’est non seulement l’école, mais également la collectivité et la famille.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que beaucoup d’adolescents se suicident de nos jours? La fréquence des suicides chez les adolescents augmente-elle?

Mme Raymond : Avant 1970, il n’y avait aucune statistique canadienne sur les enfants âgés de moins de 10 ans. Maintenant, nous avons des statistiques sur les enfants âgés de 10 à 14 ans, tandis qu’avant les statistiques commençaient à l’âge de 15 ans. Au Canada, le taux est demeuré stable au cours des dix dernières années. Même s’il est élevé, il n’augmente pas. Le Québec et l’Alberta comptent les taux de suicide les plus élevés.

[Français]

Mme Dagenais : Je voudrais ajouter un complément d’information concernant les programmes de soutien en emploi pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Dans les années 1980, au Canada, j’ai travaillé pour Développement et

very well, but, for some reason, funding was stopped for this kind of program. This has previously been done; it might be interesting to restore this kind of approach.

[English]

The Chairman: When did they stop funding?

Ms. Dagenais: I left the ministry in 1992 and I believe the program stopped in 1987 or 1988. A great deal of money had been spent on it and was extremely helpful.

[Translation]

There were also former inmates and various target groups. People with mental health problems were targeted, and that was very relevant.

Mr. Dos Santos Soares: I think this is a problem that sometimes goes beyond the organizations. It is hard to see whether the organization has contaminated society or vice versa. This is the performance issue. People always have to perform to higher and higher levels. This is an ideology that manufactures winners and losers.

It is very troubling to hear child psychologists say that seven or eight children at Sainte-Justine Hospital are in such intense distress that they have stomach ulcers. They're always being asked to "perform." They are told: you have to do swimming, this and that. We are stuck in this hyper-performance model. That loses all meaning.

[English]

Ms. Baynton: In addition to Mr. Dos Santos Soares' comment, our analogy is that the increase in depression and anxiety is like repetitive strain injury. The work of Dr. Fraser Mustard in "The Early Years" speaks to the fact that the stressors imposed on young children aged zero to six actually hardwire them in ways that do not allow them to cope with stressors later in life. In the workplace, we are continually asking people to do more. Human brains were not meant to be constantly stimulated the way they are in today's society.

Mr. Gilbert: I have two comments. A couple of years ago, there was an unfortunate incident in B.C. referred to as the "Kamloops incident," when as a function of government cutbacks, a manager was told to lay off several employees. He performed his duty and then discovered he was being laid off. He shot his union rep and his manager on the opening day of the Canadian Mental Health Association conference. It illustrates the very issues we are discussing today, the impact of workplace issues and the tragic outcome. Unfortunately, it often takes a tragedy to bring these things to people's attention.

ressources humaines. On avait des programmes d'aide, de soutien à emploi pour les personnes qui avaient des problèmes de santé mentale, de santé physique, les handicapés physiques et différents groupes cibles qui étaient identifiés. Ces programmes fonctionnaient très bien mais, pour une raison que j'ignore, on a cessé de financer ce genre de programmes. On a déjà fait cela, il serait peut-être intéressant de reprendre ce genre d'approche.

[Traduction]

Le président : À quel moment ont-ils arrêté le financement?

Mme Dagenais : J'ai quitté le ministère en 1992 et je crois qu'on a arrêté le programme en 1987 ou 1988. On a dépensé beaucoup d'argent pour ce programme, mais il était extrêmement utile.

[Français]

Il y avait aussi les ex-détenus et différents groupes cibles. Les personnes avec problème de santé mentale étaient ciblées et c'était très pertinent.

M. Dos Santos Soares : C'est, à mon avis, un problème qui dépasse parfois les organisations. C'est difficile de voir si c'est l'organisation qui a contaminé la société ou le contraire. C'est la question de la performance. Il faut être toujours de plus en plus performant. C'est une idéologie qui fabrique des gagnants et aussi des perdants.

C'est très dérangent d'entendre les pédopsychologues dire qu'il y a, à l'hôpital Sainte-Justine, des enfants de sept ou huit ans qui ont des ulcères d'estomac, tellement ils vivent des détresses intenses. On leur demande de toujours « performer ». On leur dit : tu dois faire de la natation, ceci ou cela. On est toujours dans ce modèle d'hyper-performance. Cela perd tout son sens.

[Traduction]

Mme Baynton : Pour ajouter aux commentaires de M. Dos Santos Soares, nous faisons l'analogie suivante : l'augmentation de la dépression et du stress ressemble à une entorse à répétition. Le travail de Fraser Mustard dans « The Early Years » énonce le fait que les facteurs de stress imposés aux jeunes enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de six ans, les empêchent de s'adapter aux facteurs de stress par la suite. En milieu de travail, nous demandons continuellement aux gens d'en faire davantage. Les cerveaux humains ne sont pas faits pour être constamment stimulés de la façon dont ils le sont dans la société actuelle.

M. Gilbert : J'ai deux commentaires à faire. Il y a quelques années, un incident malheureux s'est produit en Colombie-Britannique, ce que l'on appelle l'incident de Kamloops, où on a demandé à un gestionnaire de mettre à pied plusieurs employés en raison d'une réduction des budgets gouvernementaux. Il a accompli son travail et s'est par la suite rendu compte qu'il était lui aussi mis à pied. Il a tiré sur son représentant syndical et son gestionnaire à l'ouverture de la conférence de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ça illustre très bien les enjeux dont nous parlons aujourd'hui, les répercussions des problèmes en milieu de travail et les résultats tragiques. Malheureusement, il faut souvent une tragédie afin que les gens prêtent attention à ces enjeux.

To some degree, there has been a medicalization of psychosocial problems. Reference has been made to DSM-IV and DSM-IV-TR, the diagnostic manuals. There is, with the exception of post-traumatic stress disorder, no adjustment disorder, stress disorder, in DSM. There is no such thing as stress disability or a stress disorder. Once we move into that realm, we take many of these issues off the table. We have a dialectic that is, in some ways, crazy in its own right. We are talking about and treating the common explanation for depression — the happy or unhappy neuron caused by a chemical disorder. We do not say a person is depressed because he or she has an unpleasant workplace or too much work to do. Something about the fundamental dialogue around these issues needs to change if the problems of depression are to be effectively addressed.

The Chairman: Mr. Gilbert, you are suggesting that describing depression as a chemical disorder and treating it in the same way as diabetes is not the correct characterization.

Mr. Gilbert: I do not know whether it is correct because we do not know the causes of many mental disorders. Some are more neurochemical or biochemical, some are genetic and some are psychological. If we move it into the one realm only, we are taking the others out of the equation.

[*Translation*]

Mr. Dos Santos Soares: This is a big problem that must be pointed out. Problems are medicalized. You go to a doctor, and the doctor asks you whether you are working, whether you have any problems in the workplace, et cetera. He tells you: “Take this happy pill.” If you look at the increase in the use of psychotropic drugs, it is extremely troubling, around the world, but also here in Canada.

You have to beware because some drugs cause extreme dependence. If people stop taking anxiolytics, it is precisely as though they were undergoing cocaine detox treatment. It is very hard to break out of this chemical dependence.

A lot of people go the medicalization route, whereas we do not know all the causes, which are chemical in some instances, but also psychological and social in others. It is very dangerous to fall into the trap of taking pills for all our problems.

[*English*]

Ms. Buchanan: I certainly agree with Mr. Gilbert that many issues have been medicalized. However, I want to caution that bipolar disorder and major depression are serious illnesses, and as I mentioned, in my case study not one individual became ill because of stress on the job — they had already dealt with that. They became ill because there was a genetic predisposition for a particular illness. This becomes a huge problem in the workplace, where we all want to make the diagnosis. We talk about someone

Jusqu'à un certain degré, il y a eu une médicalisation des problèmes psychosociaux. On a fait allusion au DSM-IV et au DSM-IV-TR, les manuels diagnostiques. À l'exception du syndrome du stress post-traumatique, il n'y a aucun trouble d'adaptation et aucun trouble de stress dans le DSM. Il n'y a pas d'invalidité liée au stress ou de trouble du stress. Une fois dans ce domaine, nous laissons tomber bon nombre de ces enjeux. Nous avons une dialectique qui est un peu folle, d'une certaine façon. Nous parlons de l'explication courante de la dépression et nous la traitons — c'est-à-dire un trouble d'ordre chimique qui fait en sorte qu'une personne est heureuse ou malheureuse. Nous ne disons pas qu'une personne fait une dépression parce qu'elle travaille dans un endroit désagréable ou qu'elle a trop de travail à accomplir. On doit changer quelque chose dans le dialogue fondamental entourant ces enjeux si l'on veut régler de façon efficace les problèmes de dépression.

Le président : Monsieur Gilbert, vous dites que le fait de décrire la dépression comme trouble d'ordre chimique et de la traiter de la même façon que le diabète ne représente pas la caractérisation exacte.

M. Gilbert : Je ne sais pas si c'est correct ou non, car nous ne connaissons pas les causes d'un bon nombre de troubles mentaux. Certains sont davantage neurochimiques ou biochimiques, d'autres sont génétiques et d'autres encore sont psychologiques. Si nous les déplaçons dans un seul domaine, nous laissons tomber tous les autres points.

[*Français*]

M. Dos Santos Soares : C'est un gros problème qu'il faut souligner. On médicalise les problèmes. Vous allez chez le médecin et le médecin ne vous demande pas si vous travaillez, si vous avez des problèmes au travail et cetera. Il vous dit : « prenez, c'est la pilule du bonheur ». Si on regarde l'augmentation de la consommation des psychotropes, c'est extrêmement dérangeant partout dans le monde, mais aussi ici au Canada.

Il faut faire attention, car certains médicaments créent une dépendance extrêmement lourde. Si une personne arrête de prendre ses anxiolytiques, c'est exactement comme si elle faisait une cure de désintoxication à la cocaïne. Il est très difficile de se libérer de cette dépendance chimique.

Beaucoup se tournent vers la médicalisation alors que l'on ne connaît pas toutes les causes, parfois chimiques, mais parfois aussi psychologiques et sociales. Il est très dangereux de tomber dans le piège de la pilule qui va résoudre tous nos problèmes.

[*Traduction*]

Mme Buchanan : Je suis certainement d'accord avec M. Gilbert pour dire que de nombreux enjeux ont été médicalisés. Toutefois, je veux vous avertir que le trouble bipolaire et la dépression majeure sont de graves maladies et que, comme je l'ai mentionné, dans le cadre de mon étude de cas, personne n'est tombé malade en raison du stress causé par l'emploi — les employés avaient déjà réglé ce problème. Ils sont tombés malades, car ils avaient une prédisposition génétique à une maladie particulière. C'est devenu

who might not be functioning well or might be drinking too much after work. Perhaps he has other problems. It is easy to do and we have to be careful of the differences.

I cannot tell you how many times I have been depressed in my life, but it has not been the kind of debilitating depression that stopped me from getting out of bed or did not allow me to function.

The analogy I use frequently is pneumonia. Many of us have had pneumonia, and if we receive the right treatment quickly, we do fairly well. However, a small percentage of people who get pneumonia become very ill and might die despite treatment. That is how we have to look at major depression, for example, and keeping the separation there.

I have tremendous respect for the Canadian Mental Health Association and have worked closely with their executive directors. I admire so much the work that Ms. Baynton is doing with Mental Health Works. However, one thing has bothered me about the Canadian Mental Health Association. I do not know whether they are out there to help people with mental illnesses or to help well people not become mentally ill. This confusion exists. Senator Kirby, I admire that you have taken the concept of mental illness and stigma by the horns and admitted what it is. We have to continue fighting the stigma and not try to hide behind some kind of blasé term.

The Chairman: In the time remaining, could I have input from our witnesses on one other topic? Many of you in your opening comments spoke about the difficulty of someone suffering from a mental illness in receiving disability support. You spoke to the inability or the reluctance of any workers' compensation board to grant disability support in response to mental illness; to how short-term disability programs do not cover most mental illnesses; and to how long-term disability programs do not seem to be covered. We also heard that the CPP disability program puts up every conceivable barrier to offering support to individuals with mental illness. Although Ms. Buchanan gave examples of individuals who had been able to receive the disability tax credit, the reality is that far more people are denied than receive it when they apply.

Vis-à-vis any of the myriad programs designed to provide financial support to people who have a physical illness or have had an accident, does anyone have suggestions as to what can be done with respect to making those same programs applicable to people with a mental illness?

un énorme problème en milieu de travail, où nous voulons tous poser le diagnostic. Nous parlons d'une personne qui ne va peut-être pas bien ou qui peut boire beaucoup trop après le travail. Elle a peut-être d'autres problèmes. C'est facile à faire, et nous devons faire attention aux différences.

Je ne peux pas vous dire combien de fois j'ai été déprimée dans ma vie, mais ce n'était pas le genre de dépression paralysante qui m'empêchait de me lever ou de fonctionner correctement.

Il m'arrive fréquemment de faire une analogie avec la pneumonie. Bon nombre d'entre nous avons eu une pneumonie, et si nous avons rapidement reçu le bon traitement, nous nous en sommes assez bien sortis. Toutefois, un faible pourcentage de personnes qui contractent une pneumonie deviennent très malades et peuvent mourir malgré le traitement. Nous devons voir une dépression majeure, par exemple, de la même façon et c'est là que nous devons tracer la ligne.

J'ai énormément de respect pour l'Association canadienne pour la santé mentale et j'ai travaillé en étroite collaboration avec ses directeurs exécutifs. J'admire tellement le travail que Mme Baynton accomplit pour Mental Health Works. Toutefois, il y a une chose qui me dérange concernant l'Association canadienne pour la santé mentale. Je ne sais pas si elle tente d'aider les personnes qui ont une maladie mentale ou d'aider les personnes en santé à ne pas souffrir de troubles psychiques. Cette confusion existe. Sénateur Kirby, j'admire le fait que vous vous soyez occupé du concept de la maladie mentale et des stigmates et que vous ayez admis ce qu'il en est. Nous devons continuer à lutter contre les stigmates et ne pas nous cacher derrière un terme qui ne veut plus rien dire.

Le président : Pour le temps qui reste, l'un de nos témoins pourrait-il faire des commentaires sur un autre sujet? Bon nombre d'entre vous avez parlé, dans votre introduction, des difficultés éprouvées par une personne ayant une maladie mentale pour recevoir un soutien en raison de son invalidité. Vous avez parlé de l'incapacité des responsables des commissions des accidents du travail d'accorder un soutien aux personnes invalides en raison d'une maladie mentale ou de leur réticence à le faire; de la façon dont les programmes axés sur les invalidités de courte durée ne couvrent pas la plupart des maladies mentales; et de la façon dont les programmes axés sur les invalidités de longue durée ne semblent pas être couverts. Nous avons également entendu que le programme d'invalidité du RPC dresse tous les obstacles imaginables devant la prestation de soutien aux personnes ayant une maladie mentale. Même si Mme Buchanan a donné des exemples de personnes qui ont pu recevoir le crédit d'impôt pour personnes handicapées, la réalité est tout autre : on refuse bien plus de demandes qu'on en accepte.

Par opposition à la myriade de programmes conçus pour offrir du soutien financier aux personnes qui ont une maladie physique ou qui ont eu un accident, quelqu'un a-t-il des suggestions à l'égard de ce que l'on pourrait faire pour appliquer ces mêmes programmes aux personnes ayant une maladie mentale?

Ms. Buchanan: It has to do with guidelines. When my husband went from short-term to long-term disability in June 1991, we ended up in court for four days in February 1995, which was a long time.

At the end of the four days in court, I could understand precisely the positions of the company and the insurer. They did not have sufficient information to qualify him for disability. It became a matter of going before the court to air all the appropriate information. I cannot fault them, but the problem was that they did not provide us with any guidelines or tell us what information they required. They simply kept asking us to send more and more. If they had provided us with some guidelines or told us precisely what they were looking for, it would have been a simple issue. However, it became complicated and was delayed because we did not know the rules. That happened in the case of the CRA's disability tax credit as well. Now we have a form that provides appropriate guidelines for psychiatrists, psychologists and family physicians as to the interpretation of terms in the Income Tax Act such as "inability to think, perceive and remember." Prior to that interpretation being available, if you functioned in any way at all and called the CRA to ask a question, they figured you did not qualify because you had the wherewithal to call them. That is exactly what happened.

There is a fundamental lack of understanding on the part of insurers and many others of the reality of such illnesses, and a lack of guidelines. I was talking to someone who had dealt with a harassment issue. She said that if they had the same kind of guidelines for mental health that they have for harassment, it would be great, because everyone would know what they were talking about and what the eligibility criteria were. The bottom line is that most often, we do not know what the eligibility criteria are.

The Chairman: Ms. Buchanan, you said that your husband's case was about a decade ago, during the 1990s. Does anyone know whether the situation has improved over the last 10 years? Have better guidelines surfaced?

Does anyone have any idea what happens on the ground, so to speak?

Ms. Buchanan: I do not know what happens in reality, but my husband must re-qualify each year. I cannot tell you how stressful that is for him. He has to go to the doctor and ensure that the form is filled out correctly so that there will not be any question about it. This is a hugely stressful annual event. It is stressful for him and, talking about contagion, it is stressful for me. It is as though I take on that kind of stress too, because over the year,

Mme Buchanan : Ça concerne les lignes directrices. Lorsque mon mari est passé d'une invalidité de courte durée à une invalidité de longue durée en juin 1991, nous sommes allés devant les tribunaux pendant quatre jours en février 1995, ce qui fait une longue période.

À la fin des quatre journées en cour, je connaissais de façon précise les positions de l'entreprise et de l'assureur. Ils ne possédaient pas de renseignements suffisants pour dire qu'il souffrait d'une invalidité. Nous avons donc dû nous présenter devant les tribunaux afin qu'ils disposent des renseignements appropriés. Je ne pouvais leur en vouloir, mais le problème, c'est qu'ils ne nous ont fourni aucune ligne directrice et qu'ils ne nous ont pas mentionné les renseignements qu'ils exigeaient. Ils nous demandaient simplement de leur en envoyer toujours plus. S'ils nous avaient fourni une sorte de lignes directrices ou qu'ils nous avaient dit précisément ce qu'ils voulaient, la situation aurait été beaucoup plus simple. Toutefois, elle est devenue compliquée, et il y a eu des retards, car nous ne connaissions pas les règles. C'est également arrivé en ce qui concerne le crédit d'impôt pour personnes handicapées de l'ARC. Maintenant, nous avons à notre disposition un formulaire qui énonce les lignes directrices appropriées à l'intention des psychiatres, des psychologues et des médecins de famille pour interpréter les termes de la Loi de l'impôt sur le revenu, comme l'« incapacité de penser, de percevoir et de se souvenir ». Avant que cette interprétation ne soit disponible, si vous faisiez preuve de jugement et que vous appeliez les responsables de l'ARC pour leur poser une question à ce sujet, ils pensaient que vous n'étiez pas un bon candidat puisque vous aviez les moyens de les appeler. C'est exactement ce qui s'est produit.

Il existe un manque fondamental de compréhension de la part des assureurs et de bon nombre d'autres personnes à l'égard de la réalité de telles maladies, de même qu'un manque de lignes directrices. J'ai parlé avec une personne qui a fait face à un problème de harcèlement. Elle a mentionné que, si on avait le même genre de lignes directrices pour la santé mentale que celles mises en place pour le harcèlement, ce serait bien, car tout le monde saurait ce dont on parle et connaîtrait les critères d'admissibilité. Au bout du compte, la plupart du temps, nous ne connaissons pas les critères d'admissibilité.

Le président : Madame Buchanan, vous avez dit que votre mari a vécu cette situation il y a environ une décennie, au cours des années 90. Quelqu'un sait-il si la situation s'est améliorée au cours des dix dernières années? A-t-on mis en place de meilleures lignes directrices?

Quelqu'un a-t-il une idée de ce qui s'est produit à cet égard?

Mme Buchanan : En réalité, je ne sais pas ce que qui se produit, mais mon mari doit présenter une nouvelle demande chaque année. Je ne peux vous dire à quel point cette situation est stressante pour lui. Il doit consulter le médecin et s'assurer que le formulaire est dûment rempli afin qu'on ne pose pas de questions à ce sujet. C'est un événement annuel très stressant. C'est stressant pour lui et, comme on a parlé de contagion, c'est stressant pour

there is so much stress in coping with his stress that I cannot draw the line as to where his problem ends and mine begins. His problem is eventually my problem.

Mr. Wang: I want to comment on mental illness and disability. It is difficult to determine whether a disability is caused by a mental or physical disorder.

The Chairman: In light of all these programs, why does that matter? If people are disabled, they are disabled. What is the relevance of identifying a precise cause?

Mr. Wang: A mental illness, unlike a physical illness, cannot be reliably diagnosed with lab tests or biological markers.

The Chairman: I believe that I understand your point, but I am a little incredulous. You are saying that because there is no objective, measurable, quantitative test, the assumption is that the person is not telling the truth.

Mr. Gilbert: The same situation existed for multiple sclerosis until we could perform CAT scans. There were no organic findings to diagnose its presence. We see the same issue with fibromyalgia and other chronic pain disorders.

The Chairman: How are such cases handled?

Mr. Gilbert: People fight and are reliant on self-support. Disability means inability to function in a particular job, which depends on the criteria. The physical musculoskeletal comparison is whether the individual can perform the duties required of the job: For example, can the person lift the box 20 feet 20 times a day? Metaphorically and literally, what is the psychological equivalent? How un-depressed do you need to be to be a teacher, a physician, a psychologist or a senator? That is not an abstract question.

The Chairman: I understand.

Mr. Gilbert: We lack the measures to determine the answer to that question.

The Chairman: Is this unique to Canada?

Mr. Gilbert: No, this is a universal issue.

[Translation]

Ms. Dagenais: You are asking a very complex question. A number of aspects have to be considered. The doctor will have to determine whether the person is suffering from depression, stress or anxiety. Then he will have to refer to the DSM-IV to determine the class of the illness. It may be an adjustment problem or any number of other problems.

When the person subsequently files a claim with the CSST, the process is quite different and different criteria apply.

moi. C'est comme si je suis également exposée à ce genre de stress, car, au cours de l'année, c'est tellement stressant de l'aider à maîtriser son stress que je ne sais pas où son problème se termine et où le mien commence. Au bout du compte, son problème devient le mien.

M. Wang : J'aimerais faire un commentaire sur la maladie mentale et l'invalidité. C'est difficile de déterminer si une invalidité est causée par un trouble mental ou physique.

Le président : À la lumière de tous ces programmes, pourquoi est-ce que cela fait une différence? Si les personnes sont invalides, elles sont invalides. Quelle est la pertinence de déterminer une cause précise?

M. Wang : On ne peut diagnostiquer de façon fiable une maladie mentale, contrairement à une maladie physique, au moyen d'essais en laboratoire ou de marqueurs biologiques.

Le président : Je crois que je comprends votre point, mais je suis un peu incrédule. Vous dites que, puisqu'il n'y a aucun examen quantitatif et mesurable, on présume que la personne ne dit pas la vérité.

M. Gilbert : La même situation existe en ce qui concerne la sclérose en plaques, jusqu'à ce qu'on puisse faire une tomographie par ordinateur. Il n'y a aucune façon organique de diagnostiquer sa présence. C'est la même situation pour la fibromyalgie et d'autres douleurs chroniques.

Le président : De quelle façon traite-t-on de tels cas?

M. Gilbert : Les gens se battent et se fient à leur autonomie. Une invalidité, c'est l'incapacité de fonctionner dans un emploi particulier, ce qui dépend des critères. La comparaison musculosquelettique concerne le fait que la personne peut accomplir les tâches requises par l'emploi : par exemple, la personne peut-elle soulever la boîte sur 20 pieds 20 fois au cours d'une journée? De façon métaphorique et littérale, quel est l'équivalent psychologique? À quel point ne devez-vous pas souffrir de dépression pour être un enseignant, un médecin, un psychologue ou un sénateur? Ce n'est pas une question abstraite.

Le président : Je comprends.

M. Gilbert : Nous ne disposons pas des mesures nécessaires pour déterminer la réponse à cette question.

Le président : Est-ce une question qui touche uniquement le Canada?

M. Gilbert : Non, c'est un enjeu universel.

[Français]

Mme Dagenais : La question que vous posez est fort complexe. Plusieurs aspects doivent être considérés. Le médecin devra déterminer si la personne souffre de dépression, de stress ou d'anxiété. Ensuite, il devra se référer à la classification DSM4 afin d'identifier la catégorie de la maladie. Il peut s'agir d'un problème d'adaptation ou d'une foule d'autres problèmes.

Lorsque la personne, par la suite, dépose une réclamation auprès de la CSST, la démarche est toute autre et des critères différents s'appliquent.

[English]

The Chairman: What does CSST stand for?

[Translation]

Ms. Dagenais: The Commission de la santé et de la sécurité du travail is a big part of the problem, and I believe that the next few years will show us that we have to adapt the legislation on psychological damage, particularly in Quebec.

This will become a very widespread problem in the labour market. The Commission will be overwhelmed, not because it will receive a lot of complaints, but rather because there will have to be new criteria for addressing complaints. It will not always be possible to deny people compensation for psychological damage.

[English]

The Chairman: Even though I absolutely agree, I asked what seemed like a simple question knowing there was no simple answer. If I am right, you are saying that there is an area that needs research so that we can begin to get measures. Yet as I listen to you — and a lot of you are academics — there are no data and there is no research on this question. It seems to me that that is important, particularly if you want to reduce the economic cost.

[Translation]

Ms. Dagenais: In my report, I say that we had to conduct comparative studies between the kind of complaints we receive in various organizations, the act respecting labour standards, the Commission de la santé et de la sécurité du travail and the Commission des droits de la personne. I did the Commission des droits, but I had to stop work for four months. I was able to conduct the study on the complaints to the CSST, since I myself was off work.

A study should be conducted on the complaints that the CSST receives. This is a grey area. If we could understand the exact nature of claims that are not granted, we could get a clearer picture of the current labour market, of the distress people are experiencing, and how to find solutions in order to help them. That is a fundamental point. Resources would be needed for that.

Mr. Corbière: Thank you for opening the door on musculoskeletal problems, which are a real problem in terms of costs. A lot of research is being conducted on these problems, more particularly on back problems because that is what costs the CSST the most money. Numerous studies are being done on this issue because it is invisible. Employers get to the point where they do not trust employees because the exact problem cannot be determined.

The problem of mental health and depression is similar. We took individuals who had chronic back problems and looked at their mental health problems. There is a very strong association

[Traduction]

Le président : Que signifie CSST?

[Français]

La Commission de la santé et de la sécurité du travail, c'est une grande partie de la difficulté et je pense que les prochaines années nous ferons voir que l'on devra adapter la législation, notamment au Québec, en matière de lésions psychologiques.

Cela deviendra un problème très largement répandu dans le marché du travail. La commission sera débordée, non pas parce qu'ils recevront beaucoup de plaintes mais plutôt parce qu'il devra y avoir de nouveaux critères qui devront accueillir les plaintes. Les gens ne pourront pas toujours se faire refuser une indemnisation en lésion psychologique.

[Traduction]

Le président : Même si je suis totalement en accord avec ce que vous dites, j'ai posé ce qui me semble être une question simple en sachant qu'il n'y avait pas de réponse simple. Si j'ai bien compris, vous dites que l'on doit mener des recherches dans un domaine pour commencer à obtenir des mesures. Mais après vous avoir écoutés — et beaucoup d'entre vous sont des universitaires — je crois comprendre qu'il n'y a aucune donnée sur cette question et qu'on ne mène aucune recherche à cet égard. Il me semble qu'il s'agit d'une question importante, surtout si vous voulez réduire le coût économique.

[Français]

Mme Dagenais : Je dis, dans mon rapport, que nous devons faire des études comparées entre le type de plaintes que nous recevons dans les divers organismes, la Loi des normes du travail, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Commission des droits de la personne. J'ai fait la Commission des droits, mais je suis tombée en arrêt de travail pendant quatre mois. Je n'ai pu réaliser l'étude sur les plaintes à la CSST, puisque j'étais moi-même en arrêt de travail.

Il faudrait faire une étude sur les demandes de plaintes que la CSST reçoit. C'est là qu'il y a une zone nébuleuse. Si on pouvait comprendre exactement quelles sont les demandes reçues qui ne sont pas retenues, on pourrait comprendre beaucoup mieux quel est le portrait du marché du travail actuellement, quelle est la détresse que les personnes vivent, et comment trouver des solutions pour les aider. C'est un élément capital. Il faudrait des ressources pour cela.

M. Corbière : Merci d'ouvrir la porte sur les problèmes musculo-squelettiques qui sont un réel problème en termes de coûts. Beaucoup de recherches sont entreprises pour ces problèmes et plus particulièrement pour les maux de dos parce que c'est ce qui coûte le plus à la CSST. De nombreuses études sont faites à ce niveau parce que c'est invisible. On n'arrive pas à faire confiance à l'employé parce qu'on ne peut pas déterminer exactement le problème.

Le problème de santé mentale ou de dépression est similaire. On a pris des individus qui avaient des maux de dos chroniques et on a regardé leur niveau de problèmes de santé mentale.

between depression and musculoskeletal problems. There is a real need for intervention. The correlation is 0.90. That is very high. And that is a longitudinal study that enabled us to evaluate musculoskeletal and psychological problems at the same time.

In Quebec, the CSST has developed a method for monitoring people with back problems. Since those people are not believed, they are going to be monitored at home, by video, in their yards, to see whether they are able to bend over, for example. They are coming up with unthinkable mechanisms in an attempt to find a reliable measure on which to rely.

[English]

Ms. Buchanan: I am not sure where to start. I get anxious about legislation. In the U.S. a federal law has been in place for quite a while that provides that the Medicaid program does not have to pay for the drugs required by people with anxiety disorders, anorexia, panic disorder. These are all of the drugs in the diazepam class, most of them know them by the name of Valium, which has been overused, but there are other important drugs like lorazepam. They cannot even get access to them because, presumably, the legislators do not feel those mental health issues are as disabling as some other conditions. We have to be careful there.

I was disturbed when legislation was passed in Ontario to the effect that the WSIB will no longer compensate for stress in the workplace. They were not happy with how a key legal case worked out and they passed the legislation. Yet if you are a bank teller, someone approaches you with a gun and you suffer from post-traumatic stress, it is compensable.

One of the reasons they say they will not compensate for stress in the workplace is they cannot measure the stress over time, but there are many precedents for that. We heard about the back pain. I lived in Elliott Lake, a mining community; white hand, which comes from drilling over a period of time, was compensable. Hearing loss was compensable. Lung cancer was compensable because it is felt that people who work in uranium mines and smoke are predisposed to lung cancer. Where do you separate the cigarettes from the environment?

I have done histories of all the mines in Elliott Lake. I had a call a few weeks ago about when a particular mine closed because someone has brought forward a claim. The mine closed in 1960, and they are trying to determine now whether or not the disease or illness was caused by the workplace.

The Chairman: Forty-five years later.

Il y a une très forte association entre dépression et problèmes musculo-squelettiques. Il y a un besoin réel en termes d'intervention. La corrélation est de 0,90. C'est très fort. Et c'est une étude longitudinale qui nous permet d'évaluer les problèmes musculo-squelettiques et psychologiques en même temps.

La CSST au Québec a développé une méthode de surveillance pour les personnes ayant des maux de dos. Comme on ne les croit pas, on va les surveiller chez eux, par vidéo, dans leur jardin, pour voir s'ils arrivent à se baisser, par exemple. On arrive à des mécanismes impensables pour avoir une mesure fiable sur laquelle on peut se pencher.

[Traduction]

Mme Buchanan : Je ne sais pas par quoi commencer. Je suis nerveuse quand je parle des lois. Aux États-Unis, une loi fédérale, en vigueur depuis un bon moment déjà, stipule que le programme Medicaid n'est pas tenu de rembourser les médicaments consommés par les personnes souffrant de troubles anxieux, d'anorexie, de trouble panique. Ce sont tous les médicaments de la catégorie du diazépam, que la plupart d'entre elles connaissent sous le nom de Valium, terme surutilisé, mais il y a d'autres médicaments importants, comme le lorazépam. Elles ne peuvent même pas y avoir accès, car on présume que les législateurs n'ont pas l'impression que ces problèmes de santé mentale sont aussi invalidants que certaines autres conditions. On doit être prudent ici.

J'ai été troublée d'apprendre que l'Ontario avait promulgué une loi selon laquelle la CPAAT ne verserait plus d'indemnités aux personnes ayant subi du stress en milieu de travail. Les législateurs n'étaient pas satisfaits de la façon dont on avait réglé une cause juridique clé et ils ont promulgué la loi. Par contre, si vous êtes un caissier de banque, que quelqu'un vous menace au moyen d'un fusil et que vous souffrez d'un stress post-traumatique, vous pouvez recevoir une indemnité.

L'une des raisons pour lesquelles ils disent qu'ils ne verseront pas d'indemnités pour le stress en milieu de travail, c'est qu'ils ne peuvent pas mesurer le stress au fil des ans, mais on a connu de nombreux précédents. On a entendu parler des maux de dos. Je vivais à Elliott Lake, une collectivité minière; le syndrome des doigts blancs, causé par l'utilisation d'une perceuse au cours d'une certaine période, donnait droit à une indemnisation. Tout comme la perte auditive. Le cancer du poumon donnait droit à une indemnisation, car on avait l'impression que les gens qui travaillaient dans les mines d'uranium et qui fumaient avaient une prédisposition au cancer du poumon. À quel endroit excluez-vous le tabagisme du milieu?

J'ai fait l'historique de toutes les mines de Elliott Lake. Il y a quelques semaines, j'ai reçu un appel à propos du moment où une certaine mine avait fermé parce qu'une personne avait présenté une réclamation. La mine a fermé en 1960, et on tente actuellement de déterminer si le milieu de travail a causé ou non la maladie.

Le président : Quarante-cinq ans plus tard.

Ms. Buchanan: Let us not say it is too difficult to do; let us find better ways to measure and determine and produce better guidelines.

[*Translation*]

Mr. Dos Santos Soares: I do not know whether you have taken the DSM-IV and read the definition. It is very hard to say whether it is this or that.

The attending physician uses the full extent of his knowledge to determine whether a person has a particular problem, but the CSST may not provide compensation for that problem, whereas it may provide compensation for a very similar problem.

You also have to read the DSM-IV with a very critical eye. Homosexuality was considered a mental illness in the last version of the manual. They removed it from the most recent version. In order to be suffering from post-traumatic stress, a person has to have faced death. But psychological death can trigger that as well as physical death.

However, since it is not written in the DSM-IV, when psychiatrists conduct their assessments, they say that, since the person was not facing death, there is no post-traumatic stress. And that is it.

You really have to take a critical look because you cannot consider these books as the bible, which determines matters with accuracy. It contains a body of vague knowledge which is constantly evolving and is therefore not black and white.

Ms. Raymond: I would like people to beware. The DSM-IV is not a bible. If you put a number of clinical practitioners together and present a specific case to them, each will look at it from a different point of view.

I am entirely capable of distinguishing between major depression and MDP disorder, where the symptoms are classic. The current problem is related to the fact that cases of co-morbidity are increasingly frequent. People present with a depression problem accompanied by behavioural, alcoholism and, in some instances, substance abuse problems. In those cases, a diagnosis is not easy to determine. However, psychiatry as a whole should not be criticized as a result.

There are highly effective diagnostic tools that have been validated in the United States, Canada and Europe. Consider, in particular, the depression scales, anxiety tests, the validated scales for post-traumatic stress disorder and acute stress. The juxtaposition of these scales with clinical assessments achieves effective results.

So you have to beware not to make a hasty judgment. The DSM-IV classification produces excellent diagnoses. However, there are a number of good diagnostic instruments. We did not talk at all today about co-morbidity, despite the fact that increasing numbers of people in the workplace are suffering from a number of problems at the same time. These cases call for a different way of working and a specific assessment method.

Mme Buchanan : Il ne faut pas dire que c'est trop difficile à faire; il faut trouver de meilleures façons de mesurer, de déterminer et de produire de meilleures lignes directrices.

[*Français*]

M. Dos Santos Soares : Je ne sais pas si vous avez fait l'exercice de prendre le DSM4 et d'en lire la définition. C'est très difficile de dire c'est ceci ou cela.

Le médecin traitant utilise le meilleur de ses connaissances pour dire qu'une personne a tel problème mais que ce problème n'est justement pas compensé par la CSST. Par contre, un problème semblable, juste à côté, lui, est compensé.

Il faut aussi prendre le DSM4 de façon très critique. Dans la version antérieure de ce livre, l'homosexualité était considérée comme une maladie mentale. Ils l'ont enlevée dans la dernière version. Pour avoir un stress post-traumatique, il faut que la personne soit en présence de la mort. Mais la mort psychologique peut déclencher cela autant que la mort physique.

Mais comme ce n'est pas écrit dans le DSM4, les psychiatres, lorsqu'ils font leurs expertises, disent que comme telle personne n'était pas en face de la mort, que ce n'est donc pas un stress post-traumatique. Et c'est tout.

Il faut vraiment avoir un regard très critique parce qu'on ne peut pas prendre ces livres comme une bible qui tranche les choses avec exactitude. C'est un savoir diffus qui est en constante évolution et qui n'est donc pas noir ou blanc.

Mme Raymond : J'aimerais que l'on fasse un peu attention. Le DSM4 n'est pas une bible. Si vous placez plusieurs cliniciens ensemble et que vous leur présentez un cas particulier, ils le verront chacun d'un point de vue différent.

Pour ma part, je suis tout à fait en mesure de distinguer la dépression majeure d'un trouble de PMD lorsque les symptômes sont classiques. Le problème actuel est relié au fait que les cas de comorbidité sont de plus en plus fréquents. Les personnes se présentent avec un problème de dépression accompagné de problèmes de comportement, d'alcoolisme et parfois de toxicomanie. Dans ces cas, le diagnostic n'est pas simple à déterminer. Toutefois, il ne faut pas, pour autant, dénigrer toute la psychiatrie.

Il existe des outils de diagnostic très efficaces qui sont validés aux États-Unis, au Canada et en Europe. Pensons notamment aux échelles de dépression, aux tests d'anxiété, aux échelles validés pour les troubles de stress post-traumatique et de stress aigu. En juxtaposant ces échelles à des évaluations cliniques on obtient des résultats efficaces.

Il faut donc faire attention de ne pas porter un jugement trop hâtif. La classification du DSM4 produit d'excellents diagnostics. Il existe toutefois plusieurs bons instruments de diagnostic. Nulle part aujourd'hui a-t-on parlé de comorbidité, malgré le fait qu'on retrouve de plus en plus de personnes qui, en milieu de travail, souffrent de plusieurs problèmes simultanément. Ces cas nécessitent une façon différente de travailler et un mode d'évaluation particulier.

Mr. Corbière: I entirely agree with the remarks of Ms. Raymond and Professor Dos Santos Soares. The DSM-IV is wrongly considered as a bible. At the conceptual level, DSM-IV's categories are very distinct, whereas, in my view, they are in fact part of a continuum.

In addition, in hospital emergency departments, they only take five minutes to reach a diagnosis. How can you reach a diagnosis in five minutes? And that person will bear that diagnosis for life.

There are a number of diagnostic tools. However, those tools take 45 minutes or an hour to use. So there is not enough time to use these diagnostic tools to get a clear idea of the person's behaviour, attitude and problem. So action has to be taken in this area.

We also talked about assessment needs for intervention purposes. I think you have to use the right tools and not reach a diagnosis in five minutes.

[English]

Mr. Gilbert: I appreciate the debate about DSM, but like MS Windows, it is an imperfect instrument and we are stuck with it until the game changes. That might not happen until DSM-V comes along. I discovered when I presented at a conference in Holland that Europe uses ICD-IX or ICD-X versions. We talked at that conference about how much depression there was in the workplace there. They said there was very little, which surprised me. They also said that the numbers of neurotic disorders are extremely high, but they are in a different diagnostic category. In Europe, they use the classification of depression to mean, for the most part, major depression that might include psychosis. The language is absolutely critical to determining qualification for disability, and so we have to learn from it.

My final comment is that DSM, for the most part, focuses on symptoms. Our discussion should be on function, which has different dimensions. In my opinion, DSM is poor at describing functioning. Axis V is supposed to look at global assessment functioning, and it is highly subjective and loose. Disability and getting along in the workplace have to do with how well you function and not whether you are unhappy. Many people are unhappy at work. The functional aspects of the psychiatric disorder make it or break it.

[Translation]

Ms. Dagenais: The co-morbidity factor is very important. In my analyses, I found that, if the risk factor and lack of flexibility were considered, there was just as much psychological distress, anxiety and somatic disorders. Some people suffer from sleep disorders, for example. Consequently, three types of psychological damage are caused solely by the lack of flexibility that makes people feel stuck.

M. Corbière : Je suis tout à fait d'accord avec les propos de Mme Raymond et du professeur Dos Santos Soares. La classification DSM-IV est, à tort, considérée comme une bible. Au niveau conceptuel, les catégories du DSM-IV sont hermétiques, alors qu'en réalité, à mon avis, il s'agit d'un continuum.

De plus, aux services d'urgence des hôpitaux, on ne prend que cinq minutes pour établir un diagnostic. Comment peut-on établir un diagnostic en cinq minutes? Et cette personne traînera son diagnostic pour la vie!

Il existe plusieurs outils de diagnostic. Toutefois, ces outils nécessitent 45 minutes ou une heure. On ne trouve donc pas le temps pour utiliser ces outils de diagnostic afin d'avoir une idée précise du comportement, de l'attitude de la personne et de sa problématique. Il faudrait donc agir à ce point de vue.

On a parlé également de besoins d'évaluation pour intervenir. À mon avis, il faut se servir de bons outils et ne pas établir un diagnostic en cinq minutes.

[Traduction]

M. Gilbert : J'apprécie le débat entourant le DSM, mais comme MS Windows, il s'agit d'un outil imparfait, et on doit l'utiliser jusqu'à ce qu'on apporte des modifications. C'est-à-dire peut-être jusqu'à ce qu'on publie le DSM-V. Lorsque j'ai présenté un exposé au cours d'une conférence tenue en Hollande, j'ai appris que l'Europe se sert des versions CIM-IX ou CIM-X. Dans le cadre de cette conférence, nous avons parlé du nombre d'employés souffrant de dépression en milieu de travail sur ce continent. Les représentants ont dit qu'il y en avait très peu, ce qui m'a surpris. Ils ont également dit que le nombre de troubles névrotiques est extrêmement élevé, mais qu'ils se trouvent dans une catégorie de diagnostic différente. En Europe, on utilise la classification de la dépression pour, en grande partie, la dépression majeure, qui peut comprendre la psychose. Les termes utilisés sont absolument critiques pour déterminer les personnes qui sont invalides; nous devons en tirer des leçons.

Mon dernier commentaire, c'est que le DSM met principalement l'accent sur les symptômes. Nos discussions devraient porter sur la fonction, qui comporte différentes dimensions. Selon moi, le DSM ne décrit pas bien le fonctionnement. L'axe V est censé tenir compte de l'évaluation globale du fonctionnement, ce qui est très subjectif et vague. L'invalidité et l'adaptation en milieu de travail concernent non pas le fait que vous êtes heureux ou non, mais la mesure dans laquelle vous fonctionnez. Bon nombre de personnes ne sont pas heureuses au travail. Les aspects fonctionnels du trouble mental font en sorte que ça fonctionne ou non.

[Français]

Mme Dagenais : Le facteur de comorbidité est très important. Dans mes analyses, j'ai constaté que si l'on prend en considération le facteur de risque et l'absence de marge de manœuvre, on retrouve autant de détresse psychologique, d'anxiété et de troubles somatiques. Certaines personnes souffrent, par exemple, de troubles du sommeil. Par conséquent, trois types d'atteinte à la santé psychologique sont créés uniquement par l'absence de marge de manœuvre où les gens se sentent coincés.

It is quite rare to see a risk factor cause only one health problem. Each risk factor generally leads to one or two situations in which health is undermined. The notion of co-morbidity is thus an important factor.

In addition, we talked earlier about suicide. Suicide has always existed. Emile Durkheim wrote a chapter on this subject that was a standout in the field of sociology. Society today medicalizes psychological health problems to a great extent. Children take Ritalin, and the teachers who teach them take Prozac. In short, every generation has its problems with the use of drugs and, eventually, psychotropic substances.

One work that has just appeared is entitled *Société sous influence*. Suicide is violence against oneself. Harassment, violence in the workplace and every other aggressive attitude constitute violence against others. These indicators show us that we are living in a society that has problems that need to be solved.

Ways have to be found to resolve this tension that causes people to attack themselves, through suicide, or to attack others. The tension in the workplace is too high.

[English]

It seems like a war, and it is not good for the evolution of our society.

[Translation]

We have to be aware of this fact.

[English]

The Chairman: I want to thank the witnesses for appearing here to help the committee in its deliberations. To our guests from Quebec, if any of you happen to be talking to Minister Couillard, please tell him that the mental health plan put forward four to six weeks ago is a terrific document. Many of the ideas in the document will be in the report of this committee. Compared to what most provinces have put out, his document is in a different league and is quite superb.

The dilemma the committee now faces is how to develop recommendations for such a broad field. I would ask that over the next week or so, the witnesses send to the clerk of the committee three to five major questions on which research is needed. There is some benefit in the committee recommending a research agenda in its report, especially given the discussion on how to identify eligibility for disability plans and the amount of money spent on other research such as on cancer.

The committee adjourned.

Il est plutôt rare de voir un facteur de risque n'entraîner qu'un seul problème de santé. Chaque facteur de risque entraîne généralement une ou deux situations d'atteinte à la santé. La notion de comorbidité est donc un facteur important.

D'autre part, nous avons parlé plus tôt de suicide. Le suicide a toujours existé. Émile Durkheim a d'ailleurs écrit un chapitre à ce sujet qui fut très marquant dans le domaine de la sociologie. La société d'aujourd'hui médicalise beaucoup les problèmes de santé psychologique. Les enfants prennent du Ritalin et les professeurs qui leur enseignent prennent du Prozac. Bref, chaque génération a ses problèmes de consommation de médicaments et éventuellement de psychotropes.

Un ouvrage vient de paraître qui s'intitule *Société sous influence*. Le suicide est la violence contre soi. Le harcèlement, la violence au travail et toute autre attitude d'agressivité constituent la violence contre les autres. Ces indicateurs nous démontrent que nous vivons dans une société qui a des problèmes à régler.

Il faut trouver les moyens d'atténuer cette tension qui fait en sorte que les gens s'attaquent eux-mêmes, par le biais du suicide, ou attaquent les autres. La tension en milieu de travail est trop élevée.

[Traduction]

On dirait une guerre; ce n'est pas bon pour l'évolution de notre société.

[Français]

Nous nous devons d'être conscients de cette réalité.

[Traduction]

Le président : J'aimerais remercier les témoins de s'être présentés pour aider le Comité dans ses délibérations. J'aimerais dire à nos invités du Québec que, si l'un d'entre vous parle avec le ministre Couillard, veuillez lui dire que le régime de santé mentale mis en œuvre il y a quatre à six semaines, est un document impressionnant. Bon nombre des idées contenues dans le document se trouveront dans le rapport du présent Comité. Comparé à ce que la plupart des provinces ont mis en place, son document est dans une autre ligue et est vraiment exceptionnel.

Le Comité fait maintenant face au dilemme suivant : comment mettre en œuvre des recommandations pour un champ si vaste. Je demanderais aux témoins d'envoyer, au cours de la semaine prochaine, au greffier du Comité, de trois à cinq questions principales sur lesquelles on doit mener des recherches. Il y a certains avantages à ce que le Comité recommande un programme de recherche dans son rapport, surtout compte tenu de la discussion sur la façon de déterminer l'admissibilité aux régimes d'invalidité et le montant d'argent alloué à d'autres recherches, comme celles sur le cancer.

La séance est levée.

Technical Advisory Committee on Tax Measures for Persons with Disabilities:

Lembi Buchanan, President, Communications Resources and Member.

Canadian Mental Health Association, Ontario:

Mary-Ann Baynton, Director.

Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia:

Marc Corbiere, Assistant Professor.

Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées :

Lembi Buchanan, présidente, membre et ressource aux communications.

Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario :

Mary-Ann Baynton, directrice.

Institut de recherche en promotion de la santé, Université de la Colombie-Britannique :

Marc Corbiere, professeur adjoint.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse:

Lucie France Dagenais, Researcher.

Université du Québec en Outaouais:

Romaine Malenfant, Professor-Researcher.

*Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie,
Université du Québec à Montréal:*

Sylvaine Raymond, Research Co-ordinator.

Université du Québec à Montréal:

Angelo Dos Santos Soares, Professor.

*Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit,
Department of Psychiatry, University of British Columbia:*

Merv Gilbert, Psychologist.

Mental Health and Organizational Development:

Elizabeth Smailes, Director.

Community Health Sciences, University of Calgary:

JianLi Wang, Associate Professor, Psychiatry.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse :

Lucie France Dagenais, chercheuse.

Université du Québec en Outaouais :

Romaine Malenfant, professeure-chercheuse.

*Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie,
Université du Québec à Montréal :*

Sylvaine Raymond, coordonnatrice de la recherche.

Université du Québec à Montréal :

Angelo Dos Santos Soares, professeur.

*Unité d'évaluation en santé mentale et de consultation communautaire,
Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique :*

Merv Gilbert, psychologue.

Développement organisationnel et santé mentale :

Elizabeth Smailes, directrice.

Sciences de la santé communautaire, Université de Calgary :

JianLi Wang, professeur agrégé, psychiatrie.

(Suite à la page précédente)